Análisis de situación en salud mental y atención primaria en República Dominicana

Informe de investigación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
sfh Society for Family Health
psi Healthy lives. Measurable results.
MAVERICK COLLECTIVE

Equipo consultor de Development Connections:

Dinys Luciano
Edna Nadal
Sonia Brito
Martín Negrete
Ivette Contreras

Edición:

MariJo Vázquez

Diseño y diagramación:

Marcelino Guzmán V.

Cita recomendada:

Luciano D, Nadal E, Brito S, Negrete M, Contreras I (2019). Análisis de situación en salud mental y atención primaria en República Dominicana. Society for Family Health (SFH/PSI), Ministerio de Salud Pública y Servicio Nacional de Salud. Santo Domingo, República Dominicana.

Con el apoyo de Population Services International (PSI) a través de Maverick Collective.

Diciembre 2018.

Análisis de situación en salud mental y atención primaria en República Dominicana

Informe de investigación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

sfh Society for Family Health

psi Healthy lives. Measurable results.

MAVERICK COLLECTIVE

ÍNDICE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO 1
- Definiciones y enfoque 1
- Objetivos 2
- Metodología 2
- Limitaciones generales del estudio 4

2. ANÁLISIS DE CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL 5
- Magnitud de los trastornos MNS y factores asociados 6
- Carga de enfermedad asociada a trastornos MNS 15
- Políticas, normas e inversión pública 26
- Disponibilidad y utilización de servicios para la atención a trastornos MNS 31
- Recursos humanos y programas de formación 32
- Colaboración interinstitucional, apoyo social, prevención y sistemas de información 33

3. ENTREVISTAS A TOMADORES DE DECISIONES 36
- Características de las personas entrevistadas 36
- Trastornos MNS a nivel nacional y provincial 37
- Garantías de servicios 41
- Mecanismos de coordinación interinstitucional 43
- Actitudes y creencias sobre la salud mental 44
- Necesidades organizacionales y programáticas para la oferta de servicios de salud mental 45
- Colaboración intra e intersectorial 48

4. ENTREVISTAS A PROVEEDORES DE SERVICIOS 48
- Características de las personas entrevistadas 49
- Perfil de la demanda de servicios de salud mental 50
- Oferta de servicios, disponibilidad y utilización de herramientas técnicas y normativas 53
- Prevención y promoción 57
- Patrones de utilización de servicios de salud mental 58
- Actitudes y creencias sobre la salud mental 60
- Necesidades organizacionales y programáticas para la oferta de servicios de salud mental 62
- Experiencia personal y profesional de las y los proveedores en el trabajo con personas afectadas por trastornos MNS 67

5. OBSERVACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 68

Oferta de servicios de salud mental 68
Medicación psicotrópica 69
Recursos humanos 70
Infraestructura física de las áreas asistenciales 70
Equipos básicos y condiciones de mantenimiento 71
Expediente clínico 71
Acciones de promoción y prevención 72

6. GRUPOS FOCALES CON SUBPOBLACIONES A NIVEL COMUNITARIO 74

Características de las y los participantes 75
Hallazgos de la entrevista inicial 76
Actitudes, creencias y conocimientos sobre salud mental 77
Factores asociados a los trastornos MNS y patrones de utilización de servicios 94
Necesidades que deben ser atendidas en los servicios de salud, las comunidades y otros sectores 101

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y RECOMENDACIONES 108

Discusión de resultados 108
Recomendaciones 114

ANEXO 119

Cuadro básico de psicofármacos en República Dominicana (2018) 119

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de casos acumulados de trastornos MNS República Dominicana, 2013-2016 7

Gráfico 2. Tasa de mortalidad por suicidio (x 100.000 hab.). República Dominicana, 2000-2015 8

Gráfico 3. Porcentaje de entrevistados que reportó haber consumido alcohol en el último mes y uso de drogas ilícitas alguna vez, según grupo de edad (ENDESA 2013) 12

Gráfico 4. Porcentaje de entrevistados que reportó haber consumido alcohol en el último mes y uso de drogas ilícitas alguna vez, según zona de residencia (ENDESA 2013) 12

Gráfico 5.	Porcentaje de entrevistados que reportó haber consumido alcohol en el último mes y uso de drogas ilícitas alguna vez, según región de salud (ENDESA 2013)	13
Gráfico 6.	Porcentaje de entrevistados que reportó haber consumido alcohol en el último mes y uso de drogas ilícitas alguna vez, según nivel educativo (ENDESA 2013)	13
Gráfico 7.	Porcentaje de entrevistados que reportó haber consumido alcohol en el último mes y uso de drogas ilícitas alguna vez, según quintil de riqueza (ENDESA 2013)	14
Gráfico 8.	Trastornos depresivos, según sexo, 2006-2016	16
Gráfico 9.	Trastornos de ansiedad, según sexo. 2006-2016	17
Gráfico 10.	Trastornos por consumo de drogas, según sexo, 2006-2016	17
Gráfico 11.	Trastornos por Alzheimer y otras demencias, según sexo, 2006-2016	18
Gráfico 12.	Trastornos por uso de alcohol, según sexo, 2006-2016	18
Gráfico 13.	Costo de AVAD causados por trastornos de salud mental, 2006-2016	19
Gráfico 14.	Costo de AVAD causados por trastornos de salud mental (Hombres)	20
Gráfico 15.	Costo de AVAD causados por trastornos de salud mental (Mujeres)	20
Gráfico 16.	Trastornos depresivos, según rango de edad, 2006-2016	21
Gráfico 17.	Trastornos por consumo de drogas, según rango de edad, 2006-2016	21
Gráfico 18.	Trastornos por consumo de alcohol, según rango de edad, 2006-2016	22
Gráfico 19.	Trastornos de ansiedad, según rango de edad, 2006-2016	22
Gráfico 20.	Trastornos por Alzheimer y otras demencias, según rango de edad	23
Gráfico 21.	Porcentaje del presupuesto de salud asignado a salud mental América Latina y El Caribe, 2013	29
Gráfico 22.	Gasto de gobierno en salud mental per cápita por ingresos de países, 2013	30

Gráfico 23.	Número de trabajadores de salud mental por cada 100.000 habitantes, según ingresos de países, 2013	32
Gráfico 24.	Número de tomadores de decisiones entrevistados, según pertenencia institucional	36
Gráfico 25.	Número de tomadores de decisiones, según tipo de trastornos MNS que consideran más comunes a nivel nacional	34
Gráfico 26.	Porcentaje de tomadores de decisiones que está de acuerdo con que los recursos humanos del primer nivel tengan capacidades técnicas seleccionadas para garantizar la atención de salud mental en el primer nivel	42
Gráfico 27.	Nivel de acuerdo de tomadores de decisiones con actitudes y creencias seleccionadas sobre salud mental	45
Gráfico 28.	Porcentaje de proveedores de servicios que reporta atender a personas con trastornos de MNS, por provincia	50
Gráfico 29.	Porcentaje de proveedores de servicios que reporta evaluar personas con trastornos MNS, según tipo	53
Gráfico 30.	Porcentaje de proveedores de servicios que reporta manejar personas con trastornos MNS, según tipo	53
Gráfico 31.	Porcentaje de proveedores de servicios que reporta dar seguimiento a personas con trastornos MNS, según tipo	54
Gráfico 32.	Porcentaje de proveedores de servicios que reporta referir personas con trastornos MNS, según tipo	54
Gráfico 33.	Porcentaje de proveedores de servicios que reporta trabajar con familia y cuidadores de personas con trastornos MNS, según tipo	55
Gráfico 34.	Porcentaje de proveedores de servicios que reporta servicios de salud mental disponibles en los centros en que laboran, según tipo	55
Gráfico 35.	Porcentaje de proveedores de servicios que reporta conocer instrumentos normativos para la atención en salud mental	56
Gráfico 36.	Porcentaje de proveedores de servicios que reporta utilizar las herramientas de gestión de información	56
Gráfico 37.	Porcentaje de proveedores de servicios que reporta disponer de material educativo y realizar charlas sobre salud mental	57

Gráfico 38. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta personas y servicios a los que acuden las personas con MNS antes de ir al centro de atención primaria. 58

Gráfico 39. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta razones seleccionadas por las que personas con MNS no acuden a los servicios de salud mental en centros de atención primaria 59

Gráfico 40. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta razones seleccionadas por las que las personas afectadas por trastornos MNS acuden a curanderos 60

Gráfico 41. Nivel de acuerdo de las y los proveedores de servicios con actitudes y creencias seleccionadas sobre salud mental 61

Gráfico 42. Porcentaje de proveedores de servicios que identifica recursos de apoyo social que necesitan las personas con trastornos MNS, según tipo 66

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Prevalencia de trastornos MNS, por provincias seleccionadas, 2013-2016 7

Cuadro 2. Tasa de suicidio en 11 países de América Latina y el Caribe, 2015 (x 100.000 hab.) 8

Cuadro 3. Porcentaje del total de años de vida perdidos por discapacidad según evento de salud mental. República Dominicana, 2013-2016. 15

Cuadro 4. Disponibilidad de recursos humanos trabajando en salud mental de ocho países de América Latina y el Caribe, 2014 (x 100,000 hab.) 33

Cuadro 5. Cantidad de entrevistas a tomadores de decisiones, por provincia 37

Cuadro 6. Factores asociados a diferencias en la prevalencia de los trastornos MNS entre provinciales, según las perspectivas de las y los tomadores de decisiones 38

Cuadro 7. Cantidad de entrevistas a proveedores de servicios, por provincia 49

Cuadro 8. Cantidad y tipo de centros de atención seleccionados, por provincia 49

Cuadro 9. Nivel de capacitación de proveedores de servicios, por provincia 50

Cuadro 10. Experiencia profesional y personal de las y los proveedores de servicios en atención a personas con MNS. 67

Cuadro 11.	Servicios clave de salud mental disponibles en las UNAP seleccionadas	68
Cuadro 12.	Número de UNAP seleccionadas que reportan atender trastornos MNS, según tipo	69
Cuadro 13.	Disponibilidad de medicación en las UNAP seleccionadas	69
Cuadro 14.	Jornadas de capacitación en salud mental realizadas según provincia, duración y perfil de participantes	70
Cuadro 15.	Disponibilidad de áreas de atención y condiciones en las UNAP	70
Cuadro 16.	Disponibilidad de instrumentos y herramientas para la atención en salud mental en las UNAP seleccionadas	71
Cuadro 17.	Conservación y características de los expedientes clínicos en las UNAP seleccionadas	72
Cuadro 18.	Acciones de promoción y prevención en torno a la salud mental en las UNAP seleccionadas	73
Cuadro 19.	Perfil de participantes, cantidad, lugar y fecha de las sesiones de grupo focal	75

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AVAD	Años de vida saludable perdidos ajustados por discapacidad
CPN	Centro de Primer Nivel
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
ENHOGAR	Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
INTEC	Instituto Tecnológico de Santo Domingo
MINERD	Ministerio de Educación de la República Dominicana
MNS	Trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONE	Oficina Nacional de Estadísticas
ONG	Organización no Gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBI	Producto Interno Bruto
PUCMM	Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra
PROSOLI	Progresando con Solidaridad
PSI	Population Services International
SFH	Society for Family Health
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SNS	Servicio Nacional de Salud
SM	Salud Mental
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
UIC	Unidad de intervención en crisis
UASD	Universidad Autónoma de Santo Domingo
UNAP	Unidad de Atención Primaria

RECONOCIMIENTOS

Equipo de investigación – Development Connections

- Dinys Luciano, investigadora principal, encargada del diseño del protocolo, la coordinación general del estudio y la redacción del informe del estudio.
- Edna Nadal, investigadora nacional responsable de las entrevistas a proveedores de servicios y tomadores de decisión en Monte Plata, Hermanas Mirabal, Barahona y Puerto Plata, así como de la co-elaboración del análisis de las entrevistas a proveedores de servicios y tomadores de decisión.
- Sonia Brito, investigadora nacional encargada de las entrevistas a proveedores de servicios y tomadores de decisión en Santo Domingo Este, y facilitadora de grupos focales.
- Martín Negrete, investigador internacional a cargo del análisis de información extraída de bases de datos, incluyendo análisis de regresión logística, y control de calidad de los datos de las entrevistas a proveedores de servicios y tomadores de decisión.
- Ivette Contreras, economista encargada del análisis de los costos económicos de los años de vida saludables perdidos por trastornos mentales seleccionados.

Equipo Élite del estudio

- **SFH/PSI:** Wendy Alba y Mirna Guillén.
- **Ministerio de Salud Pública:** Ángel Almánzar, María Leonor Guillermo, Martha Rodríguez Soto y Patricia Reyna Liberato.
- **Oficina Regional PASMO:** Isolda Fortín y Paola Letona.
- Las representantes del Servicio Nacional de Salud (SNS), Hilda Cruz, Amelia De León y Mirna Jiménez, revisaron el informe del estudio y ofrecieron recomendaciones e insumos para los ajustes a la versión final.
- Nathali Decena y Jennifer Luis, de SFH/PSI, coordinaron la organización de las sesiones de grupos focales con las instancias comunitarias pertinentes en Santo Domingo Este.

I. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Reconociendo la urgente necesidad de acelerar los esfuerzos nacionales para integrar la salud mental en la atención primaria, en agosto de 2017, Society for Family Health – República Dominicana (SFH-RD) firmó un acuerdo interinstitucional con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Servicio Nacional de Salud (SNS) de la República Dominicana para desarrollar el proyecto "El poder de la atención primaria para servicios de salud mental", cuyo objetivo es incrementar el acceso y mejorar la calidad de la detección, el diagnóstico y el cuidado de las enfermedades mentales más comunes en el país. Esta iniciativa está financiada por Maverick Collective y se implementará en un período de tres años. En este marco, se realizó el presente estudio ("Análisis de situación en salud mental en República Dominicana") en cinco provincias (Barahona, Hermanas Mirabal, Monte Plata, Puerto Plata y Santo Domingo Este), el cual servirá de línea de base para desarrollar e implementar un modelo de intervención desde un enfoque de atención primaria y comunitaria[1],[2].

Definiciones y enfoque

Para los fines del estudio se asumió la definición general de salud mental de la OMS: "La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" [3]. En términos operativos, los trastornos que se abordan en el estudio son los establecidos en la Guía mhGAP de la OMS[4], que el MSP está implementando en el país (en Santo Domingo Este) desde 2017 como parte de las estrategias nacionales de salud mental en las que se enmarca el Acuerdo Colaborativo Interinstitucional entre SFH/PSI, el MSP y el SNS[5]. La Guía mhGAP da prioridad a los siguientes trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS): depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y conductuales en la infancia y y la adolescencia, demencia, trastornos por el consumo de sustancias, autolesión/suicidio, y otros padecimientos de salud mental importantes en personas expuestas a factores estresantes extremos. Esta Guía también establece grupos de población especiales: niños, niñas y adolescentes, adultos mayores y mujeres durante el embarazo o la lactancia, al tiempo que incorpora en sus principios la respuesta cuando las personas revelen experiencias difíciles (por ejemplo, agresión sexual, violencia o lesiones autoinfligidas). Para las definiciones de los trastornos MNS, consultar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS, publicada en junio de 2018[6].

Aunque la investigación en su conjunto focaliza en los trastornos MNS, cuando se cita o se hace referencia a fuentes secundarias en el análisis de la información, se mantienen los conceptos utilizados en dichas fuentes.

En cuanto al enfoque, el estudio priorizó el análisis de los aspectos clave para la integración de la salud mental en la atención primaria establecidos por la OMS y la WOCA, incluyendo el marco normativo y programático, los aspectos organizacionales de los servicios, los recursos humanos, el rol de las familias y las comunidades, la

1 SFH/PSI. Términos de referencia para contratación de consultoría para análisis de situación en Salud Mental y atención primaria en República Dominicana.
2 Estas provincias y el municipio Santo Domingo Este están ubicados en las siguientes regiones de salud: a) Región 0-Región Metropolitana (Santo Domingo Este y Monte Plata), b) Región II -Cibao Norte (provincia Puerto Plata), c) Región III - Cibao Nordeste (Provincia Hermanas Mirabal); d) y Región IV- Suroeste (Barahona).
3 OMS. Salud mental: un estado de bienestar. Ginebra. Diciembre de 2013. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
4 WHO (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consume de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington DC. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34071/9789275319 57-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
5 SFH/PSI, Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de Salud. Acuerdo Colaborativo Interinstitucional. República Dominicana. Agosto 2017.
6 OMS (2017). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Ginebra. Junio de 2018. https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)

información para la planificación y la toma de decisiones, y la creación de un marco institucional que incentive la mejora de la calidad de los servicios[7,8,9].

Objetivos

General

Realizar un análisis de situación sobre salud mental en cuatro provincias y un municipio priorizados (Monte Plata, Hermanas Mirabal, Barahona, Puerto Plata y Santo Domingo Este, municipio de la provincia de Santo Domingo) que sirva como línea de base para caracterizar y diseñar la intervención desde un enfoque de atención primaria[10,11].

Específicos

Analizar la magnitud de los principales trastornos MNS a nivel nacional y en las provincias seleccionadas, así como la carga de enfermedad asociada a estos trastornos.

Identificar los factores de riesgo que contribuyen a los trastornos MNS y los patrones de acceso y utilización de servicios de salud mental en el país.

Analizar el contexto político, normativo y programático de la salud mental en el contexto de la atención primaria.

Identificar las características y aspectos organizacionales de los servicios de atención a la salud mental en el sistema nacional de salud, con énfasis en los de atención primaria.

Examinar las actitudes, creencias y prácticas de tomadores de decisión, proveedores de servicios y distintos grupos de población a nivel comunitario en relación a los trastornos MNS.

Identificar necesidades de atención en salud mental desde la perspectiva de las y los tomadores de decisión, proveedores de servicios y distintos grupos de población a nivel comunitario, así como los componentes programáticos requeridos para su abordaje en el primer nivel de atención.

Metodología

Variables e indicadores

Las variables e indicadores seleccionados son, en su mayoría, estandarizados a nivel mundial y sus definiciones operativas y métodos de cálculo están incluidos en instrumentos elaborados por la OMS entre los que se incluyen el Atlas de Salud Mental 2017[12], la Guía mhGAP (2017)[13], la PLISA[14] y el Instrumento de Calidad y Derechos "Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social" (2012)[15]. Igualmente, se incluyeron variables e indicadores para la observación de los servicios establecidos en algunos instrumentos

7 Federación Mundial para la Salud Mental (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental.
8 OMS (2008). Integrando la salud mental a la atención primaria. http://www.who.int/mental_health/policy/services/SP.%20Brochure%20PHC.pdf
9 Federación Mundial para la Salud Mental (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental.
10 SFH/PSI. Términos de referencia para contratación de consultoría para análisis de situación en salud mental y atención primaria en República Dominicana.
11 Estas provincias y el municipio Santo Domingo Este están ubicados en las siguientes regiones de salud: a) Región 0-Región Metropolitana (Santo Domingo Este y Monte Plata),b) Región II -Cibao Norte (provincia Puerto Plata), c) Región III - Cibao Nordeste (Provincia Hermanas Mirabal); d) y Región IV- Suroeste (Barahona).
12 OPS/OMS (2017). Atlas de Salud Mental 2017. Washington DC
13 OPS/OMS (2017). 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. Washington DC http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071
14 OPS/OMS. Plataforma de Información en Salud de las Américas. http://www.paho.org/data/index.php/es/
15 OMS (2012. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS "Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social". Ginebra. http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/es/

nacionales tales como la "Lista de verificación del servicio de salud mental", de la Dirección General de Salud Mental (DGSM) del MSP.

Técnicas de recolección de datos

El estudio combinó metodologías cuantitativas y cualitativas:

- 28 entrevistas semi estructuradas a tomadores de decisiones.
- 83 entrevistas semi estructuradas a proveedores de servicios públicos del primer nivel de atención.
- Ocho sesiones de grupos focales con grupos de población seleccionados.
- Guía de observación aplicada en 19 servicios públicos de atención primaria seleccionados.
- Guía de análisis de contexto, a través de la cual se examinaron los indicadores de magnitud, carga de enfermedad, factores de riesgo, marco legal, normativo y programático, y la inversión pública sectorial en salud mental.

Todos los instrumentos relativos a las entrevistas con tomadores de decisiones y proveedores de servicios, así como los grupos focales, fueron piloteados antes de su aplicación.

Poblaciones

Considerando la importancia de integrar información epidemiológica y social con la experticia y perspectivas de actores clave para desarrollar intervenciones efectivas en salud mental, el estudio incluyó tres poblaciones:

- **Proveedores de servicios** de los CPN/UNAP de las provincias seleccionadas.
- **Tomadores de decisiones**, incluyendo representantes de la dirección general del MSP y el SNS, directores y directoras regionales de salud, gerentes de provisión de servicios y representantes de ONG y de asociaciones profesionales.
- **Subgrupos de población a nivel comunitario**, participantes en sesiones de grupos focales en Santo Domingo Este: hombres y mujeres adultos de población general, adolescentes y jóvenes (zona rural y urbana), personas con discapacidad física, madres/padres de niños y niñas con trastornos del desarrollo, mentales o conductuales, envejecientes, mujeres sobrevivientes de violencia y líderes comunitarios.

Métodos de análisis

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados de las entrevistas. En el análisis de contexto, los datos obtenidos fueron abordados en dos niveles, uno descriptivo que comprendió el examen de documentos (leyes, políticas, normas) y datos de encuestas, bases de datos y estudios específicos, y un análisis de regresión logística binario de los datos de ENDESA 2013 sobre consumo de alcohol y uso de drogas utilizando el software SPSS. Los resultados de los grupos focales se analizaron a través de la combinación y categorización de las respuestas y el examen de patrones y temas emergentes, así como las diferencias entre los distintos grupos de población[16],[17],[18].

16 Jacqueline M. Barnett. 2002. Focus Groups Tips for Beginners.TCALL Occasional Research Paper No. 1. http://www-tcall.tamu.edu/orp/orp1.htm

17 Michelle L. Bliesner, Lori A. Rolleri, Claire Moore and Lorrie Gavin, Collecting Qualitative Data on Youth Perceptions Regarding Teen Pregnancy and HIV/STI Prevention: A Focus Group Guide. Scotts Valley, CA: ETR Associates, 2007. http://www.massteenpregnancy.org/sites/default/files/providers/etr-focus-group-guide.pdf

18 Rabiee , F. 2004. Focus-group interview and data analysis. Proceedings of the Nutrition Society (2004), 63, 655–660. School of Health and Policy Studies, University of Central England, Birmingham, UK.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos

El Equipo Élite del estudio (MSP, SFH/PSI y Oficina Regional PASMO) y el Comité de Ética de PSI USA revisaron y aprobaron el protocolo de investigación con miras a examinar el abordaje metodológico, los riesgos y beneficios potenciales de la investigación, el proceso y los materiales que se usarían para establecer el consentimiento informado de las y los participantes, así como garantizar la confidencialidad, y evaluar el proceso de selección y reclutamiento de las y los participantes.

Las consideraciones éticas que guiaron el estudio se basan en los principios de respeto por la autonomía, beneficencia y justicia establecidos por la OMS y NIH. Se cumplieron las medidas establecidas para garantizar el anonimato, la confidencialidad y la privacidad de las personas entrevistadas y participantes de los grupos focales, el consentimiento informado, los beneficios directos e indirectos, y la reducción de riesgos directos e indirectos[19],[20].

Las investigadoras nacionales recibieron capacitación en el manejo de los instrumentos de recolección de datos, en aspectos conceptuales que sustentaron el estudio con miras a obtener información confiable y clara (de calidad)[21]. Cada miembro del Equipo consultor contó con el certificado de curso de los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos de América (NIH, por sus siglas en inglés) sobre "Protección de participantes humanos de la investigación"[22].

Limitaciones generales del estudio

El análisis de contexto estuvo limitado por la reducida disponibilidad de publicaciones científicas sobre el tema ya que tanto la producción de artículos científicos publicados en revistas indexadas como la disponibilidad de estudios específicos en salud mental son bajas. En cuanto a las condiciones de salud investigadas en la República Dominicana, del total de 244 estudios realizados en el período 2009-2013, solo seis (2,4%) eran sobre salud mental: dos sobre consumo de alcohol, tres sobre uso de drogas y uno sobre el desorden depresivo unipolar[23]. El limitado acceso a información sobre la utilización de los servicios de salud mental condiciona el análisis del acceso y seguimiento de los casos, así como de las referencias internas y externas. Por ejemplo, el SINAVE no documenta el número de ingresos hospitalarios por trastornos MNS ya que esta información está incorporada en el marco de producción de servicios, la cual a su vez está a cargo del Departamento de Información en Salud (antigua Dirección de Estadística). Solo registra el número total de hospitalizaciones por centros (los que reportan) y no se desagrega por tipo de servicio o especialidad. Igual ocurre con las consultas, ya que el instrumento que se utiliza para estos fines (producción de servicios) es el 72-A, que solo recoge el número de consultas de primera vez y subsecuente y tampoco desagrega por tipo de servicio o especialidad. Es decir, no se podría conseguir este dato de manera pasiva, siendo necesario revisar los registros hospitalarios y realizar el levantamiento de información.

Igualmente, la OMS ha indicado que algunos trastornos MNS, como la epilepsia, los trastornos mentales y conductuales de niños y adolescentes, el Trastorno del Espectro Autista (TEA), el Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), son comunes y afectan a una importante proporción de la población. Hasta la fecha, el país no dispone de datos de prevalencia e incidencia de los mismos.

19 WHO (2011). Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44783/9789241502948_eng.pdf?sequence=1
20 NIH (2016). Guiding Principles for Ethical Research. Pursuing Potential Research Participants Protections. USA. https://www.nih.gov/health-information/nih-clinical-research-trials-you/guiding-principles-ethical-research
21 Ellsberg, M. and Heise, L. (2005). Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists. World Health Organization and PATH. Washington .DC.
22 NIH. Protección de participantes humanos de la investigación. Online course. https://pphi.nihtraining.com/users/login.php
23 Julio Arturo Canario et al. (2015). Brechas de Investigación en Salud en la República Dominicana. Instituto Tecnológico de Santo Domingo

La ausencia de mecanismos de monitoreo y evaluación de los servicios públicos y privados, así como de los programas y proyectos puntuales sobre salud mental, restringe la disponibilidad de información sobre los resultados y el impacto de las intervenciones a nivel poblacional y en grupos específicos de población.

En el desarrollo de los grupos focales, las y los adolescentes del área rural (escolarizados y no escolarizados) mostraron una menor receptividad para compartir sus perspectivas sobre los temas tratados que los de zona urbana.

2. ANÁLISIS DE CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL EN REPÚBLICA DOMINICANA

En el análisis de contexto se examinó información de fuentes secundarias, combinando análisis descriptivo y estadístico inferencial de algunas de las variables e indicadores clave para planificar servicios de salud mental: magnitud de los trastornos mentales, factores de riesgo, carga de enfermedad, costos económicos y sociales, políticas, colaboración interinstitucional, recursos humanos, disponibilidad de servicios, prevención y promoción, y sistemas de información[24].

Se realizó una revisión de literatura, utilizando bases de datos especializadas y literatura gris de la última década sobre salud mental en República Dominicana. A partir de las preguntas de investigación establecidas en el protocolo del estudio se definieron criterios de búsqueda, de inclusión y exclusión, y fuentes de información. Se revisaron artículos científicos y literatura gris, realizando la búsqueda a través de Google Scholar.

Términos de búsqueda, criterios de inclusión y fuentes de información

La revisión incluyó las siguientes bases de datos:

- Scielo (OPS/OMS)[25]
- PubMed Central[26]
- Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC)[27]
- The Cochrane Database of Systematic Reviews[28]

También se revisaron las páginas web de organismos internacionales (OPS, OMS, Banco Mundial, UNICEF, PNUD, UNFPA), ONG (COIN, Fundación Dominicana de Autismo, Fundación Dominicana de Trastorno Afectivo Bipolar, Asociación Dominicana Alzheimer, Fundación Alam Cabrera) y las bibliotecas en línea de universidades nacionales seleccionadas, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM).

24 WHO. Mental Health Atlas 2017. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1
25 OPS/OMS. Scielo - Scientific Electronic Library Online. http://www.scielo.org/php/index.php?lang=en
26 PubMed Central. US National Library of MedicineNational Institutes of Health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
27 REDALYC. http://www.redalyc.org/home.oa
28 The Cochrane Database of Systematic Reviews. https://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/

Términos de búsqueda

Se utilizaron términos de búsqueda en español e inglés:

- Salud mental, trastornos de salud mental (mental health, mental health disorders)
- Trastornos mentales: depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente, demencia, trastornos por el consumo de sustancias, autolesión/suicidio
- Factores de riesgo, factores asociados (risk factors, associated factors)
- Atención primaria (primary care)
- República Dominicana (Dominican Republic)
- América Latina y el Caribe (Latin America and the Caribbean)

Elegibilidad para la inclusión

- Documentos publicados entre 2008-2018
- Enfoque nacional (República Dominicana) y regional/subregional (América Latina y el Caribe).
- Se refiere a la salud mental, atención primaria

Magnitud de los trastornos MNS y factores asociados

Según los datos del IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, del total de la población entrevistada a nivel nacional, el 3,9% de los hombres y el 2,6% de las mujeres reportó tener algún problema de salud mental. Entre las personas entrevistadas que declararon que algún miembro del hogar tenía problemas mentales como dificultad permanente, el 6% del total se encuentra en el grupo de 0-14 años; el 3,4%, en el de 15-64 años, y el 2,1%, entre mayores de 65 años. Según los datos del mismo censo, en las cuatro provincias y el municipio seleccionados para el estudio, el porcentaje del total de entrevistados que declaró alguna discapacidad mental fue del 18% en Santo Domingo, el 3,6% en Puerto Plata, el 2,5% en Monte Plata, el 2% en Barahona, y el 1,6% en Hermanas Mirabal[29].

Según los datos de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-2013), el 12,3% de la población declaró poseer alguna discapacidad, es decir alrededor de 708.597 personas de una población estimada de 10.177.007. La discapacidad más común que tienen las personas es la motriz, ya que un 32,3% de personas con discapacidad presentan esta condición, le siguen las personas que tienen discapacidad permanente para levantarse (23,4%), discapacidad intelectual (21,2%) y discapacidad en los brazos (19,0%). En menor proporción se encuentran las personas con discapacidad en los pies (14,4%), y con discapacidad visual y auditiva, ambas con el 13,8%[30].

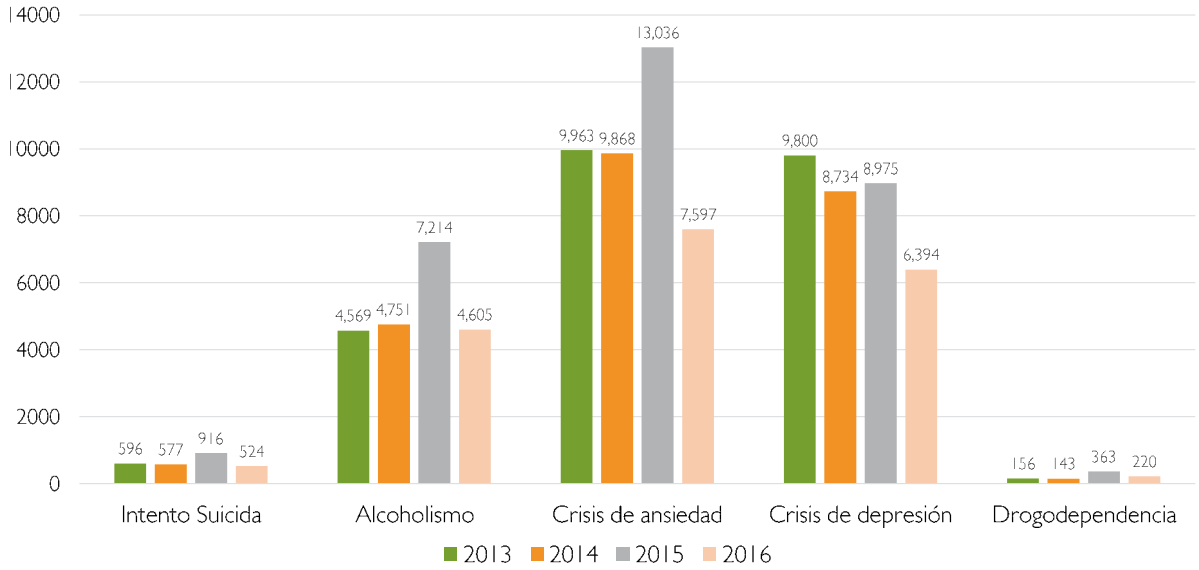
Según los datos de ENDESA 2013, el 42% de las mujeres de 15 a 49 años y el 61% de los hombres de 15-59 años informó haber consumido alguna bebida con alcohol en los 30 días anteriores a la encuesta. El 1% de las mujeres y el 6% de los hombres declaró que ha usado drogas alguna vez[31].

En el período 2013-2016, del total de 99.001 casos acumulados registrados en el

29 Oficina Nacional de Estadística (2012). IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. República Dominicana
30 ONE (2014). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples ENHOGAR-2013. Informe General. Santo Domingo, República Dominicana.
31 Ministerio de Salud Pública y CESDEM. Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana 2013.

SINAVE, el 41% correspondía a crisis de ansiedad; el 34%, a crisis de depresión; el 21%, a alcoholismo; el 2,6%, a intento suicida y el 1%, a drogodependencia. En el año 2015 se registró un incremento significativo de casos en los trastornos MNS analizados, exceptuando los correspondientes a crisis de depresión[32].

Gráfico 1. Número de casos acumulados de trastornos MNS. República Dominicana 2013-2016



Fuente: Elaboración propia con datos de DIGEPI

Durante el período 2013-2016, la prevalencia de los trastornos MNS (crisis de ansiedad, crisis de depresión, alcoholismo, intento suicida y drogodependencia) fue más alta en Barahona que en el resto de las provincias seleccionadas.

Cuadro 1.
Prevalencia de trastornos MNS, por provincias seleccionadas (2013-2016)

Provincia/Año	2013	2014	2015	2016
Santo Domingo Este	0,26	0,24	0,31	0,19
Monte Plata	0,05	0,11	0,22	0,14
Puerto Plata	0,24	0,44	0,66	0,42
Hermanas Mirabal	0,08	0,09	0,11	0,09
Barahona	1,95	1,40	1,24	0,68

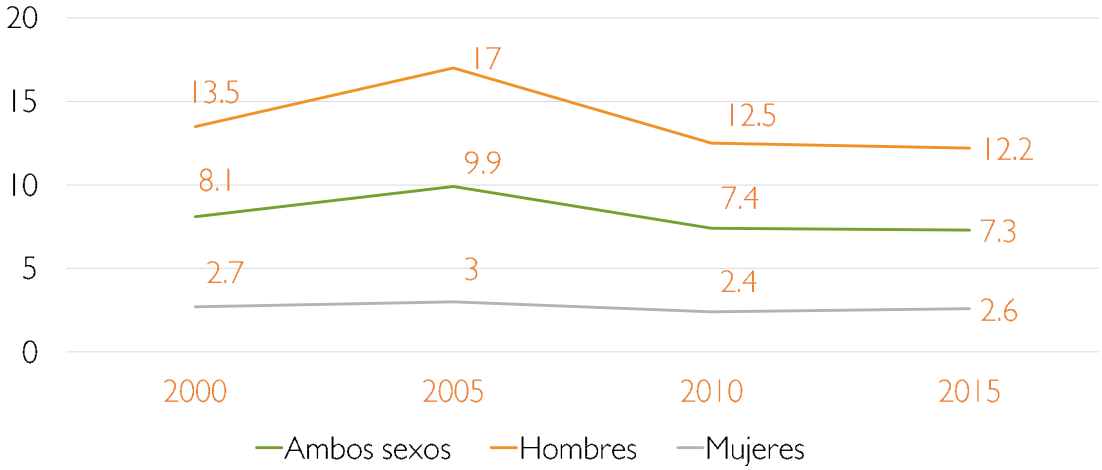
Fuente: SINAVE

En el período 2016-septiembre 2017 se registraron en el país 1.008 casos de suicidio, de los cuales el 87,3% correspondía a hombres y el 12,7% a mujeres. Según los datos del Observatorio Global de Salud, durante el período 2000-2015 la tasa de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes) disminuyó, pasando del 8,1 en 2000 a 7,3 en 2015, observándose que, en el período analizado, la tasa es 4,7 veces mayor en hombres que en mujeres[33].

32 Digepisalud.gob.do [Internet]. Santo Domingo: Digepisalud.gob.do; 2017 [actualizado diciembre 2017; citado 31 dic 2017]. Disponible en: http://digepisalud.gob.do/viepi/login.p
33 WHO. Global Health Observatory. Suicide rates, age-standardized.http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en

Del total anual de los suicidios ocurridos y registrados por año, sexo y grupo de edad en el período 2011-2015 en el país, alrededor del 15% del total correspondía a mujeres. Sin embargo, de los suicidios en la población de 15-19 años, las mujeres adolescentes representan el 36%, alcanzando alrededor del 45% en los años 2013 y 2014[34].

Gráfico 2. Tasa de mortalidad por suicidio (x 100, 000 hab.).
República Dominicana, 2000-2015



Fuente: Global Health Observatory, WHO

En 2015, la tasa de suicidio en América Latina y el Caribe (por 100.000 hab.) fue de 9,9 y en la República Dominicana alcanzó el 7,3, cifra inferior a la registrada en Cuba, Haití, Nicaragua, Panamá y El Salvador, y superior a la de Guatemala, Jamaica, México y Honduras[35].

Cuadro 2.
Tasa de suicidio en 11 países de América Latina y el Caribe, 2015
(x 100.000 hab.)

País	Total	Hombres	Mujeres
Haití	17,7	17,7	6
El Salvador	11	19,2	4,4
Cuba	10,5	17	4,2
Panamá	10,1	10,1	1,1
Nicaragua	9,8	15,9	4,2
Costa Rica	7,3	12,6	2
Rep. Dominicana	7,3	12,2	2,6
México	5	8,1	2,1
Honduras	4,2	5,8	2,6
Guatemala	2,7	4,2	1,5
Jamaica	1,4	2,6	0,3

Fuente: WHO. Global Health Observatory. Suicide rates, age-standardized.

34 ONE (2016). Suicidios ocurridos y registrados por año y sexo, según grupos de edad, 2011-2015. http://www.one.gob.do/Estadisticas/146/suicidios
35 WHO. Global Health Observatory. Suicide rates, age-standardized.http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en

Trastornos MNS en poblaciones específicas

Los estudios sobre trastornos MNS en poblaciones específicas son escasos y algunos se han realizado con muestras pequeñas que impiden generalizar los resultados a los grupos de población estudiados. A continuación se describen los resultados de investigaciones con adultos mayores, adolescentes y jóvenes, personas que viven con VIH, usuarios de drogas ilícitas, mujeres transgénero, mujeres sobrevivientes de violencia por la pareja y migrantes haitianos en el país.

Adultos mayores. En el estudio sobre enfermedades crónicas, impedimentos físicos y factores de riesgo asociados con discapacidad con 2.011 personas de 65 años y más en el país, se encontró que el 13,8% tuvo diagnóstico de depresión y el 11,7%, de demencia[36]. En un estudio comparativo sobre ansiedad con 15.021 adultos de 65 años y más residentes en países seleccionados de América Latina, India y China se encontró que la prevalencia de ansiedad entre las personas entrevistadas de República Dominicana fue la más alta, con 8,9%, y en China, la más baja, con 0,2%[37]. En un análisis secundario de los datos de la encuesta, 10/66 del grupo de investigación sobre demencia en adultos mayores reveló una prevalencia del 10,6% de consumo excesivo de alcohol entre adultos mayores en República Dominicana. Este patrón de consumo de alcohol estuvo parcialmente asociado a la severidad de los síntomas psicológicos y sociales[38].

Personas viviendo con VIH. Un estudio con 89 personas viviendo con VIH en La Romana reveló que el 89,9% cumplía con al menos con uno de los criterios más importantes de depresión, a saber, pérdida de interés en actividades cotidianas y estado de ánimo depresivo[39].

Mujeres sobrevivientes de violencia por la pareja y violencia sexual por cualquier persona. La violencia contra las mujeres es un fenómeno ampliamente extendido que tiene un impacto a largo plazo en la salud mental de las víctimas directas e indirectas, es decir, la de ellas y sus hijos e hijas. Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud 2013 (ENDESA 2013)[40], alrededor de tres de cada diez mujeres de 15- 49 años alguna vez casadas o unidas ha experimentado alguna forma de violencia (emocional, física o sexual) por parte de la pareja, el 30,5% ha experimentado violencia emocional alguna vez, el 10% de las mujeres de 15-49 años reportó haber sufrido violencia sexual por cualquier persona alguna vez en la vida[41] y entre las que se han identificado como embarazadas alguna vez, el 7,4% ha experimentado violencia física por parte de cualquier persona durante el embarazo[42].

Adolescentes y jóvenes

- Adolescentes en conflicto con la ley. En un estudio con una muestra de 586 adolescentes de ambos sexos en conflicto con la ley, privados y no privados de libertad, se encontró que la desregulación afectiva y la falta de auto-control son las motivaciones más frecuentes de la conducta delictiva, sugiriendo que por encima de factores de riesgo u otros aspectos sociales como los pares y pandillas, la

36 Daisy Acosta et al. The prevalence and social patterning of chronic diseases among older people in a population undergoing health transition. A 10/66 Group cross-sectional population-based survey in the Dominican Republic. BMC Public Health201010:344. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-344

37 A. Matthew Prina et al. Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. he British Journal of Psychiatry (2011) 199, 485–491. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083915 http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/199/6/485.full.pdf

38 Nadkarni A, Acosta D, Rodriguez G, Prince M, Ferri CP. The psychological impact of heavy drinking among the elderly on their co-residents: The 10/66 group population based survey in the Dominican Republic. Drug and Alcohol Dependence. 2011;114(1):82-86. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.09.005. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123469/

39 Maya Koenig-Dzialowski et al (2016). Depression, substance abuse and antiretroviral non-adherence among adults with HIV in care at the Clínica de Familia in La Romana, Dominican Republic. The Journal of Global Health. http://www.ghjournal.org/depression-substance-abuse-and-antiretroviral-non-adherence-among-adults-with-hiv-in-care-at-the-clinica-de-familia-in-la-romana-dominican-republic/

40 Ministerio de Salud Pública y CESDEM. Ibid

41 Se preguntó a las mujeres entrevistadas si alguna vez en su vida, durante la niñez y/o adultez, alguien las obligó de alguna manera a tener relaciones sexuales o a realizar actos sexuales que no querían.

42 Se preguntó a las mujeres alguna vez embarazadas si habían sido golpeadas, abofeteadas, pateadas o lastimadas de alguna otra forma mientras estaban embarazadas.

inhabilidad del (la) adolescente para regular sus emociones negativas y sus impulsos son las causas que ellos mismos reconocen para cometer delitos[43].

- Consumo de alcohol y drogas ilícitas. En la Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de 8° curso del nivel básico y 2° y 4° del nivel medio (2008), el 48,6% reportó haber ingerido alcohol durante el último año y la proporción de estudiantes que reportó consumo actual (consumió bebidas alcohólicas durante el último mes) fue del 31,4%. Se registra en las mujeres una mayor prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas a lo largo de la vida en comparación con los hombres (65,4% frente al 61,9%). Igualmente, las mujeres superan a los hombres en el consumo actual de estimulantes[44] (18,5% frente a 13,2%)[45].

En un estudio con 303 estudiantes (73,1% eran mujeres) cursando el primer año de estudios universitarios en una universidad privada se encontró que las y los participantes habían iniciado el consumo de sustancias en edades tempranas (15 años) y que el alcohol es la sustancia más consumida. El 31% afirmó haber consumido por lo menos un trago de alcohol más de 100 días en su vida. Se evaluó además la frecuencia de consumo de alcohol en el último mes y la mayoría consumió bebidas alcohólicas uno o dos días del último mes (29,4%). Cinco participantes (1,7%) reportaron haber consumido alcohol todos los días durante los últimos 20-30 días. El 43,3% afirmó haber tenido relaciones sexuales y, de éstos, un 32,8% (n = 42) ha utilizado alcohol previo a tener relaciones sexuales[46].

Usuarios de drogas ilícitas. En una encuesta aplicada a 51 personas que consumen drogas, de las cuales 39 eran hombres y 12 mujeres residentes en Santo Domingo, se encontró que los problemas psicológicos subyacentes son comunes entre esta población y que estos trastornos constituyen una barrera importante a la recuperación. En personas que se inyectan drogas, de las 26 que respondieron a preguntas sobre salud mental, un 27% (n=7) habían sido hospitalizadas para el tratamiento de una enfermedad mental, un 38% (n=8) habían sido diagnosticadas con depresión por un médico y el 24% (n=5) con ansiedad (13). Casi la mitad consumen 10 o más bebidas alcohólicas dos o más veces a la semana[47].

Mujeres transgénero. En un estudio con 287 mujeres transgénero en el país se encontró que el 24,5% había experimentado abuso sexual y 20,1% intento de asesinato. El 26,1% reportó que estaba usando drogas ilícitas en el momento de la encuesta. Entre las usuarias de drogas, el 51,4% había experimentado alguna forma de trauma y, entre las que habían sufrido abuso sexual, la probabilidad de usar cocaína fue 3 veces mayor que entre aquellas que no habían experimentado este tipo de abuso[48].

Migrantes haitianos. En una encuesta comunitaria con 127 migrantes haitianos en seis comunidades migratorias del Valle de Cibao se evaluaron las experiencias de migración, los factores estresantes actuales, la salud mental y el desempeño. Las puntuaciones de la encuesta correspondientes a depresión, ansiedad y aflicción mental se asociaron con: i) las interacciones sociales negativas (incluidos los interrogatorios o la deportación, el tratamiento por parte de la población dominicana percibido como

43 Aída M Ripley, Luis Garrido, y Nizel Fernández (2014). Auto-Percepción de Factores Causales de la Delincuencia en Adolescentes Recluidos en la República Dominicana. Ministerio Público, Alerta Joven y Universidad Iberoamericana. https://www.researchgate.net/profile/Aida_Mencia-Ripley/publication/292155713_Auto_Percepcion_de_Factores_Causales_de_la_Delincuencia_en_Adolescentes_Recluidos_en_la_Republica_Dominicana/links/56ab862c08aed814bdea220b/Auto-Percepcion-de-Factores-Causales-de-la-Delincuencia-en-Adolescentes-Recluidos-en-la-Republica-Dominicana.pdf

44 Estimulantes: preparadas con anfetaminas y cafeína u otros medicamentos utilizados para disminuir el apetito o mantenerse despierto.

45 Consejo Nacional de Drogas y CICAD (2009). Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de 8vo. curso del nivel básico y 2do. y 4to. del nivel medio. República Dominicana http://odd.gov.do/Investigaciones/Resumen%20Ejecutivo%20encuesta%20estudiantes%202008.pdf

46 Aída Teresa Mencía-Ripley, Yira Vargas Caminero. Abuso de sustancias en estudiantes universitarios dominicanos. Revista Medicina, Salud y Sociedad. Vol.4 No.3 mayo -agosto 2014. http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/4_3/04.pdf

47 COIN y Pangaea Global AIDS Foundation. Uso de drogas y prevención de VIH/sida entre poblaciones de alto riesgo. Análisis de situación y marco estratégico 2012. República Dominicana. http://coin.org.do/wp-content/uploads/2017/11/Análisis-de-situación-y-marco-estratégico-Uso-de-Drogas-y-Prevención-de-VIH-1.pdf

48 Budhwani H, Hearld KR, Milner AN, et al. Transgender Women's Drug Use in the Dominican Republic. Transgender Health. 2017;2(1):188-194. doi:10.1089/trgh.2017.0032. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5684664/

inadecuado, y el hacinamiento); y ii) la falta de apoyo social, incluida la migración en solitario. Las puntuaciones correspondientes a aflicción mental fueron mayores en las mujeres, mientras que la condición de casado (a) se asociaba con mayores niveles de ansiedad, lo que podría reflejar la existencia de expectativas sociales no satisfechas[49].

Factores asociados

Los determinantes de salud mental y de trastornos mentales incluyen factores individuales, sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Las capacidades emocionales y afectivas de las personas influyen en su salud mental al igual que las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad[50],[51].

Factores de riesgo de consumo de alcohol y drogas en población general

Se realizó un análisis de regresión logística de los factores asociados al consumo de alcohol y de drogas ilícitas utilizando los datos de la ENDESA 2013. La población de esta encuesta estuvo compuesta por 6.901 hombres de 15-59 años y 6.794 mujeres de 15-49 años. Las variables independientes seleccionadas fueron: sexo, edad, zona de residencia, región de salud, nivel educativo y quintil de riqueza.

Consumo de alcohol. Se encontró que la probabilidad de consumir alcohol en el último mes, de acuerdo a las variables seleccionadas, muestra las siguientes características:

- 2,2 veces mayor en hombres que en mujeres.
- 1,2 veces más elevada en las personas de 20-39 años en comparación con las de 40 y más años.
- 1,3 veces más alta entre las personas que viven en zonas urbanas en relación a quienes residen en zona rural.
- Entre 1,5 y 1,3 veces mayor en las personas que viven en las regiones de salud 0, II y III en relación al resto del país.
- Entre 1,5 y 1,1 veces mayor entre las personas que se ubican en los quintiles de riqueza superior, cuarto y segundo en relación al nivel inferior.

No se observó relación con el nivel de estudios.

Consumo de drogas ilícitas. La probabilidad de consumir drogas alguna vez de acuerdo a las variables seleccionadas fue:

- 3,2 veces mayor en hombres que en mujeres.
- 1,3 veces mayor en las personas de 20-39 años en comparación a los de 40 y más años.
- 1,5 veces más alta en las personas que viven en zonas urbanas en relación a los rurales.
- 1,2 veces más elevada para los que viven en las región de salud IV en relación al resto del país.

49 Kaiser BN, Keys HM, Foster J, Kohrt BA. Social stressors, social support, and mental health among Haitian migrants in the Dominican Republic. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(2):157–62. https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n2/157-162/en

50 OMS (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

51 Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept.de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra 2004 http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

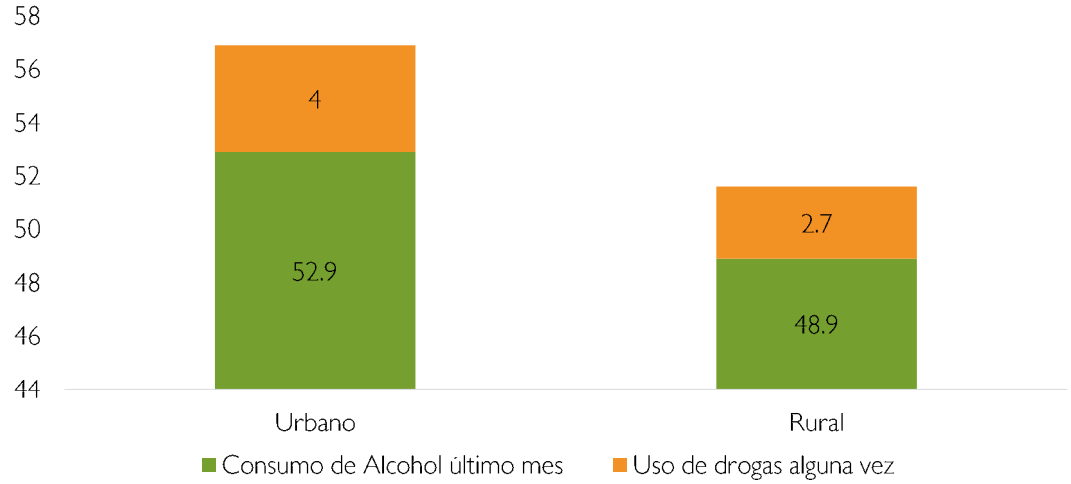
- Entre 2 y 1,7 veces mayor entre las personas que se ubican en los quintiles de riqueza segundo e intermedio en relación al nivel superior.

El análisis comparativo entre el consumo de alcohol en el último mes y de drogas ilícitas alguna vez, muestra algunas características comunes y también diferencias entre ambos.

Gráfico 3. Porcentaje de entrevistados que reportó haber consumido alcohol en el último mes y uso de drogas ilícitas alguna vez, según grupo de edad - (ENDESA 2013)

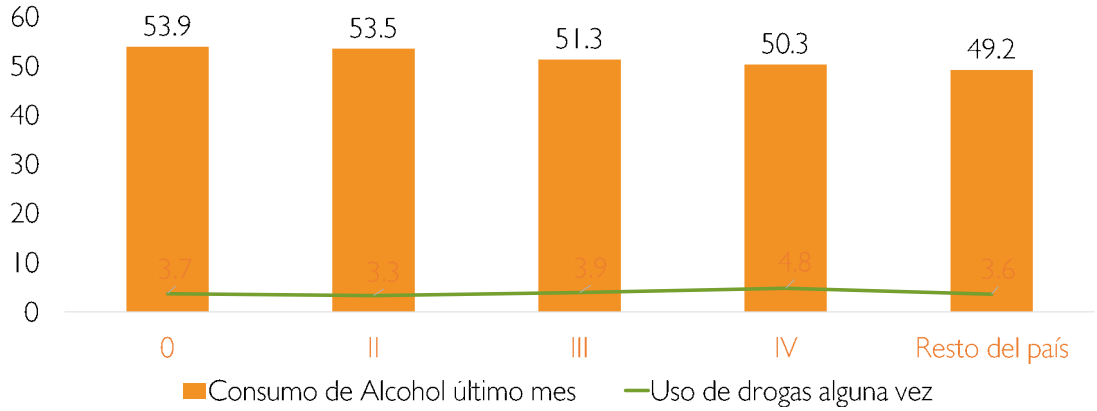
En ambas variables, la prevalencia aumenta en el grupo de 20-39 años y disminuye a partir de los 40 años.

Gráfico 4 . Porcentaje de entrevistados que reportó haber consumido alcohol en el último mes y uso de drogas ilícitas alguna vez, según zona de residencia (ENDESA 2013)



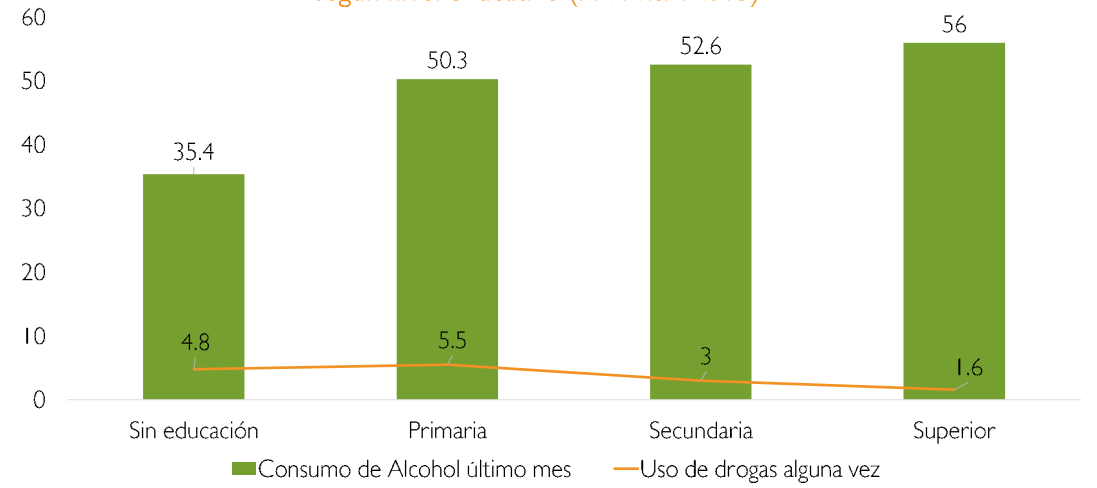
En ambas variables, el mayor consumo se observa en contextos urbanos, especialmente en el caso del consumo de drogas.

Gráfico 5. Porcentaje de entrevistados que reportó haber consumido alcohol en el último mes y uso de drogas ilícitas alguna vez, según región de salud (ENDESA 2013)



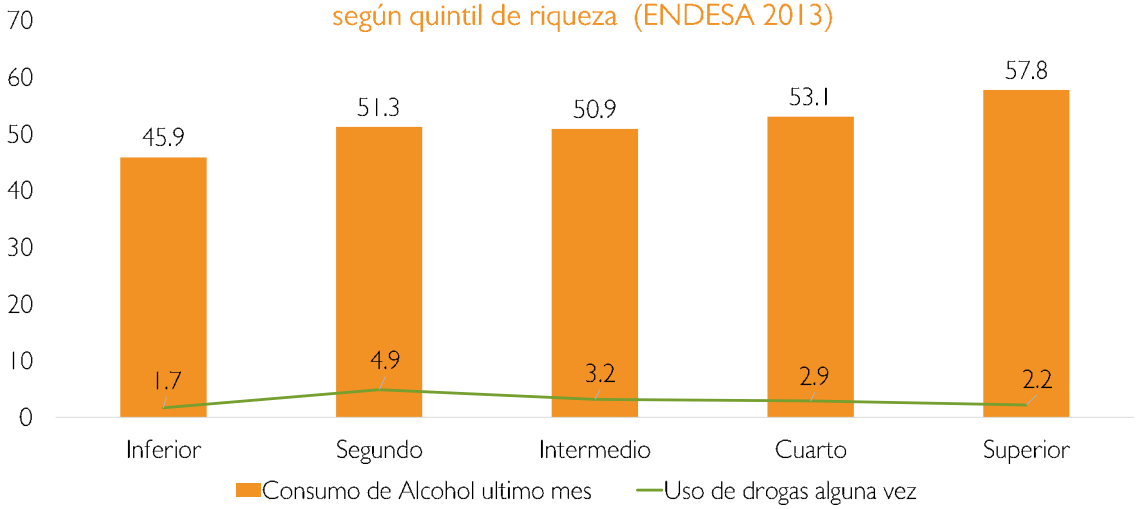
Se observa que, mientras el consumo de alcohol es mayor en la Región 0 (Distrito Nacional, provincias de Santo Domingo y Monte Plata) disminuye de acuerdo a las demás regiones y el resto del país, el consumo de drogas alguna vez aumenta sobre todo en las regiones III (provincias Duarte, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez y Samaná) y IV (provincias Baoruco, Barahona, Independencia y Pedernales) en relación a las demás [0 y II (provincias Puerto Plata, Espaillat y Santiago)] y el resto del país.

Gráfico 6. Porcentaje de entrevistados que reportó haber consumido alcohol en el último mes y uso de drogas ilícitas alguna vez, según nivel educativo (ENDESA 2013)



Al igual que en las regiones de salud, las variables también presentan diferencias según el nivel educativo. El consumo de alcohol tiende a aumentar con el nivel educativo: cuanto mayor es el nivel educativo mayor es también la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes. Sin embargo, el uso de drogas ilícitas alguna vez tiende a bajar al aumentar el nivel educativo. La mayor prevalencia se observa en quienes no tienen educación o alcanzaron el nivel primario de educación, y disminuye cuando aumenta el nivel educativo.

Gráfico 7. Porcentaje de entrevistados que reportó haber consumido de alcohol en el último mes y uso de drogas ilícitas alguna vez, según quintil de riqueza (ENDESA 2013)



Al igual que en el nivel educativo, se observa que el consumo de alcohol en el último mes tiende a aumentar con el nivel de riqueza pero el uso de drogas alguna vez tiende a bajar cuando aumenta el nivel de riqueza. Es decir, parece que quienes tienen mayor nivel educativo y de riqueza tienden a consumir más alcohol y quienes tienen menor nivel de educación y están en los niveles inferiores del quintil de riqueza tienden a consumir en mayor medida drogas ilícitas.

Factores asociados en poblaciones específicas

Aunque en los estudios revisados no se realiza un análisis de causalidad entre los trastornos MNS y factores de riesgo asociados, en algunos se encontró la presencia de factores familiares y sociales congruentes con la literatura disponible sobre la influencia de los mismos en los trastornos estudiados. Igualmente, la co-ocurrencia de diversos trastornos MNS y de éstos con otras condiciones crónicas han sido ampliamente documentadas a nivel internacional.

- *Adolescentes en conflicto con la ley.* En el estudio mencionado anteriormente con esta población (Aída M Ripley et al, 2014) se encontró que las y los adolescentes de la muestra tenían una acumulación de factores de riesgo y reportaron el inicio temprano de diversas conductas de riesgo, como el uso de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Más del 20% había realizado trabajo sexual, tenía bajo nivel de logro académico y más de la mitad estaba fuera del sistema escolar en el momento de cometer el delito. Adicionalmente, la relación de las y los participantes con sus padres era pobre en comparación con la relación con sus madres, caracterizada por menor contacto así como por la percepción del adolescente de que los padres se preocupan menos por ellos[52].
- *Estudiantes que usaban drogas ilícitas.* En el estudio sobre "Uso de drogas y prevención de VIH/sida entre poblaciones de alto riesgo" (COIN y y Pangaea Global AIDS Foundation, 2012) entre las y los estudiantes se encontró que la experimentación con drogas y alcohol empieza después de la enseñanza media y frecuentemente está provocada por la presión social. A menudo, las

52 Aída M Ripley, Luis Garrido, y Nizel Fernández (2014). Auto-Percepción de Factores Causales de la Delincuencia en Adolescentes Recluidos en la República Dominicana. Ministerio Público, Alerta Joven y Universidad Iberoamericana. https://www.researchgate.net/profile/Aida_Mencia-Ripley/publication/292155713_Auto_Percepcion_de_Factores_Causales_de_la_Delincuencia_en_Adolescentes_Recluidos_en_la_Republica_Dominicana/links/56ab862c08aed814bdea220b/Auto-Percepcion-de-Factores-Causales-de-la-Delincuencia-en-Adolescentes-Recluidos-en-la-Republica-Dominicana.pdf

y los estudiantes no tienen apoyos positivos en la casa, y hay pocos recursos a su disposición para la toma de decisiones saludables (por ejemplo, apoyo social, programación educativa, materiales informativos). Asimismo, a las y los estudiantes que consumen drogas o alcohol, o las que están embarazadas, frecuentemente se les expulsa de la escuela[53].

- *Migrantes de Haití.* En la encuesta comunitaria en comunidades migratorias haitianas del Valle de Cibao (Kaiser BN et al, 2015), los datos cualitativos indican que las y los participantes mencionaron como factores asociados las experiencias de migración, los factores estresantes actuales, la salud mental y el desempeño, y la falta de apoyo social, a menudo denominado tèt ansanm (que literalmente significa «cabezas juntas» en criollo haitiano o Kreyòl y se define aproximadamente como solidaridad o colaboración social recíproca)[54], entre otros.
- *Trabajadores de fábricas de ropas.* Una iniciativa con trabajadores de dos fábricas de ropas que incluyó un aumento de salario y cambios significativos en el ambiente laboral en el que se realizó la intervención mostró que, 15-16 meses después, las y los trabajadores de la fábrica en que se implementó la intervención tenían un riesgo reducido en un 47% de sufrir síntomas clínicos de depresión en comparación con el grupo control (23% frente al 40%)[55].

Carga de enfermedad asociada a trastornos MNS

Según los datos de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) de la OPS/OMS, en el 2012 la tasa de defunciones asociadas a trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso en el país fue de 4,19 por cada 100.000 habitantes[56].

Cuadro 3.
Porcentaje del total de años de vida perdidos por discapacidad según evento de salud mental. República Dominicana, 2013-2016.

Evento	Año y %			
	2013	**2014**	**2015**	**2016**
Depresión	2,01	2,04	2,07	2,1
Ansiedad	1,5	1,52	1,55	1,57
Drogas	0,57	0,59	0,60	0,61
Alcohol	0,69	0,71	0,73	0,75

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018

Años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD)

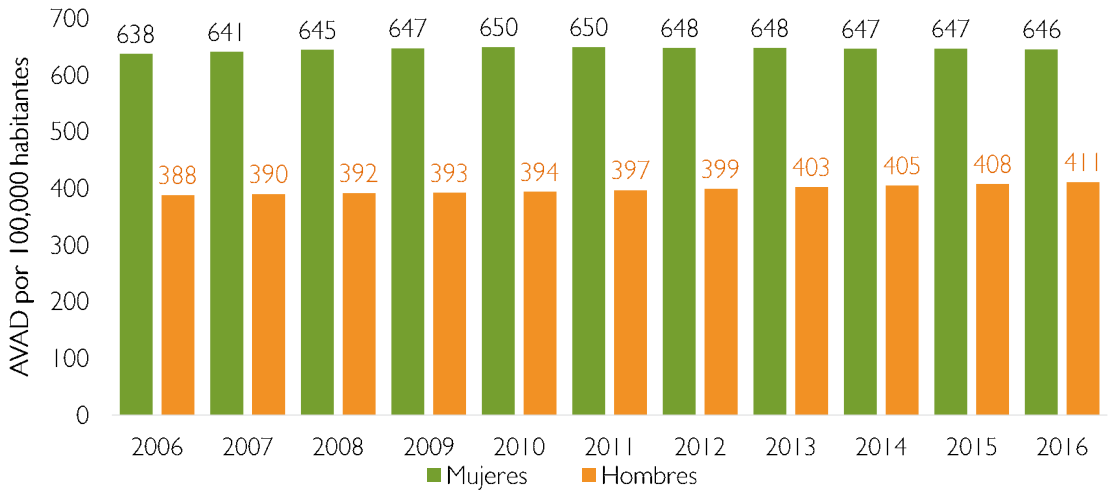
Durante el período 2013-2016, la depresión y la ansiedad constituyeron los trastornos con más peso en la carga de enfermedad asociada a trastornos mentales[57]. De acuerdo a los datos del Observatorio Global de Salud (OMS), en el 2013 hay tres causas relacionadas con la salud mental entre las 20 primeras causantes de mayor carga de

53 COIN y Pangaea Global AIDS Foundation. Uso de drogas y prevención de VIH/sida entre poblaciones de alto riesgo. Análisis de situación y marco estratégico 2012. República Dominicana. http://coin.org.do/wp-content/uploads/2017/11/Análisis-de-situación-y-marco-estratégico-Uso-de-Drogas-y-Prevención-de-VIH-1.pdf
54 Kaiser BN, Keys HM, Foster J, Kohrt BA. Social stressors, social support, and mental health among Haitian migrants in the Dominican Republic. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(2):157–62. https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000700009&lang=pt
55 Burmaster KB, et al. Impact of a private sector living wage intervention on depressive symptoms among apparel workers in the Dominican Republic: a quasi-experimental study. BMJ Open 2015;5:e007336. doi:10.1136/bmjopen-2014-007336 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4538264/pdf/bmjopen-2014-007336.pdf
56 OPS/OMS. Mortality Data. Mortality database last update: 06/16/2016. Using 2015 Revision of World Population Prospects. https://hiss.paho.org/pahosys/gbd.php
57 Institute for Health Metrics and Evaluation. Global. Both sexes, all ages, 2016 DALYs. https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

enfermedad (años de vida saludables perdidos por muerte prematura y discapacidad) en el país: el 7° lugar lo ocupan los desórdenes depresivos; el 16°, los desórdenes de ansiedad y el 20°, el Alzheimer y otras demencias. Cabe destacar que, del total de causas que generan mayor carga de enfermedad (enfermedades trasmisibles, no transmisibles y lesiones), el 8,3% corresponde a enfermedades mentales y relacionadas con adicciones, ubicándose en el 3er lugar de pérdida de años de vida saludable dentro de las enfermedades no transmisibles.

En cuanto al sexo, son las mujeres las que muestran mayor carga derivada de las enfermedades mentales[58]. En las mujeres, las enfermedades mentales y las adicciones representan el 10,2% del total de causas de discapacidad y ocupan el 2° lugar dentro de las enfermedades no transmisibles, sólo superadas por las enfermedades cardiacas. En el año 2015, en la República Dominicana las mujeres perdieron 2.713 (por cada 100.000 hab.) años de vida saludable por desórdenes mentales y abuso de sustancias y los hombres, 2.288[59]. En cuanto a las diferencias según sexo, la evidencia disponible muestra que el género es un determinante social que contribuye a desigualdades en el ámbito de la salud en general y en la salud mental en particular. Estudios indican que las mujeres tienden a mostrar mayor incidencia de depresión que los varones, en especial las mujeres de 34 años o más, las casadas y/o divorciadas, las que poseen bajo nivel de estudios y no profesionales y las que tienen dos o más hijos[60]. En cuanto a los trastornos de ansiedad, las mujeres en edad reproductiva tienen una probabilidad 2 a 3 veces mayor de desarrollar algún trastorno de ansiedad que los varones[61]. También se observan diferencias entre mujeres y hombres al momento de manifestar y expresar los síntomas, el curso de la enfermedad, el patrón de búsqueda de ayuda y la respuesta al tratamiento[62].

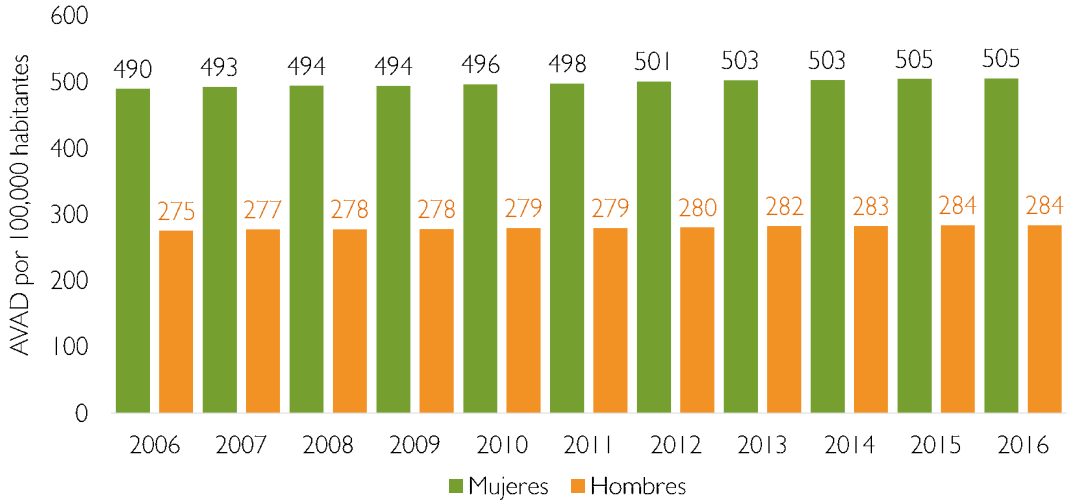
Gráfico 8. Trastornos depresivos según sexo, 2006-2016



Fuente: Global Health Data Exchange

58 OMS. Dominican Republic Statistics on Diseases, Injuries, and Risk Factors http://global-health.healthgrove.com/l/84/Dominican-Republic#Relative%20Burden&s=2rF1o3
59 OMS. Dominican Republic Statistics on Diseases, Injuries, and Risk Factors http://global-health.healthgrove.com/l/84/Dominican-Republic#Relative%20Burden&s=2rF1o3
60 Matud, M., & Guerrero, K., & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. International Journal of Clinical and Health Psychology, 6 (1), 7-21.
61 Arenas, M. Carmen, & Puigcerver, Araceli. (2009). Sex differences of anxiety disorders: Possible psychobiological causes. Escritos de Psicología (Internet), 3(1), 20-29. Recuperado en 14 de enero de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=en.
62 Montero, Isabel, Aparicio, Dolores, Gómez-Beneyto, Manuel, Moreno-Küstner, Berta, Reneses, Blanca, Usall, Judit, & Vázquez-Barquero, José L.. (2004). Gender and mental health in a changing world. Gaceta Sanitaria, 18(Supl. 1), 175-181. Recuperado en 14 de enero de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028&lng=es&tlng=en.

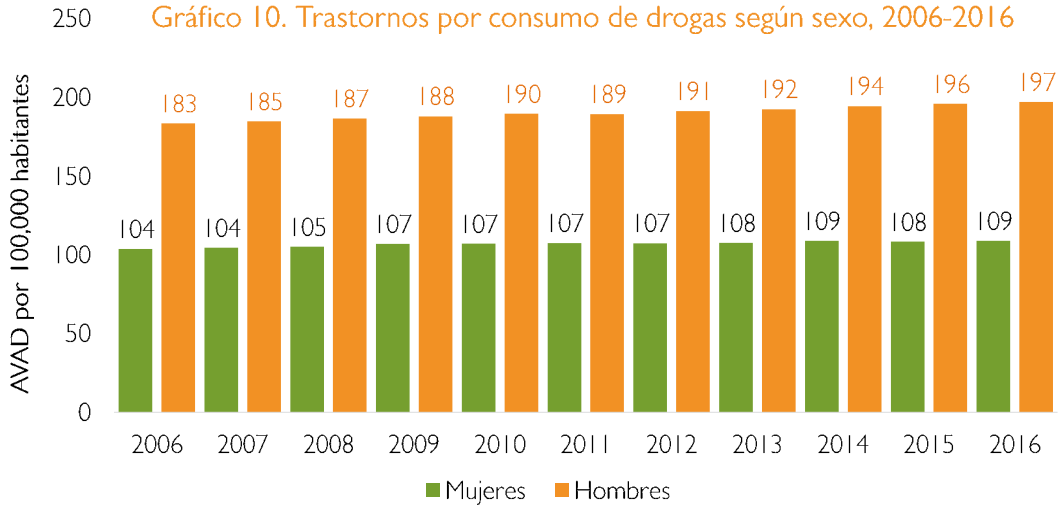
Gráfico 9. Trastornos de ansiedad, según sexo. 2006-2016



Fuente: Global Health Data Exchange

Al desagregar los AVAD por 100.000 habitantes por sexo durante el período 2006-2016, se encontró que las mujeres tienen un ratio por 100.000 habitantes más alto que los hombres para trastornos como la depresión y la ansiedad.

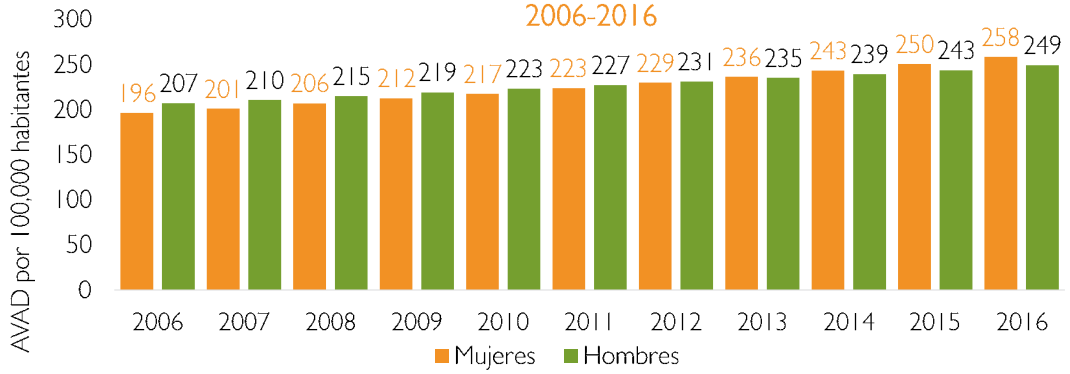
Gráfico 10. Trastornos por consumo de drogas según sexo, 2006-2016



Fuente: Global Health Data Exchange

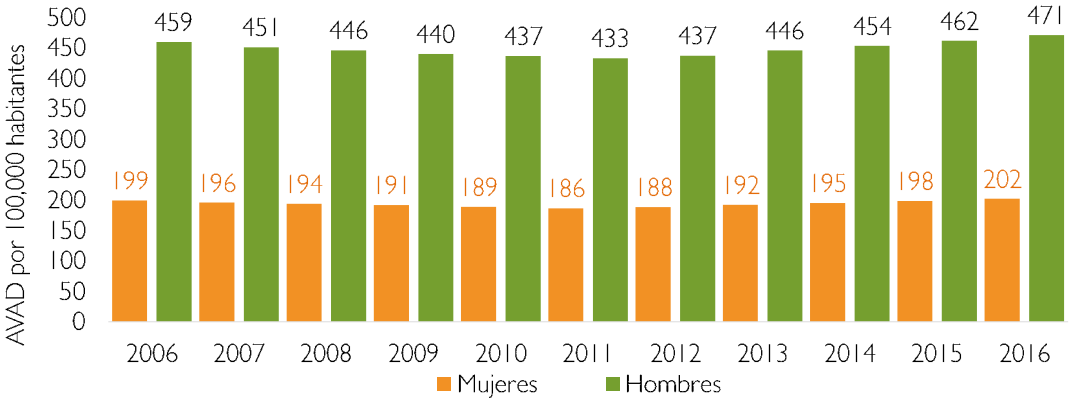
Por su parte, los hombres muestran un mayor ratio en consumo de drogas y alcohol.

Gráfico 11. Trastornos por Alzheimer y otras demencias según sexo, 2006-2016



Fuente: Global Health Data Exchange

Gráfico 12. Trastornos por uso de alcohol según sexo, 2006-2016



Fuente: Global Health Data Exchange

En relación con el Alzheimer y otras demencias, las diferencias entre hombres y mujeres no son tan marcadas, aunque cabe notar que durante el período 2006-2011 el ratio de hombres fue ligeramente superior al de las mujeres. Sin embargo, en 2012-2013 la brecha tiende a reducirse, alcanzando cifras similares. A partir de 2014 se observa una tendencia ascendente del ratio en las mujeres, con diferencias de 4 puntos en 2014 y hasta 9 puntos en 2016.

Cabe destacar que entre las 10 principales causas de Años Vividos con Discapacidad (AVD) en República Dominicana, el porcentaje de cambio de los trastornos depresivos y de ansiedad para el período 2005-2016 supuso un incremento del 18,4%. Asimismo, de los 10 principales factores de riesgo que producen muerte y discapacidad combinadas, el porcentaje de cambio para alcohol y uso de drogas en el período 2005-2016 representó un aumento del 21,5%[63]. A nivel mundial, la esperanza de vida al nacer se reduce 10-25 años entre las personas con trastornos severos de salud mental[64],[65].

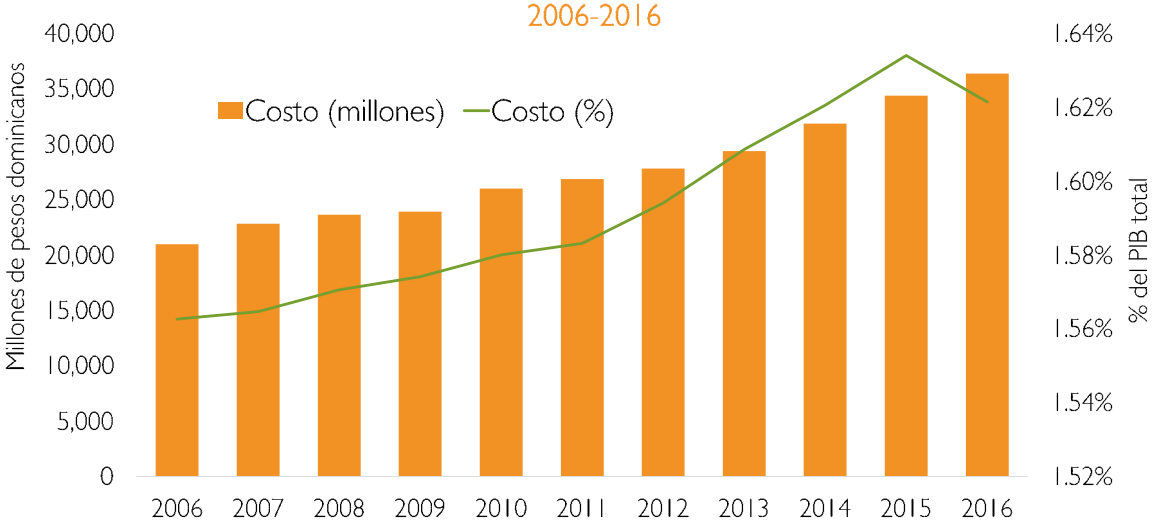
63 Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile. República Dominicana. http://www.healthdata.org/dominican-republic?language=149
64 Thomas Insel (2015). Mortality and Mental Disorders. National Institute of Mental Health. USA https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2015/mortality-and-mental-disorders.shtml
65 WHO. Premature death among people with severe mental disorders. Information sheet. Geneva. http://www.who.int/mental_health/management/info_sheet.pdf

Costos económicos de los trastornos MNS

Los años de vida saludables perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) miden la brecha entre la situación de salud actual de un país con respecto al ideal en donde la población vive hasta una edad avanzada sin enfermedad o discapacidad[66]. Según esta definición, ante la existencia de enfermedades o discapacidad entre sus habitantes, un país pierde el posible ingreso que estas personas hubieran ganado al estar saludables. Para estimar los costos asociados a los AVAD en República Dominicana se utilizó el PIB per cápita a precios constantes medido en pesos dominicanos[67]. Esta medida del PIB per cápita permite comparar los resultados para el período 2006-2016. Para la estimación realizada se asumió que cada año perdido ajustado por discapacidad hace que el país pierda el valor del PIB per cápita en precios constantes.

El costo de los trastornos mentales seleccionados para los fines de estudio (ansiedad, depresión, alcoholismo, drogadicción y Alzheimer)[68] ha ido incrementando cada año, llegando a representar un 1,62% del PIB total de República Dominicana en 2016. Este aumento en el costo puede ser explicado por dos fuerzas. En primer lugar, el PIB per cápita ha crecido anualmente un 4% en promedio para el período 2006-2016[69], esto implica que al dejar los trastornos mentales sin el tratamiento oportuno, la pérdida social incrementa acorde a cómo se desempeñe la economía en general. En segundo lugar, los AVAD han aumentado en algunas categorías a lo largo del período analizado (2006-2016).

Gráfico 13. Costo de AVAD causados por trastornos de salud mental, 2006-2016



Fuente: Estimación propia en base a Global Health Data Exchange (2018) y Banco Mundial (2017)

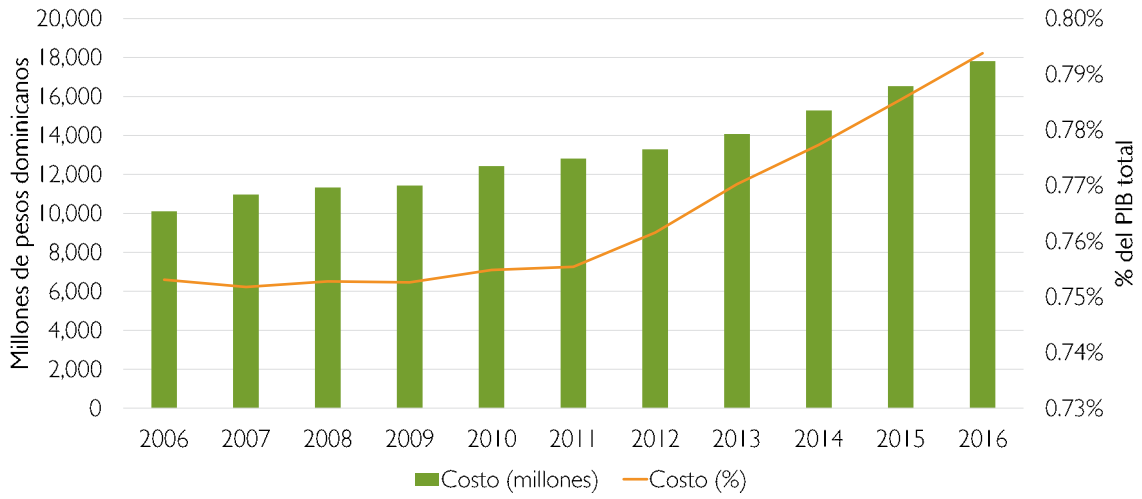
Se observa que los costos han ido en aumento a lo largo de los años 2006-2016. La inversión en salud mental en República Dominicana, que en su punto más alto ha alcanzado únicamente el 0,73% del gasto total en salud, no compensa ni en menor medida el límite inferior de los costos asociados a la falta de atención de los trastornos en salud mental. Por lo tanto, invertir en servicios para tratar estos trastornos puede ser costo-eficiente debido a las potenciales ganancias generadas por la reducción en

66 Definición tomada de OMS. Acceso en el sitio web: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/
67 El año base es 2007.
68 En el caso de alcoholismo se ha tomado en cuenta los trastornos por el uso de alcohol, cardiomiopatía causada por alcohol, cirrosis y enfermedades del hígado debido al uso del alcohol y cáncer de hígado causado por el alcohol.
69 Estimación propia en base a los datos del Banco Mundial (2017)

los años saludables perdidos a causa de estos trastornos, y a los costos individuales, familiares y sociales que producen. Si más personas sufren trastornos MNS, el total de AVAD aumenta también.

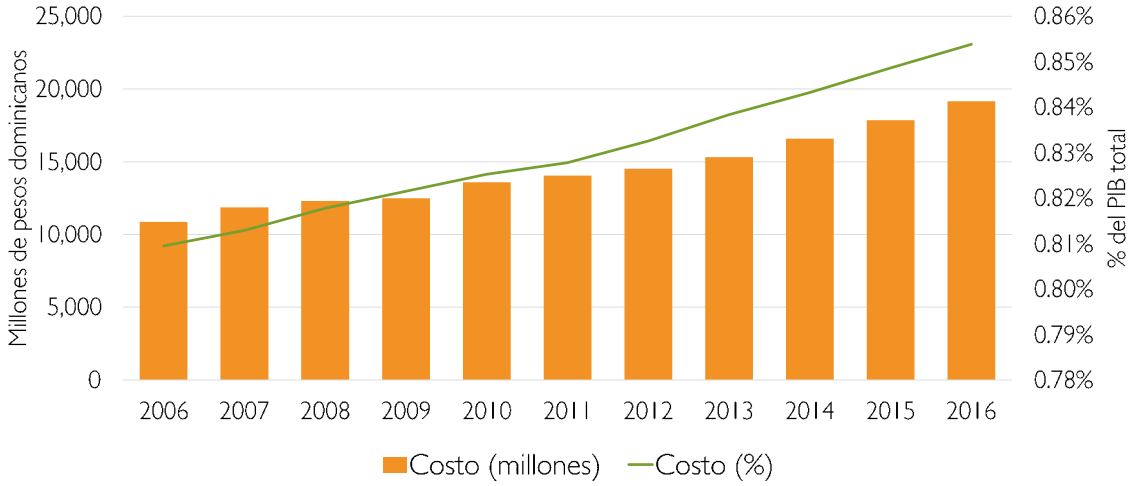
Por otro lado, el análisis de costos por sexo revela que, en el caso de los hombres, los AVAD generan un costo del 0,79% del PIB total, mientras que para las mujeres representa un 0,85% del PIB total.

Gráfico 14. Costo de AVAD causados por trastornos de salud mental (Hombres)



Fuente: Estimación propia en base a Global Health Data Exchange (2018) y Banco Mundial (2017)

Gráfico 15. Costo de AVAD causados por trastornos de salud mental (Mujeres)

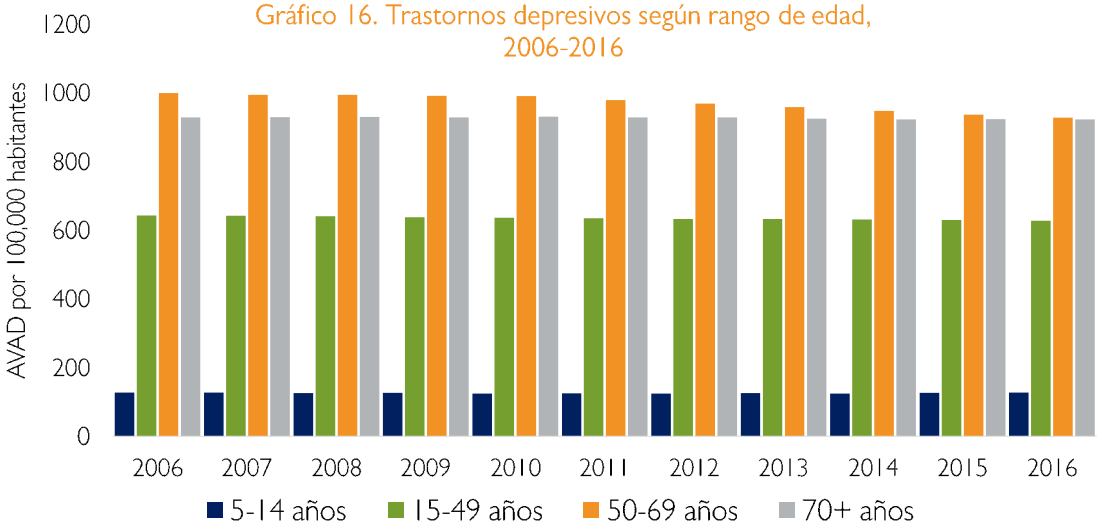


Fuente: Estimación propia en base a datos de Global Health Data Exchange (2018) y Banco Mundial (2017)

Aunque estos montos puedan parecer similares, esconden diferencias importantes en cuanto a las enfermedades que los causan. Como se indicó anteriormente, las mujeres tienen un ratio por 100.000 habitantes más alto para enfermedades como la depresión y la ansiedad, mientras que los hombres muestran un mayor ratio en consumo de drogas y alcohol.

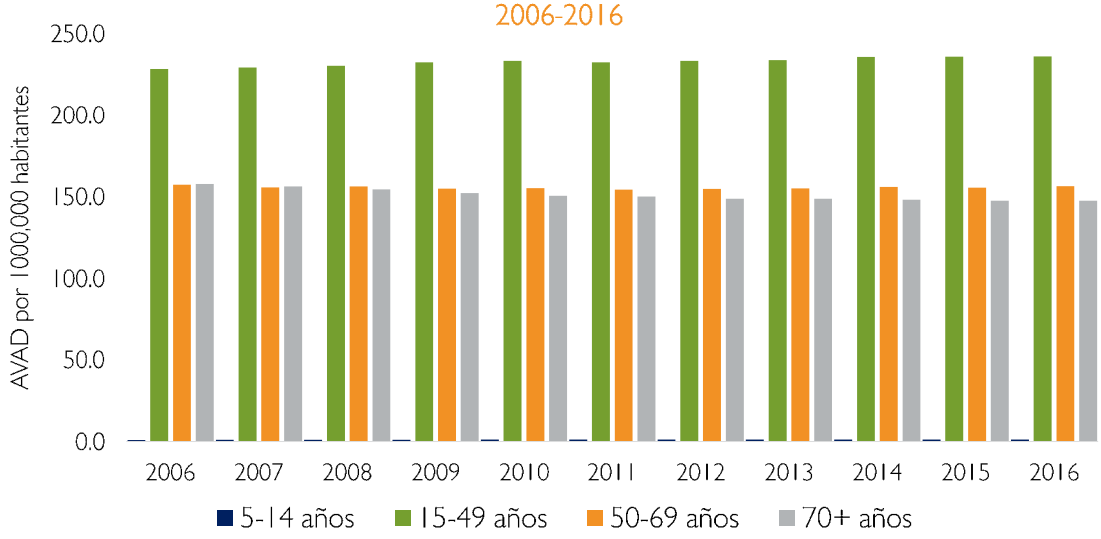
Igualmente, estos trastornos de salud mental afectan a diferentes grupos etarios. Los trastornos MNS no se distribuyen uniformemente entre los grupos etarios, por lo que tampoco se hace con sus costos. La depresión se concentra en la población mayor de 50 años.

Gráfico 16. Trastornos depresivos según rango de edad, 2006-2016



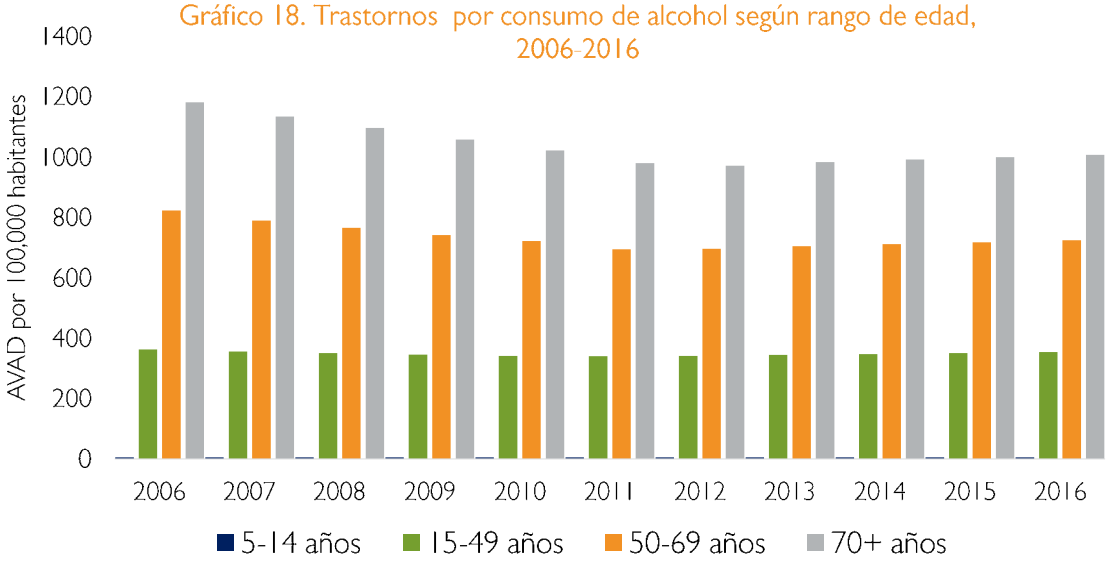
Fuente: Global Health Data Exchange

Gráfico 17. Trastornos por consumo de drogas según rango de edad, 2006-2016



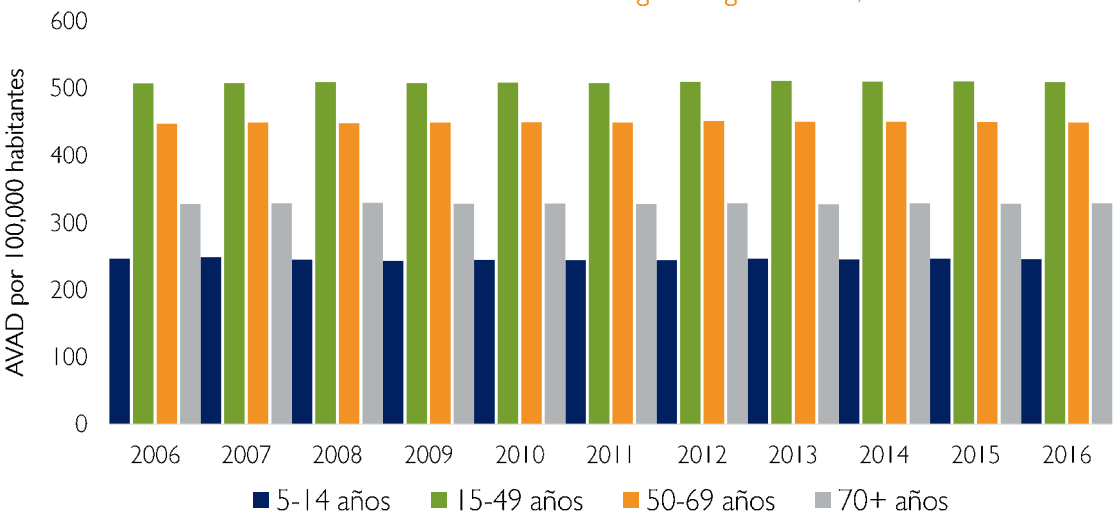
Fuente: Global Health Data Exchange

Gráfico 18. Trastornos por consumo de alcohol según rango de edad, 2006-2016



Fuente: Global Health Data Exchange

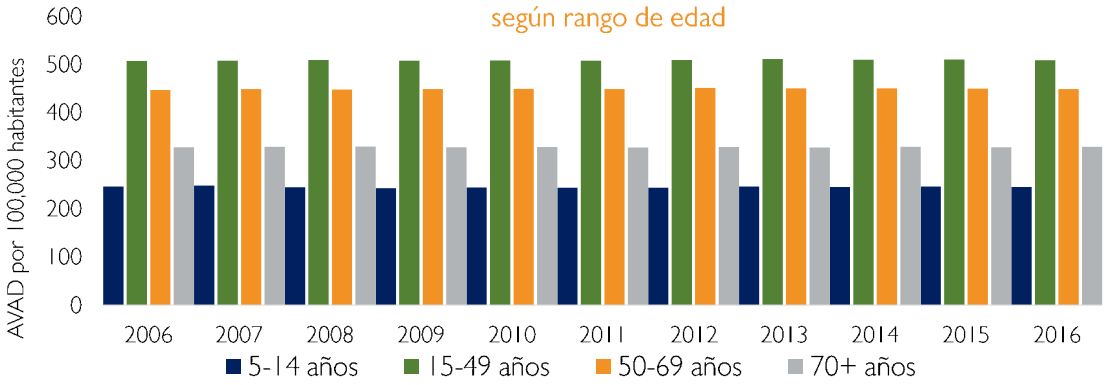
Gráfico 19. Trastornos de ansiedad según rango de edad, 2006-2016



Fuente: Global Health Data Exchange

Por su parte, los trastornos de ansiedad se concentran en la población de 15 años y más.

Gráfico 20. Trastornos por Alzheimer y otras demencias, según rango de edad



Fuente: Global Health Data Exchange

Los trastornos por Alzheimer y otras demencias afectan a la población de 50 años y más, aunque una proporción importante se ubica en el rango de 15-49 años.

Dada la naturaleza de estos trastornos de MNS, es importante destacar que un año de vida perdido a causa de alguno de estos trastornos en un año, en muchos casos se sigue perdiendo en los años subsiguientes, porque se dejan sin atender a personas y sus síntomas tienden a incrementarse a lo largo del tiempo. Es decir, que la estimación puntual de los costos de un año encubre otros costos que se irán generando si los trastornos empeoran con el tiempo al dejarlos sin tratamiento y atención.

Implicaciones para las familias y comunidades

A nivel mundial, una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental[70]. Los y las cuidadoras generalmente dedican menos horas al mercado laboral, enfrentan altos niveles de presión financiera en tanto requieren de ingresos adicionales para cubrir los gastos totales de la persona afectada, al tiempo que tienden a sufrir un deterioro en su salud física y mental[71]. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de la vida familiar es significativo. Generalmente, las personas cuidadoras realizan tareas con limitada ayuda de otras personas, sin conocimiento para el desarrollo de muchas de estas tareas, sin horario establecido y usualmente por un período largo de tiempo[72,73,74].

En la República Dominicana, las mujeres constituyen el 81,3% de los cuidadores primarios de personas con demencia[75]. En un estudio con 67 cuidadores de personas con Alzheimer en la ciudad de Santiago de los Caballeros se encontró que el 84% de cuidadores eran mujeres y el 52% eran mayores de 50 años. El 36% presentó síntomas del síndrome del cuidador; el 19%, síntomas de ansiedad y el 43%, síntomas de depresión[76].

70 OMS (2004). Invertir en salud mental. Ginebra http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
71 Dinys Luciano (2018). Las personas cuidadoras de poblaciones vulnerables en los hogares y la comunidad: invisibles y olvidadas. Webinar: Abordando las necesidades de cuidado, autocuidado y seguridad de proveedores (as) de servicios y cuidadoras (es) informales. Development Connections y Society For Family Health-DR (SFH/PSI) 13 de marzo 2018. http://users.neo.registeredsite.com/0/2/7/17704720/assets/PPT18665._Cuidadores_informales._March_12_2017.1.pdf
72 Karina Batthyány Dighiero. Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales. CEPAL. Santiago de Chile. 2015. Citado por: Luciano D, 2018.
73 Isabel Piñeiro, Susana Rodríguez, Alba Albite, Carlos Freire y María del Mar Ferradás. Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. European Journal of Health Research. 2017, Vol. 3, Nº 3 (Págs. 185-196)
74 Isabel Larrañaga et al (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vidade las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit. 2008;22(5):443-50
75 WHO (2015) Household living arrangements and characteristics of the main caregiver for people with dementia at 11 sites in Latin America, China and India. Source: World Alzheimer Report 2009, table 2.3, p. 55 Cited in: SUPPORTING INFORMAL CAREGIVERS OF PEOPLE LIVING WITH DEMENTIA .http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_informal_care.pdf
76 Medrano M, Rosario RL, Payano AN, Capellán NR. Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. Dementia & Neuropsychologia. 2014;8(4):384-388. doi:10.1590/S1980-57642014DN84000013.

En un estudio con 146 padres y cuidadores de personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), el 32,9% reportó experimentar sentimientos de impotencia y un 55,2% siente frustración en el momento de recibir el diagnóstico. El 28,9% de las familias de niños y niñas con autismo participa en algún grupo u organización de apoyo familiar o de defensa de los derechos de las personas con esta condición[77].

Las comunidades también desempeñan un rol clave en el cuidado de las personas afectadas por trastornos MNS. Dado que las opciones para atender estos trastornos en el país son limitadas para los hogares de nivel socioeconómico bajo, la atención a las necesidades de las personas afectadas recae sobre los familiares y redes comunitarias de apoyo. Entre estas actividades de apoyo por miembros de la comunidad hacia las y los cuidadores responsables de individuos con trastornos MNS se incluyen:

- Cuidar temporalmente a la persona afectada por el trastorno mientras el familiar/cuidador a cargo realiza otras actividades aunque sean puntuales, tales como ir a una visita médica personal, viajar a otra provincia, ir de compras a lugares distantes u otras.
- Prestar o regalar dinero para cubrir los altos costos de la atención que genera la persona en condición especial debido a un trastorno MNS.
- Ayudar al familiar/cuidador responsable a generar algún ingreso, generalmente en alguna actividad informal (pagándole por realización de algunas actividades domésticas) para minimizar la pérdida de ingreso o del ahorro que generalmente produce el tener en el hogar a una persona afectada por un trastorno MNS.
- Facilitar la participación social de la persona con trastorno MNS (dependiendo de la cronicidad y el tipo de trastorno), haciéndola partícipe de actividades familiares o comunitarias (cumpleaños, celebraciones, actividades religiosas, culturales, festividades comunitarias, etc.).

Las respuestas a las necesidades de un individuo con trastornos MNS y de supervivencia en general, dependen primordialmente de las relaciones primarias en el ámbito territorial. Las relaciones de apoyo informal se basan en normas sociales colectivas relacionadas con la obligación con el prójimo, el altruismo, la reciprocidad y la gratitud, y también como medio de evitar la censura social (de otros vecinos, por ejemplo) [78],[79].

Las implicaciones de los trastornos MNS pueden presentar variaciones significativas según el tipo de trastorno. Por ejemplo, los desórdenes de consumo de sustancias tienen diversas consecuencias adversas para las personas afectadas, sus familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto. La evidencia a nivel mundial ha mostrado que la carga de los trastornos MNS es alta y que los problemas de salud mental y física están interconectados entre sí[80]. Los trastornos MNS suelen producirse de manera concurrente con otras condiciones crónicas, como vivir con VIH, diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, entre otros, y si no son tratados empeoran los resultados de estas condiciones[81].

Estigma y discriminación hacia personas afectadas por trastornos MNS

El país dispone de pocos estudios sobre discriminación y estigma asociados a la salud mental en las familias, comunidades y escuelas, así como en servicios públicos y privados.

77 Estudio CAID desnuda realidad familias con autistas. Resumen de Salud. 9 de mayo 2017. http://www.resumendesalud.net/134-documentos-investigaciones/8719-caid-presenta-estudio-en-autismo
78 Dinys Luciano (2018). El cuidado informal de personas afectadas por trastornos mentales desde una perspectiva interseccional. Development Connections. Washington DC.
79 Gerardo Tirado Pedregosa et al. La Valoración en el Síndrome del Cuidador. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 19 N° 3 Abril, 2011
80 Federación Mundial para la Salud Mental (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental.
81 Paulo R. Menezes at al. The Latin American Treatment and Innovation Network in Mental Health (LATIN-MH): rationale and scope. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas 2015; 73(3):321-330

En un estudio con 37 proveedores de servicios de salud se encontró que el estigma sobre los trastornos MNS, el miedo y la falta de empatía hacia las personas afectadas son actitudes generalizadas[82]. Igualmente, en el entorno familiar se reproducen actitudes estigmatizantes que provocan el desinterés de los familiares por apoyar el proceso de rehabilitación de dichas personas[83],[84].

El MSP ha identificado el estigma hacia las personas con trastornos MNS como una de las principales amenazas a la implementación de un nuevo modelo de salud mental en el país[85]. El Director General de Salud Mental del Ministerio de Salud ha planteado que "es frecuente que cuando una persona está buscando un trabajo oculte que tiene problemas de salud mental por temor a que se le imposibilite el acceso al mismo. Igual ocurre cuando ya está contratado por temor a perderlo, ya que el estigma y la falta de conciencia de salud mental en el trabajo son barreras a la equidad"[86].

Otros profesionales de salud mental han indicado que "los dominicanos asocian el antiguo hospital psiquiátrico (denominado popularmente El 28) a la locura y que, junto a la palabra "manicomio", han configurado una realidad marcada históricamente por el estigma, la indiferencia, el olvido y la crueldad en los tratamientos a pacientes con trastornos mentales, vistos siempre como la cara fea de la sociedad. Loco, desquiciado, sicótico, lunático, demente, orate, insano, anormal, desequilibrado, chiflado y tostado, una amplia gama de términos para calificar esta condición humana, la mayoría peyorativos, y que también en el pasado estuvo asociada a posiciones mágico-religiosas, especialmente demoníacas, o a un castigo divino. También con frases, refranes, chistes y canciones se hace alusión a la demencia, casi siempre en un contexto negativo[87]. El estigma también afecta a las y los profesionales de salud mental, ya que a profesionales de la psicología y la psiquiatría suelen llamarles peyorativamente "loqueros" y la mayoría de las personas que acude a su consulta lo oculta por considerarlo una vergüenza"[88].

La información disponible muestra que las normas sociales estigmatizantes y los modelos sociales explicativos de los trastornos MNS influyen en las actitudes y conductas de las familias, los vecinos, personas del ámbito comunitario y proveedores de servicios, entre otros.

- *Epilepsia.* En el informe sobre la "Epilepsia en América Latina y el Caribe) de la OPS/OMS (2013), República Dominicana reportó que el público general, maestros y empleadores en el país perciben esta condición con miedo[89].
- *Personas usuarias de drogas ilícitas.* Las personas que consumen drogas reportan enfrentar discriminación sistemática en escuelas, centros médicos y lugares de trabajo. Esta discriminación desalienta a las personas que consumen drogas a acceder a los recursos de la comunidad que necesitan. También indican que la brutalidad policial y las detenciones innecesarias son hechos comunes[90].

82 Caplan, S., Little, T. V., & Garces-King, J. (2016). Ibid
83 Caplan, S., Little, T. V., & Garces-King, J. (2016). Stigma about mental illness among multidisciplinary health care providers in the Dominican Republic. International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation, 5(3), 192-206. http://dx.doi.org/10.1037/ipp0000057
84 Susan Caplan, Tariana V. Little, Patricia Reyna, Angelina Sosa Lovera, Jasmine Garces-King, Kaila Queen & Ritu Nahar. Mental health services in the Dominican Republic from the perspective of health care providers. Global Public Health Vol. 0, Iss. 0, 2016 http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2016.1213308
85 Ángel Almánzar, 2016. Ibid
86 Ángel Almánzar. La salud mental en el trabajo. Listin Diario. Sección Puntos de vista. 11 de octubre de 2017. República Dominicana. https://www.listindiario.com/puntos-de-vista/2017/10/11/486013/la-salud-mental-en-el-trabajo
87 Juan Salazar. En la piel de la locura. El estigma del 28 "Los trastornos mentales están también muy asociados a la palabra manicomio". Listin Diario. 28 de noviembre de 2016. República Dominicana. https://www.listindiario.com/la-republica/2016/11/28/444899/el-estigma-del-28
88 Juan Salazar. noviembre de 2016. Ibid
89 OPS/OMS (2013). Informe sobre la Epilepsia en América Latina y el Caribe. Washington DC
90 COIN y Pangaea Global AIDS Foundation. Uso de drogas y prevención de VIH/sida entre poblaciones de alto riesgo. Análisis de situación y marco estratégico 2012. República Dominicana.

- *Niños y niñas con TEA.* En el estudio con familiares y cuidadores de personas con TEA (CAID, 2017), el 26,3% de los encuestados perciben que otras personas les discriminarían por tener un hijo con TEA y a un 6,6% le preocupa que otras personas sepan sobre la condición de su hijo[91].
- *Niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.* En este estudio se evaluaron 311 profesores de escuelas públicas y privadas, 192 (61,7%) de República Dominicana, 84 (27%) de México y 35 (11,3%) de Bolivia. El 79,3% consideró el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como una enfermedad; la mayor parte de la muestra consideró al profesional de psicología el más indicado para su diagnóstico y tratamiento. El tratamiento combinado fue el más señalado con mayor frecuencia como el ideal (44,1%). Con respecto a sus conocimientos y creencias acerca del tratamiento farmacológico, sólo el 14,7% señaló al fármaco como el componente más importante del tratamiento integral. Los y las maestras reconocieron los efectos del tratamiento en el funcionamiento social, además del académico. Sin embargo, existieron diferencias entre países con respecto al grado de impacto del mismo o la necesidad de tratamiento combinado[92].

Políticas, normas e inversión pública

Leyes y otros instrumentos de políticas

El país cuenta con un marco legal y normativo que establece el derecho que tienen los enfermos mentales a recibir atención digna de calidad y libre de estigma y discriminación. La Ley sobre Salud Mental (Ley No. 12-06) establece en su artículo 13 que: "El ejercicio de los derechos básicos y las libertades fundamentales a las que se refiere la presente ley sólo podrán estar sujetos a las limitaciones previstas en la Constitución de la República, las leyes nacionales o el derecho internacional que sean exclusivamente necesarias para proteger la salud o la seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral pública o los derechos y libertades fundamentales de terceros". Este artículo prohíbe la suspensión de los siguientes derechos y libertades fundamentales: el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica, el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, prohibición de la esclavitud y servidumbre, la libertad de conciencia y religión, la protección de la familia, el derecho a un nombre, los derechos del niño, el derecho a la nacionalidad, los derechos políticos y el derecho a las garantías judiciales indispensables para la protección de los derechos antes mencionados[93].

En su Capítulo II sobre los Derechos básicos y libertades fundamentales, esta ley (No. 12-06) también establece que las personas afectadas por trastornos mentales cuentan con garantías constitucionales para ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y las libertades fundamentales establecidas por la Constitución de la República y la Declaración Universal de Derechos Humanos, entre otros derechos. Igualmente, establece el acceso a la mejor atención disponible en materia de salud mental y adecuada a sus antecedentes culturales en todos los establecimientos hospitalarios públicos y privados del país y que abarque los distintos niveles de atención primaria, secundaria o terciaria.

91 Estudio CAID desnuda realidad familias con autistas. Resumen de Salud. 9 de mayo 2017. http://www.resumendesalud.net/134-documentos-investigaciones/8719-caid-presenta-estudio-en-autismo

92 Palacios-Cruz, Lino, de la Peña Olivera, Francisco, Victoria Figueroa, Gamaliel, Arias Caballero, Adriana, de la Rosa Muñoz, Leysi, Valderrama Pedroza, Andrés, Calle Portugal, Pamela, & Ulloa Flores, Rosa Elena. (2013). Conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en maestros de tres países latinoamericanos. Salud mental, 36(4), 285-290. Recuperado en 13 de abril de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400003&lng=es&tlng=es.

93 Ley No. 12-06 sobre Salud Mental República Dominicana, Titulo II. Capítulo 1, articulo 23 Pag. 9, sobre Sistema de Salud Mental.

Igualmente, el país dispone de la Ley General sobre la Discapacidad (2008), que tiene por objeto "amparar y garantizar la igualdad y la equiparación de oportunidades a todas las personas con discapacidad funcional, física, psíquica y/o sensorial.[94]

En el "Plan Decenal de Salud 2006-2015" se destacan entre los componentes de salud mental la optimización y modificación del hospital psiquiátrico y el desarrollo del componente de salud mental en la atención primaria en salud[95]. El Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de Adolescentes 2010-2015[96] y la "Estrategia para el Fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la Violencia, con énfasis en la Violencia de Genero y contra niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores 2016-2020" [97] enfatizan la importancia de la atención a la salud mental en estos grupos de población.

A partir de la promulgación de la nueva Ley de Salud (2001), la reforma del sector de salud dominicano se orienta a la configuración de un sistema nacional de salud bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública. Asimismo, establece la separación de funciones de rectoría, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios, teniendo como meta garantizar el acceso de los servicios a toda la población y, por ende, garantizar una satisfactoria resolución de sus demandas y unos mejores resultados de salud[98]. El nuevo modelo establece que el Sistema Nacional de Salud estará basado en la Atención Primaria de Salud (APS), que ésta constituye la puerta de entrada de la atención y que la atención será articulada y coordinada entre los diferentes niveles asistenciales[99]. Alineado a este enfoque, entre las líneas estratégicas en salud mental se incluye la ampliación de la cobertura de atención, con énfasis en la atención en el primer nivel de atención y la rehabilitación de las personas con enfermedad mental de larga evolución y sin apoyo familiar.

El sistema de salud dispone de diversas normativas y disposiciones orientadas a garantizar la cobertura universal; sin embargo, en pocos documentos (exceptuando la Ley de Salud Mental) se aborda el tema de salud mental. Tanto en el Plan Decenal de Salud 2006- 2015 como en el PLANDES 2006-2015[100] se establecen medidas para desarrollar el Sistema Nacional de Salud con base en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. En el PLANDES 2006-2015 se enfatiza en el logro del acceso universal, de toda la población al nivel primario de atención del Sistema Nacional de Salud así como en reformular el conjunto del sistema y de sus redes de servicios, en función de fortalecer el nivel primario de atención. En el 2016, el MSP inició el proceso de definición de un modelo de atención basado en atención primaria.

Por otro lado, entre los objetivos generales del Segundo Eje Estratégico de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030[101] resalta la garantía de educación, salud y seguridad social integral para todas y todos, en un marco de cohesión territorial. La construcción de entornos saludables para la vida de las personas y el reconocimiento del valor intrínseco de la cultura, la recreación y el deporte como elementos importantes en el desarrollo humano. Además, aborda la promoción de igualdad de oportunidades, incluyendo la igualdad de género. Este documento ofrece un marco amplio para

94 Congreso Nacional. Ley General sobre la Discapacidad en la República Dominicana. Santo Domingo, 2008. http://www.senado.gov.do/masterlex/MLX/docs/1C/2/12/20/207/298F.htm

95 OMS (2008). Informe sobre el sistema de salud mental en República Dominicana. http://www.who.int/mental_health/dominican_republic_who_aims_spanish.pdf

96 Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de Adolescentes 2010-2015. República Dominicana.

97 Ministerio de Salud Pública (2015). Estrategia para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la violencia, con énfasis en la violencia de género y contra niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores, 2016-2020. República Dominicana. http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/ESTRATEGIADEA-BORDAJEVIOLENCIAYSALUD2016AL2010.MSP.OEGD.pdf

98 Ángel Almánzar. Nuevo modelo de atención en salud mental en República Dominicana. Director General de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública, 2016

99 Ministerio de Salud Pública (2012). Modelo de Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.

100 SESPAS. Plan Decenal de Salud 2006-2015. República Dominicana. http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Politicas_Nacionales_Salud-Rep_Dominicana-Plan_Decenal_Salud_2006-15.pdf

101 Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030. República Dominicana. http://economia.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/end/documento-base-propuesta-end-2010-2030.pdf

garantizar la protección de las personas afectadas por trastornos MNS y fortalecer la atención primaria como primera puerta de entrada al sistema de salud.

A pesar de los avances en la integración de la salud mental en algunos instrumentos políticos y normativos, es necesario revisar los aspectos clave para la integración de la salud mental en la atención primaria y la promoción de entornos saludables: [102]

- Responsabilidades de detección, atención y promoción de la salud mental de los recursos humanos en salud, además de profesionales de psicología y psiquiatría.
- Herramientas de detección aplicables por el personal del primer nivel de atención y otros programas y servicios, incluyendo escuelas.
- Sistemas de referencia, con base de datos de servicios disponibles a nivel local, provincial y regional.

Aunque el país cuenta con un marco legal en salud mental y otros instrumentos de políticas públicas que sustentan las intervenciones sectoriales, el nivel de implementación de las medidas establecidas en las políticas, normas y protocolos es desconocido ya que el país no cuenta a la fecha con datos sobre el monitoreo de ejecución de las mismas.

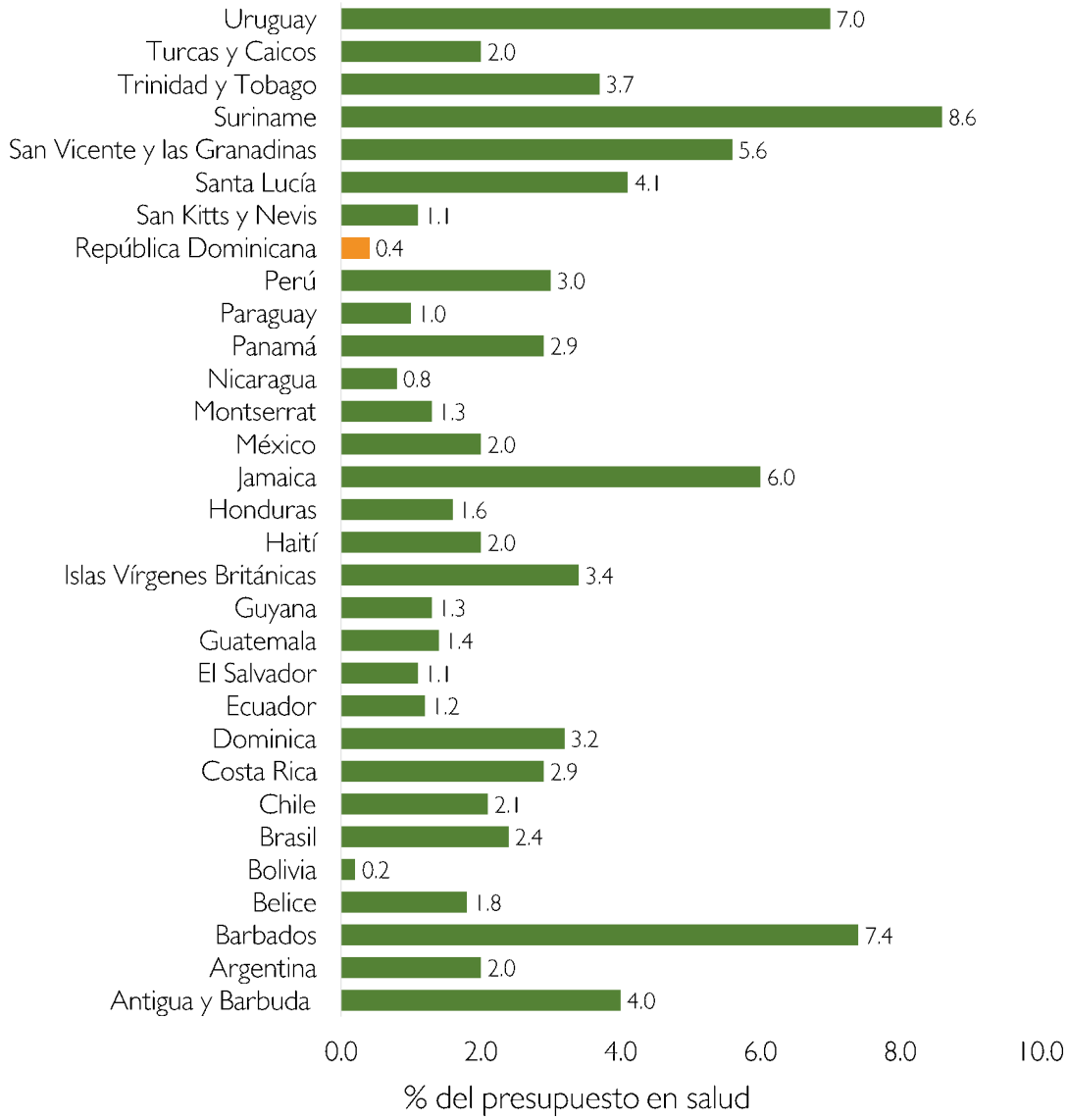
Inversión pública

En el año 2010, el gasto en salud mental constituía el 0,61% del gasto total en salud, uno de los más bajos en la región, considerando que esta proporción alcanzó para esta misma fecha el 6,04% en Jamaica, el 2,91% en Costa Rica, el 1,61% en Honduras y el 1,46% en Guatemala[103].

Según el Atlas de Salud Mental de la OMS, el gasto en salud mental per cápita en República Dominicana fue en el 2013 US$ 0,09 (4,54 pesos dominicanos), mientras que el gasto total en salud per cápita alcanzaba el valor de US$ 315 (15.579 pesos dominicanos)[104].

102 Yosmayra E. Reyes (2011). Mental Health Development within the Dominican Republic. A descriptive analysis of mental health development and treatment option availability in the Dominican Republic through the study of a medical clinic in Monte Plata. Flunglode. http://www.drfellowsprogram.org/reports/mental-health-perspectives-eng.pdf
103 WHO. Global Health Observatory data repository. Mental health governance. Data by country http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHPOLFIN?lang=en fechas
104 OMS (2014). Atlas de Salud Mental, perfil de República Dominicana. Acceso en el sitio web: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/dom.pdf?ua=1

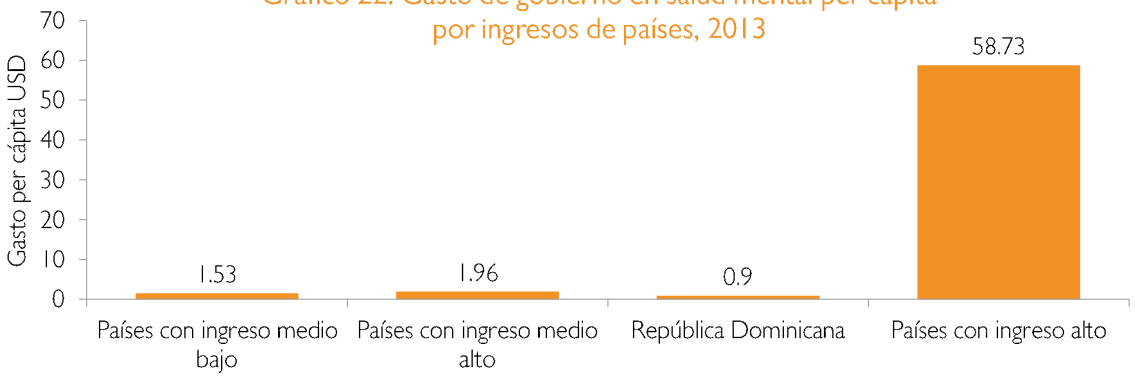
Gráfico 21. Porcentaje del presupuesto de salud asignado a salud mental en América Latina y El Caribe, 2013



Fuente: OMS (2014). Atlas de Salud Mental, perfil de República Dominicana

En el caso de los países de ingreso medio alto, la mediana del gasto en salud mental per cápita es de US$1,96.

Gráfico 22. Gasto de gobierno en salud mental per cápita por ingresos de países, 2013



Fuente: OMS (2014). Atlas de Salud Mental

En el año 2017, la inversión financiera en salud mental en el país fue de 0,73% del gasto en salud mientras que esta cifra alcanzó el 8% a nivel regional (América Latina)[105].

Existe una necesidad inminente de atender los servicios de salud mental en República Dominicana. Un estudio cualitativo realizado con médicos en diferentes regiones del país determinó que, aunque existe infraestructura para la atención de la salud mental, se requieren más recursos y fondos para atender a la población con enfermedades relacionadas con la salud mental[106].

La inversión en salud mental en el país es considerablemente inferior a los costos asociados a los años de vida perdidos, ajustados por discapacidad, que se generan en la población a causa de la falta de tratamiento. Una política de inversión en salud mental debería tomar en cuenta las necesidades diferentes de las personas de acuerdo con su género y grupo etario.

Servicios de salud mental incluidos en el Seguro Nacional de Salud y el cuadro básico de medicamentos

El catálogo de prestaciones del plan de servicios de salud (PDSS) a 18/8/2017 establece que existe consulta ambulatoria de psiquiatría y de psicología clínica e internamiento en el tercer nivel de atención, por ser una especialidad no básica[107].

Por su parte, los medicamentos esenciales se definen como aquéllos de importancia vital que deben estar disponibles, en todo momento, en las dosis adecuadas y en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades fundamentales de salud de todos los segmentos de la población. Constituyen una respuesta a la carencia de medicamentos y a los gastos crecientes en ese sentido[108].

En el cuadro básico de psicofármacos de la República Dominicana se incluyen[109]:

- Medicinas usadas en enfermedades psicóticas.
- Medicinas usadas en trastornos del humor (antidepresivos, trastornos bipolares, ansiedad y trastornos del sueño, ataques de pánico y trastorno obsesivo compulsivo).

105 Ministerio de Salud Pública (s/f). Departamento de Salud Mental. Situación epidemiológica de la salud mental en la República Dominicana. Versión preliminar.
106 Susan caplan et al. Mental Health Services in the Dominican Republic from the Perspective of Health Care Providers. November 3, 2015. American Public Health Association. USA. https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Paper331160.html
107 Ministerio de Salud Pública. SISALRIL. Catalogo PDSS. República Dominicana, 2017
108 Gómez-Dantés, Octavio, Garrido-Latorre, Francisco, Tirado-Gómez, Laura Leticia, Ramírez, Dolores, & Macías, Claudia. (2001). Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México. Salud Pública de México, 43(3), 224-232
109 Ministerio de Salud. Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales. Santo Domingo, República Dominicana. Junio 2018.

Disponibilidad y utilización de servicios para la atención a trastornos MNS

Disponibilidad de servicios

En el marco de la expansión de la oferta de servicios destaca la construcción de cinco Unidades de Intervención en Crisis (UIC) en hospitales, cuatro de ellos ubicados en Santo Domingo (Dr. Vinicio Calventi, Dr. Darío Contreras, Dr. Jacinto Ignacio Mañón) y uno en Barahona (Dr. Jaime Mota). Igualmente, el Hospital Infantil Santo Socorro (ubicado en el Distrito Nacional) dispone de una UIC para niños, niñas y adolescentes. Las UIC ofrecen atención especializada a las personas afectadas por un trastorno mental durante un período de crisis, con el objetivo de estabilizarlas hasta que no representen un riesgo para sí mismas y/o para los demás. Además, se ofrece respuesta a las urgencias psiquiátricas que, por su complejidad e intensidad, no puedan manejarse en el ámbito de una hospitalización[110]. Las UIC representan un avance en la asistencia ambulatoria, aunque la concentración de éstas en Santo Domingo y el Distrito Nacional constituye una barrera de acceso geográfico para la población del resto del país. También se cuenta con los centros clínicos diagnósticos de atención primaria que incluyen servicios de psicología.

Acceso a tratamiento

La mayoría de personas con trastornos mentales no reciben la atención y tratamiento requeridos, aun cuando los servicios estén disponibles. En América Latina, la brecha de tratamiento (personas con trastornos mentales que requieren tratamiento) excede el 60%, añadiéndose a esto la elevada brecha de financiamiento y recursos humanos y técnicos para atenderlas[111],[112].

Según la OMS, en 2012, la prevalencia de tratamiento, es decir, el número de personas por cada 100.000 habitantes tratadas anualmente por desórdenes de esquizofrenia en todos los tipos de centros de atención en salud mental, fue de 97. En el país, la brecha de tratamiento, es decir, personas con este trastorno que no recibieron tratamiento, fue del 82%, ocupando el tercer lugar entre los países de ingreso medio alto con las brechas de tratamiento más altas, solo superado por Jamaica y Panamá, con un 88%[113]. La oferta de servicios de salud mental en programas específicos es todavía reducida.

La evidencia disponible muestra que las personas que reciben atención primaria en salud mental tienen una evolución más favorable que aquellas que son tratadas en hospitales psiquiátricos[114]. La integración en el primer nivel de atención contribuye a obtener mejores resultados mediante la detección temprana de trastornos MNS con la posterior aplicación de tratamientos integrales que toman en cuenta las necesidades de salud mental y física, además de reducir el riesgo de estigmatización, discriminación y violaciones de los derechos de las personas afectadas[115].

Patrones de utilización y necesidades de servicios

- Personas con VIH. Un estudio sobre los retos de la oferta de atención psicosocial y cuidado de personas viviendo con VIH en el país reveló que en ninguno de los

110 Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Memorias 2017. República Dominicana
111 Jorge J. Rodríguez. Mental health care systems in Latin America and the Caribbean. International Review of Psychiatry Vol. 22, Iss. 4,2010
112 Denise Razzouk et al. Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. World Psychiatry Volume 11, Issue 3. October 2012. Pages 191–195 http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00130.x/epdf
113 Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. Bulletin of the World Health Organization. 2012;90(1):47-54B. doi:10.2471/BLT.11.089284 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3260570/
114 OMS (2008). Integrando la salud mental a la atención primaria. http://www.who.int/mental_health/policy/services/SP.%20Brochure%20PHC.pdf
115 OMS (2008). Ibid

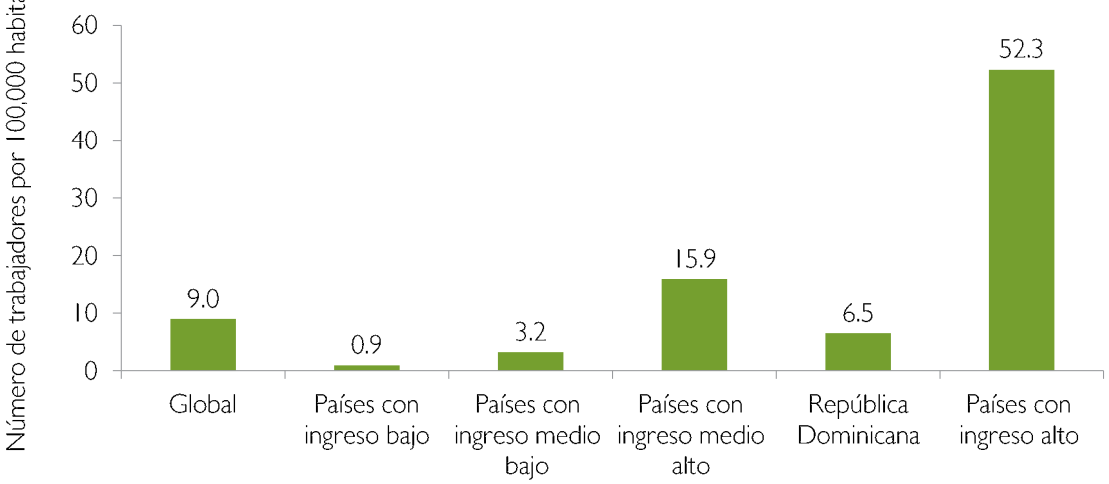
300 registros médicos revisados se encontró evidencia de provisión de consejería en SM[116].

- Niños con TEA. En un estudio con padres, madres y cuidadores de niños y niñas con TEA, el 69% de las 146 personas consultadas expresó que las dificultades de interacción social de los niños y niñas con TEA fueron su primera preocupación y que los servicios más utilizados por las personas con autismo fueron: la intervención conductual, con un 45,4%; la terapia del lenguaje, 39,5%; y la terapia ocupacional, 27,6%.
- Personas usuarias de drogas ilícitas. Las personas que consumen drogas acceden a los centros de tratamiento como último recurso y dependen de los servicios de emergencias para recibir atención médica. Las personas que se inyectan drogas han identificado que les gustaría disponer de programas de tratamiento médicamente asistido, programas de intercambio de agujas y jeringas y más servicios de ayuda social.

Recursos humanos y programas de formación

La OMS ha señalado que, en promedio, el país únicamente contaba con 6,5 profesionales en salud mental por cada 100.000 habitantes en 2013, mientras que el promedio en los países con ingreso medio alto es de 15,9[117].

Gráfico 23. Número de trabajadores de salud mental por cada 100.000 hab. según ingresos de países, 2013



Fuente: OMS (2014). Atlas de Salud Mental

De acuerdo con el MSP, la mayoría de profesionales se encuentran concentrados en las áreas metropolitanas de Santo Domingo y Santiago[118].

Se registran diferencias significativas en las tasas de profesionales dedicados a la salud mental. En 2014, el país presentó tasas bajas de psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales en salud mental, al tiempo que registró una de las tasas más altas de psicólogos per cápita.

116 Castro P, Cameroamortegui F, Nolasco A, Li I, Hillard JR, et al. (2014) Psycho-social and Care Delivery Challenges of HIV/AIDS in the Dominican Republic: Impairment of Patient Outcomes. J AIDS Clin Res 5:404. doi:10.4172/2155-6113.1000404 https://www.omicsonline.org/open-access/psychosocial-and-care-delivery-challenges-of-hivaids-in-the-dominican-republic-impairment-of-patient-outcomes-2155-6113.1000404.php?aid=36066

117 OMS (2014). Atlas de Salud Mental, perfil de país de República Dominicana. Acceso en el sitio web http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/dom.pdf?ua=1

118 OPS, OMS y Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (2008).

Cuadro 4.
Disponibilidad de recursos humanos trabajando en salud mental de ocho países de América Latina y el Caribe, 2014 (x 100.000 hab.)

País	Recursos humanos según profesión			
	Psiquiatras	Enfermeras	Trabajadores Sociales	Psicólogos
Rep. Dominicana	1,08	1,29	0,05	3,99
Cuba	10,26	29,45	8,63	-
Guatemala	0,29	1,31	0,07	0,53
Haití	0,7	0,29	0,06	0,07
Jamaica	1,11	8,9	0,57	0,43
México	0,67	2,81	0,52	2,11
Honduras	0,38	2,14	1,17	0,69
Panamá	3,8	5,94	3,01	3,39

Fuente: WHO. Global Health Observatory data repository. Mental Health Governance

Además de la baja disponibilidad de recursos humanos, las y los proveedores de servicios de salud también tienen bajo nivel de conocimiento sobre salud mental y se adhieren a creencias estigmatizantes. Un estudio sobre la salud mental desde la perspectiva de 37 proveedores de servicios encontró que éstos asimilan la enfermedad mental principalmente a la esquizofrenia y que el estigma hacia los trastornos de salud mental es generalizado. Las personas con trastornos MNS son percibidas como fuera de control e incapaces de adaptarse a las normas sociales, lo que se traduce en miedo y falta de empatía de parte de los proveedores de servicios hacia las personas afectadas. Las y los médicos generalistas se sienten sin preparación para manejar estos trastornos y sin apoyo por parte de las familias y las comunidades[119].

El número total de trabajadores con especialización en salud mental en los servicios públicos (atención ambulatoria y hospitales) en 2018 (hasta la fecha) fue de 549, de los cuales 139 eran psiquiatras y 410 psicólogos clínicos[120]. La tasa nacional de profesionales de psicología en servicios públicos es de 4 por 100.000 habitantes y la tasa nacional de psiquiatras en servicios públicos es de 1,3 por 100.000 habitantes.[121]

Colaboración interinstitucional, apoyo social, prevención y sistemas de información

Colaboración inter e intra sectorial

El Departamento de Salud Mental/MSP no cuenta con acuerdos interinstitucionales firmados con instancias gubernamentales; sin embargo, progresivamente se han desarrollado iniciativas de apoyo a los personas afectadas por trastornos MNS, con énfasis en la promoción y la asistencia social. Aunque todavía con alcance limitado, algunas instancias gubernamentales colaboran actualmente con los servicios gubernamentales de salud mental en la planificación o prestación de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en materia de salud mental. Entre

119 Caplan, S., Little, T. V., & Garces-King, J. (2016). Stigma about mental illness among multidisciplinary health care providers in the Dominican Republic. International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation, 5(3), 192-206. http://dx.doi.org/10.1037/ipp0000057
120 Servicio Nacional de Salud. Listado de nómina del SNS al mes de marzo del 2018.
121 Para el cálculo de la tasa, la población de la ONE. Oficina Nacional de Estadística. Población por provincia y municipio 2015-2020. Republica Dominicana. 2016.

estas acciones cabe destacar la coordinación con la Vicepresidencia de la República a través del Proyecto RESIDE, que se centra en la oferta de hogares de día para facilitar la reinserción social de personas afectadas por trastornos mentales. Igualmente, a través del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales[122] se coordinan acciones para que estas personas sean incluidas en los programas sociales. También, la Junta Central Electoral, como parte de la abogacía del Departamento de Salud Mental/ MSP, facilita la cedulación de estas personas con miras a garantizar su elegibilidad para programas sociales del Gabinete Social.

Entre los departamentos o programas que colaboran actualmente con los servicios gubernamentales de salud mental se encuentra el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente[123] (CONAPE); el Departamento de Salud Mental/MSP coordina acciones para que las y los envejecientes afectados con trastornos mentales, sean favorecidos y priorizados en los programas asistenciales.

En cuanto a las instancias no gubernamentales (ONG, asociaciones profesionales, grupos comunitarios) que colaboran con los servicios gubernamentales de salud mental, algunas ONG coordinan acciones con el MSP en programas de promoción y atención, como la Fundación Alam Cabrera[124], la cual tiene como misión promover la prevención de la conducta suicida, así como intervenir en otros trastornos emocionales, ofreciendo atención psicoterapéutica profesional[125]. Otras ONG, como la Fundación Dominicana de Autismo[126] y la Fundación Dominicana de Trastorno Afectivo Bipolar[127], colaboran en actividades de promoción y prevención. Las asociaciones especializadas (Sociedad Dominicana de Psiquiatría[128], Colegio Dominicano de Psicólogos[129] [CODOPSI]) son instancias que se articulan con el MSP para la realización de foros públicos dirigidos a revisión de guías y protocolos. Otras instituciones, como la Asociación Dominicana Alzheimer, desarrollan estrategias de promoción y prevención participando en campañas a través de medios de comunicación.

Servicios de apoyo social

En enero de 2017 se inició la implementación del Programa para la protección de las personas con enfermedad mental grave en condición de deambulantes, alcanzando a 97 usuarios retirados a 20 de noviembre de 2017[130].

En cuanto a la disponibilidad/condición del apoyo social para las personas con trastornos MNS, se encontró que a la fecha en el país no existen programas específicos de apoyo económico, subsidios para vivienda, de apoyo al empleo, de apoyo a la educación, de asistencia social, ni de apoyo jurídico. El Ministerio de la Mujer dispone de servicios de asistencia jurídica y psicológica para mujeres sobrevivientes de violencia[131] y PROSOLI, a través de la Unidad de Apoyo a niñas, niños y adolescentes huérfanos por feminicidio, ofrece un subsidio económico mensual a tutores y hogares de acogida[132].

Informes del Ministerio de Educación de la República Dominicana (MINERD) reportan actividades en los programas de orientación y psicología centradas en la educación sexual. No se encontró referencia sobre acciones relacionadas con la detección, atención y referencia de niños, niñas y adolescentes afectados por trastornos mentales,

122 Vice Presidencia de la República. Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales. República Dominicana. http://gabinetesocial.gob.do
123 Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. República Dominicana. https://www.conape.gob.do
124 Fundación Alam Cabrera. República Dominicana. http://www.alamcabrera.org
125 Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud/ http://www.alamcabrera.org/
126 Fundación Dominicana de Autismo. República Dominicana. http://fundaciondominicanadeautismo.org
127 Fundación Dominicana de Trastorno Afectivo Bipolar. República Dominicana. http://fundotab.org
128 Sociedad Dominicana de Psiquiatría. República Dominicana. http://www.sociedaddominicanadepsiquiatria.com
129 Colegio Dominicano de Psicólogos. República Dominicana.https://codopsiorg.wordpress.com
130 Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Memorias 2017. Ibid
131 Ministerio de la Mujer. Servicios. República Dominicana. http://www.mujer.gob.do
132 Vicepresidencia de la República. Progresando con Solidaridad protege 180 niños huérfanos por feminicidios. enero 9, 2017. República Dominicana. https://progresandoconsolidaridad.gob.do/progresando-solidaridad-protege-180-ninos-huerfanos-feminicidios/

del desarrollo y conductuales, aunque se hace mención a acciones sobre la integración de escolares con discapacidad. En el año 2014, el MINERD informó sobre una jornada de verano en la que 4.000 orientadores, psicólogos/as y técnicos/as del programa de Orientación y Psicología a nivel nacional, regional y distrital recibieron capacitación en estrategias de prevención de riesgos psicosociales y académicos, entre otros temas[133],[134].

Prevención y promoción

En el SNS, el equipo de la UNAP incorpora, entre las actividades fundamentales por escenarios de trabajo a desarrollar, la educación para la salud mental, la prevención de la violencia doméstica y campañas antitabaquismo y antialcoholismo[135],[136]. También se han implementado actividades de promoción y prevención a nivel poblacional, incluyendo la campaña "Hablemos de Depresión", como parte de la conmemoración del Día Mundial de la Salud (OPS/OMS), que le dedica el lema del mismo nombre.

Sistemas de información en salud mental

El SNS incluye los eventos de salud mental en el sistema de información en línea[137],[138]. El SINAVE tiene como objetivo regular el manejo epidemiológico de enfermedades y eventos de importancia para la salud pública del país. Funciona como un sistema productivo abierto, que genera y se alimenta de diversas fuentes, articulando una red de diferentes subsistemas que capturan, integran y procesan datos para la difusión de la información que generan y para el análisis de la situación de salud.

Los eventos objeto de vigilancia epidemiológica se clasifican para implementar acciones oportunas de prevención y control:

- Notificación inmediata: enfermedades, eventos o condiciones de vida cuya notificación individual o colectiva se exige por el medio más rápido disponible, para la acción inmediata de investigar contactos, fuentes de infección o exposiciones peligrosas y/o iniciar medidas de control.
- Notificación no inmediata: enfermedades o eventos de endemicidad conocida cuya notificación individual o colectiva se exige por los medios más prácticos disponibles para la acción, ya sea la oportuna aplicación de medidas de control o la evaluación de la eficacia de las intervenciones[139],[140].

Los centros de salud seleccionados para la vigilancia centinela reportan el alcoholismo, la crisis de ansiedad, la crisis de depresión, la drogodependencia y el intento suicida mediante notificación consolidada semanal (Epi-2) y encuestas periódicas.

La Resolución 00004 de la DIGEPI declara la actualización de enfermedades y eventos de notificación obligatoria del Sistema Nacional de Salud, y modifica la resolución No. 00005-06, de fecha 5 de mayo del año 2006, sobre el reporte obligatorio y oportuno de diagnósticos probables y enfermedades o eventos priorizados[141] por parte de todo el Sistema Nacional de Salud.

133 Ministerio de Educación. Memoria Institucional 2016. República Dominicana. http://www.ministeriodeeducacion.gob.do/docs/oficina-nacional-de-planificacion-y-desarrollo-educativo/gNRA-memorias-2016-del-ministerio-de-educacionpdf.pdf
134 Ministerio de Educación, 2014. Ibid
135 Carlos Suazo (2017). Ruta crítica para la implementación de la atención primaria. Servicio Nacional de Salud. República Dominicana
136 FODESA. Desarrollo operativo e implantación del Modelo de atención en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Marzo 2017
137 Carlos Suazo (2017). Ruta crítica para la implementación de la atención primaria. Servicio Nacional de Salud. República Dominicana
138 FODESA, 2017. Ibid
139
140 Ministerio de Salud Pública. Republica Dominicana. Decreto No. 309-07 que establece el Reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). 2007
141 Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. DIGEPI. Resolución 00004

3. ENTREVISTAS A TOMADORES DE DECISIONES

En el proceso de asignación de prioridades en salud pública, la percepción de parte de las y los decisores sobre las dimensiones del problema (necesidad/beneficios) y el impacto sectorial y presupuestario influyen en la selección de los problemas a abordar y la asignación de recursos[142],[143],[144],[145]. En este sentido, con miras a integrar la mejor evidencia disponible sobre salud mental con el conocimiento y opiniones de los actores clave, se realizaron entrevistas con representantes de instancias gubernamentales y con asociaciones especializadas y organizaciones no gubernamentales que trabajan con los trastornos MNS seleccionados.

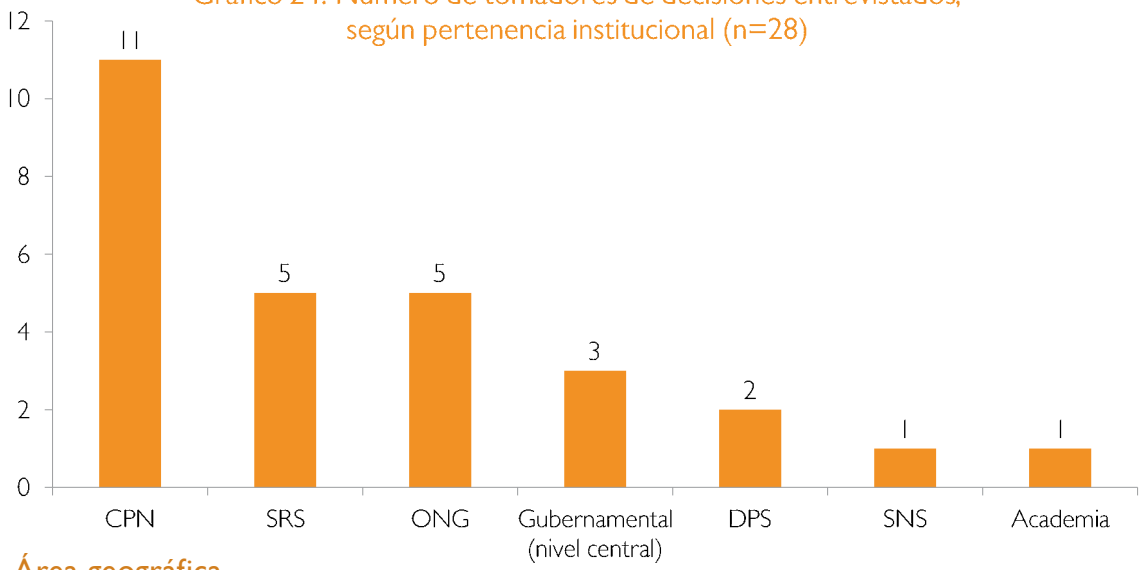
La guía de entrevista incluyó preguntas cerradas y abiertas y fue aplicada a una muestra por conveniencia de 28 tomadores de decisiones que estuviesen ocupando el puesto actual por un período de al menos 6 meses en el momento de la preselección. Esta población incluyó representantes de las direcciones provinciales de salud del MSP y del SNS, directores y directoras regionales de salud y gerentes de provisión de servicios, así como representantes de ONG, asociaciones profesionales y la academia.

Características de las personas entrevistadas

Sexo y cargo

Se realizaron 28 entrevistas a tomadores de decisiones, de los cuales 17 (61%) eran mujeres y 11 (39%) hombres. Del total, 20 pertenecen al sector gubernamental y 8 a ONG, asociaciones profesionales y academia.

Gráfico 24. Número de tomadores de decisiones entrevistados, según pertenencia institucional (n=28)



Área geográfica

Un 67% (17) de las personas entrevistadas estaban ubicadas en Santo Domingo; un 28,6% (8), en Monte Plata y en Barahona y el 10,7% (3), en Puerto Plata y Hermanas Mirabal.

142 Ole F. Norheim. The elusive challenge of priority setting in health and health care. Global Challenges. Volume 1, Issue 1. January 2017 Pages 28-29. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/gch2.1008

143 L.Varela-Lema, G. Atienza-Merino y M. López-García. Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación. Gaceta Sanitaria. Volume 31, Issue 4, July–August 2017, Pages 349-357 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116302515

144 Myriam Ruiz Rodríguez. Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud Vol.49 No.2 Abril - Junio de 2017. http://www.redalyc.org/pdf/3438/343851211007.pdf

145 Norheim, O.F., Baltussen, R., Johri, M. et al. Cost Eff Resour Alloc (2014) 12: 18. https://doi.org/10.1186/1478-7547-12-18. https://link.springer.com/article/10.1186/1478-7547-12-18

Cuadro 5.
Cantidad de entrevistas a tomadores de decisiones, por provincias

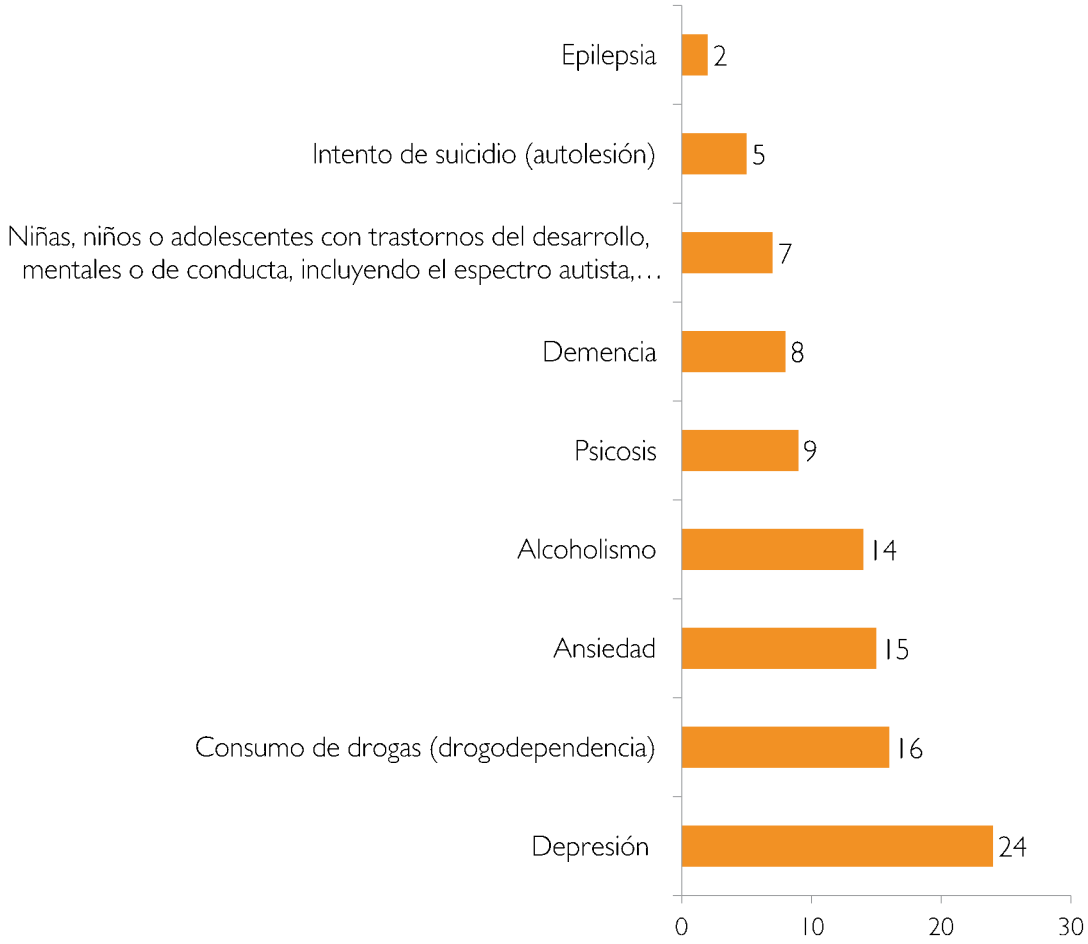
Provincia	#	%
Santo Domingo	17	57
Monte Plata	4	14
Barahona	4	14
Puerto Plata	2	7
Hermanas Mirabal	1	4
Total	28	100

Trastornos MNS a nivel nacional y provincial

Trastornos MNS más comunes (prevalentes) a nivel nacional

El 86% (24) de las y los tomadores de decisiones considera que el trastorno más común a nivel nacional es la depresión; un 57% (16) indicó que el consumo de drogas; el 54% (15), el trastorno de ansiedad, y el 50% (14), el alcoholismo.

Gráfico 25. Número de tomadores de decisiones según tipo de trastornos MNS que consideran más comunes a nivel nacional (n=28)



En cuanto a las diferencias en la prevalencia de trastornos MNS a nivel nacional y provincial, 20 (71,4%) indicaron que estas diferencias existen, 6 (21,4%) indicaron que no se registran disimilitudes y 2 (7,2%) no sabe/no responde.

Las personas entrevistadas de instancias gubernamentales señalaron que las diferencias en la prevalencia se explican por el subregistro de casos de abusos de sustancias, lo que limita el conocimiento exacto de la magnitud o las dimensiones de estos trastornos en municipios, secciones y parajes. Igualmente, consideraron que las provincias turísticas presentan un mayor número de consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado, las y los tomadores de decisiones no gubernamentales del nivel local opinaron que no existe diferencia a nivel provincial; los que están en Santo Domingo y Distrito Nacional coinciden con los gubernamentales, estableciendo que las diferencias se deben a que los sistemas de información no registran la información como realmente se presentan los casos, sobre todo en el consumo de sustancias.

La mayoría consideró que los trastornos MNS constituyen un problema multifactorial en el que confluyen distintos determinantes estructurales, territoriales, comunitarios, familiares e individuales en las provincias, los cuales se describen en el siguiente cuadro.

Cuadro 6.
Factores asociados a diferencias en la prevalencia de los trastornos MNS entre provinciales, según las perspectivas de las y los tomadores de decisiones.

Estructurales	Territoriales / Comunitarios	Sectoriales	Familiares	Individuales
Pobreza, pobreza extrema Pocas oportunidades laborales, desempleo La economía Exclusión social Diferencias culturales regionales Turismo Corrupción	Modelos de producción y económicas de cada provincia Estructura social que hace que las mujeres tengan más responsabilidades en el hogar Situaciones violentas sectoriales. Diferencias culturales regionales. Falta de opciones para jóvenes (“sin nada que hacer”), deserción escolar. Ausencia de valores. Acceso a sustancias (drogas) Más estrés y ansiedad en zonas urbanas.	“En la zona rural se pierde mucho tiempo en hacer el diagnóstico. No tienen capacidad de diagnóstico y se pierde tiempo.” “Mientras más rurales menos servicios de salud.” Baja disponibilidad de centros para iniciar el tratamiento. Limitado acceso a soluciones de salud.	Disfunción familiar. Violencia contra la mujer que afecta a los niños varones, que la aprenden.	Consumo de drogas Comportamiento de las personas. Bajo nivel educativo Factores hereditarios Factores raciales Estrés Falta de conocimiento de los daños del alcohol.

Poblaciones más afectadas en las que se presentan con mayor frecuencia estos trastornos MNS

Entre las personas entrevistadas de instancias gubernamentales, la mayoría coinciden en considerar que las poblaciones más afectadas son las mujeres en todas las etapas de la vida (niñas, adolescentes, mujeres en edad fértil, adultas y envejecientes). También establecen que, en las poblaciones de menores ingresos económicos, los MNS son más frecuentes. Las instancias no gubernamentales locales opinan que las más afectadas son las mujeres y las niñas y niños; en el nivel central establecen que son jóvenes y envejecientes de ambos sexos, coincidiendo con las instancias gubernamentales en las poblaciones de menos ingresos.

Asimismo, identificaron factores transversales que afectan a todos los grupos de población, como la pobreza, las limitadas oportunidades laborales, los factores hereditarios y las falencias de las políticas públicas sobre el tema.

Igualmente mencionaron causas específicas para distintos grupos de población:

- *Niñas, niños y adolescentes.* Abandono en la infancia, disfunción familiar, violencia intrafamiliar, falta de redes primarias de apoyo a la familia, problemas de comunicación en el hogar, ausencia de padres en los hogares, alta deserción escolar, vulnerabilidades particulares de la edad. Se indicó que algunos trastornos MNS son más frecuentes en varones, por ejemplo, el autismo. En cuanto a las especificidades de las y los jóvenes destacaron, la falta de oportunidades y de acceso a la educación y al trabajo, un reducido interés hacia la juventud, el uso de sustancias y alcohol, las frustraciones, la presión social de grupo/pares y la violencia de la que son objeto.
- *Mujeres.* Entre las circunstancias asociadas a que las mujeres estén entre las poblaciones más afectadas por trastornos MNS mencionaron la desigualdad y la marginación, la falta de empleo, la ausencia de actividades recreacionales para mujeres jóvenes y envejecientes, la sobrecarga de responsabilidades con los hijos y el hogar, factores culturales y ser madre soltera. Se resaltó que generalmente se atribuye a las mujeres una mayor carga de enfermedad mental debido a sus patrones de utilización de los servicios, pero que esto produce un sesgo en la información epidemiológica debido a la baja utilización que hacen los hombres de los servicios de salud en general, y de los de salud mental en particular.
- *Hombres.* Entre las causas de una mayor afectación de trastornos MNS en los hombres se menciona la violencia aprendida, la construcción cultural, el machismo y el consumo de drogas y alcohol.

"El hombre está más expuesto por tener más responsabilidades."

"Por formación, pues se les cría para ser independientes y son los primeros que salen a buscar empleos muy jóvenes, exponiéndose a todos los riesgos sociales."

"Si un hombre llora no es bien visto. Las mujeres aceptan más sus sentimientos y situaciones y por eso van más a la consulta."

Se observa un énfasis en la vinculación entre los trastornos MNS y los roles de género asignados a mujeres y hombres. En el caso de los niños y niñas, se atribuye preponderancia a los factores en el ámbito familiar, mientras que en las y los adolescentes se asocia con múltiples factores en distintos ámbitos.

Impacto de los trastornos MNS en la situación de salud general y el desarrollo del país

Las consecuencias de estos trastornos en el desarrollo del país desde la perspectiva de las personas entrevistadas incluyen aspectos económicos y sociales a nivel macrosocial, comunitario y familiar, y el bienestar colectivo. En el ámbito específico de la salud citaron aspectos relacionados con cambios en el perfil epidemiológico, componentes programáticos como la infraestructura y recursos humanos, y medicamentos, así como problemas emergentes que imponen respuestas desde el sector salud.

Desarrollo nacional

- Disminución del desarrollo económico y social, aumento de la pobreza.
- Baja productividad y reducción de capacidades de la población económicamente activa.
- Ausentismo laboral.
- Impacto negativo en las familias.
- Aumento del gasto de bolsillo de poblaciones afectadas y familias.
- Aumento de la delincuencia, prostitución.
- Menos tolerancia social.
- Reducción en la calidad de vida.
- Los efectos en la infancia afectan a la sociedad en su conjunto ya que en esta etapa se solidifican las funciones ejecutivas del cerebro y la personalidad.

Situación de salud

- Incremento en los años de vida perdidos, afecta la esperanza de vida al nacer.
- Incremento en patologías debido a la conexión entre trastornos MNS y diversas enfermedades.
- Aumento de infecciones de transmisión sexual.
- El deterioro cognitivo y afectivo implica inadaptación social, lo cual exige respuestas del sector salud.
- Escasez de centros de rehabilitación y ausencia de servicios para tratamiento.
- Altos costos de los medicamentos.
- Falta de suficientes recursos humanos para la atención y prevención de trastornos MNS.
- Aumento de la violencia intrafamiliar, suicidios, femicidios, embarazo adolescente, abuso de sustancias.
- Tendencia a la cronicidad de las enfermedades mentales.

Algunas de las consecuencias señaladas, como el impacto en el desarrollo económico y social, en los gastos familiares, en los años de vida saludable, son congruentes con la evidencia disponible.

Garantías de servicios

Garantías de servicios y acciones en salud mental en el Modelo de Atención de la Republica Dominicana.

El 96% (27) de las y los tomadores de decisiones coinciden en que los servicios de carácter individual están garantizados en el PBS, el 71% (20) considera que la coordinación y ejecución de las acciones preventivas y promocionales colectivas están garantizadas, el 57% (16) establece que la coordinación y ejecución de las acciones preventivas lo están; y por último, el 68% (19) refiere que la gestión y la coordinación nacional y local de las acciones intersectoriales también lo están.

La mayoría de las y los tomadores de decisiones gubernamentales opinan que el PBS debe garantizar el acceso permanente y regular de los medicamentos psiquiátricos, seguido de la inclusión de psicólogos en los equipos de atención primaria y la atención especial a la depresión post parto. Las personas entrevistadas de instancias no gubernamentales locales plantearon, de manera similar a las gubernamentales, la necesidad de garantizar los medicamentos psiquiátricos, mientras que las de nivel del central señalan la importancia de los medicamentos y la coordinación intersectorial para potencializar los esfuerzos de las instituciones del sistema.

Actividades directas y diferidas individuales y grupales en salud mental más importantes

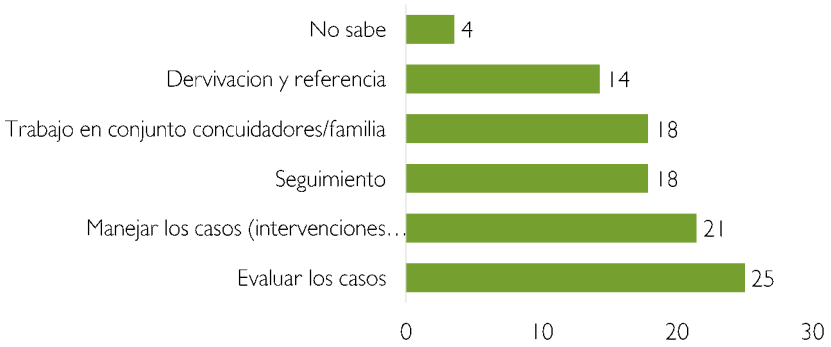
La mayoría de personas entrevistadas están de acuerdo con la importancia de las actividades directas en el primer nivel, incluyendo las visitas programadas, espontáneas y urgentes en consultorio, la consulta de educación individual, la consejería individual, la valoración de riesgos individuales, la captación activa de casos, charlas y videos informativos, la organización de grupos de apoyo a pacientes, la entrega de material educativo, la terapia de rehabilitación, las interconsultas con profesionales de apoyo, y la prescripción y dispensación de medicamentos psicotrópicos. Igualmente, varios consideran adecuadas las acciones diferidas o derivadas del primer nivel a otros entornos asistenciales, incluyendo pruebas psicológicas complementarias, visitas especializadas, el internamiento hospitalario y las urgencias de media y alta complejidad, así como las reuniones de coordinación entre niveles.

Adicionalmente, algunas de las personas entrevistadas mencionaron intervenciones y acciones clave relacionadas con la promoción y prevención, servicios especializados e infraestructura, y el trabajo con familias y comunidades, así como la dotación de recursos humanos especializados e insumos, los cuales se describen en el siguiente gráfico.

Capacidades profesionales a desarrollar en los recursos humanos del primer nivel para garantizar la atención de salud mental

Según el 25% (7) de las personas entrevistadas, la evaluación de casos es la capacidad que más se necesita desarrollar en los recursos humanos del primer nivel para garantizar la atención de salud mental; un 18% (5) indicó que el trabajo en conjunto con cuidadores/familias es la que se debe desarrollar, y un 4% (1) refiere no saber cuál.

Gráfico 26. Porcentaje de tomadores de decisiones que está de acuerdo con que los recursos humanos del primer nivel tengan capacidades técnicas seleccionadas para garantizar la atención de salud mental en el primer nivel (n=28)



A pesar de que todas estas acciones están establecidas en la Guía mhGAP, un reducido número de tomadores de decisión las considera necesarias para que los recursos humanos del primer nivel atiendan a personas afectadas por trastornos MNS.

Mecanimos de coordinación

Mecanismos de coordinación entre la red asistencial deben implementarse o ajustarse para ampliar la cobertura y utilización de los servicios de salud mental en el primer nivel y garantizar la continuidad y longitudinalidad de las atenciones en salud mental

Las y los tomadores de decisiones gubernamentales indicaron que es necesario asegurar la aplicación de todas las normas y procedimientos que corresponden al modelo de red en el primer nivel de atención y fortalecer este nivel con la capacitación de los recursos humanos, así como brindar especial atención a la promoción de los servicios.

Igualmente, manifestaron que es necesario mantener una comunicación efectiva con los niveles II y III para garantizar la recepción de los referimientos y la devolución de los contrarreferimientos. Otros aspectos mencionados por las personas entrevistadas incluyen la disponibilidad en el primer nivel de atención de recursos humanos especializados en salud mental (psicólogos y psiquiatras), medicamentos psiquiátricos, y conformación y puesta en marcha de comités de salud comunitaria que puedan realizar la veeduría necesaria para asegurar la calidad en atención primaria.

Las personas entrevistadas de instituciones no gubernamentales locales mencionaron la necesidad de contar con una dotación adecuada de profesionales de la psicología y la psiquiatría en todas las UNAP y CPN. Las instituciones no gubernamentales del nivel central manifestaron la importancia de la calidad en las estadísticas que se generan, la creación de un mecanismo de coordinación entre la UNAP y los hospitales, y la coordinación con los centros educativos. La coordinación de la información y la gestión fue considerada clave con miras a ampliar y tener representación de la comunidad.

Tipo de coordinación entre los actores del sistema de salud necesaria para integrar la salud mental en el primer nivel de atención en todo el país

La mayoría de las personas entrevistadas del sector gubernamental opinó que es necesario establecer un proceso que involucre diversos pasos:

a. Identificar instituciones potencialmente participantes y examinar sus funciones, el sector al que pertenecen y los lineamientos que definen su quehacer.

b. Con base en el análisis de sus funciones y propósitos, identificar posibles aportes al abordaje de los trastornos MNS.

c. Establecer estrategias a implementar, no solo para la salud mental, sino para todos los temas de salud.

d. Elaborar un plan nacional de prevención, diagnóstico, manejo y rehabilitación de salud mental.

Las personas entrevistadas no gubernamentales locales consideran que debe haber coordinación y comunicación continua entre todos los actores del sector de salud y que cada cual aporte desde la naturaleza de su institución. Las de entidades del nivel central (no gubernamentales) indican que deberían establecerse de manera formal mecanismos para que las instancias del sistema de salud se apoyen entre sí, lo que produciría resultados positivos, tales como la exoneración de impuestos a medicamentos de salud mental.

Estrategias y medidas que deben establecerse en los servicios del primer nivel para reducir los referimientos a servicios de nivel de mayor complejidad

Las personas entrevistadas del sector gubernamental recomendaron acciones para disminuir las referencias innecesarias a servicios de complejidad más alta:

- Garantizar el cumplimiento de los protocolos de atención establecidos.
- Abasteciendo el primer nivel con insumos sobre medicamentos necesarios de manera permanente.
- Capacitación del personal para una atención adecuada.
- Aplicación correcta de herramientas de evaluación diagnóstica incluyendo la historia clínica y la ficha familiar.
- Formación de grupos de apoyo que incluyan familiares, líderes comunitarios y religiosos para ayudar a la solución de los problemas en los niveles menos complejos.

Las personas entrevistadas de instancias no gubernamentales locales opinan que la dotación de psicólogos y psiquiatras en las UNAP y CPN disminuirían las referencias del primer nivel al segundo nivel.

Por su parte, las del nivel central consideran que es necesaria la capacitación de todo el personal que integra los centros del primer nivel de atención, a la par que la educación de la población sobre la capacidad resolutiva del primer nivel en cuanto a los trastornos MNS. Igualmente, consideran que se requiere un cambio de enfoque de la atención hacia una perspectiva más psicosocial de la salud mental y biomédica. Algunas opinan que la barrera no es el estigma sino el costo de la atención y que muchos de los casos atendidos son el reflejo de otros problemas psicosociales.

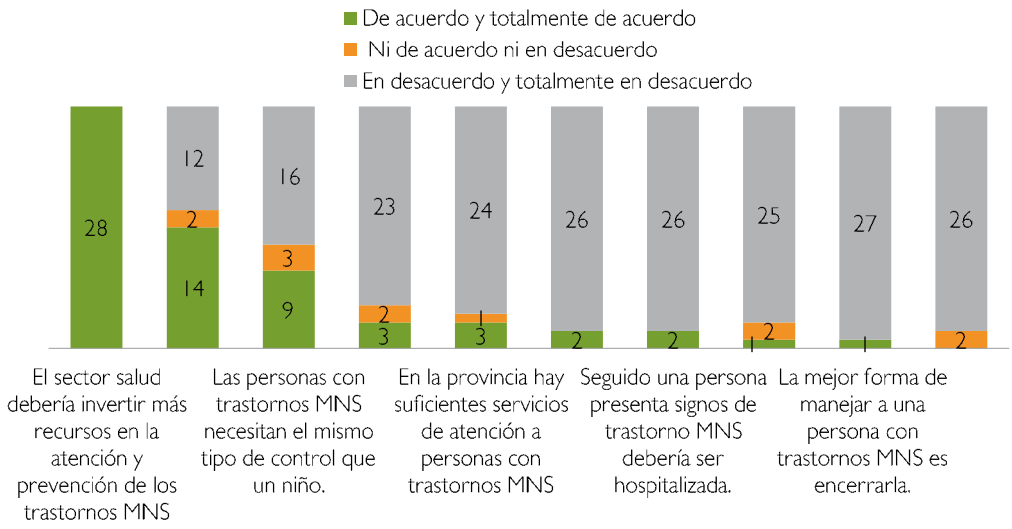
Varias de las recomendaciones son congruentes con los lineamientos internacionales sobre los sistemas de referencia y contrarreferencia[146].

Actitudes y creencias sobre salud mental

La totalidad de personas entrevistadas coincide en la necesidad de una mayor inversión del sector salud en salud mental. En cuanto a las actitudes y creencias sobre las personas con trastornos MNS, el 32% (9) está de acuerdo con la idea de que las personas con estos trastornos necesitan el mismo tipo de control que un niño; el 50% (14), con que "es fácil identificar a las personas con trastornos MNS", y el 11% (3) coincide con la aseveración de que las personas con trastornos MNS son peligrosas para la sociedad. El 7% (2) está de acuerdo con la afirmación "enseguida que una persona presente signos de trastornos MNS debería ser hospitalizada", y el 100% (28) no está de acuerdo con la idea de que las personas con estos trastornos no deben casarse, aun cuando parezca que están totalmente recuperadas. Un 4% (1) indicó que no le gustaría residir en una vivienda ubicada a lado de alguien que ha tenido un trastorno MNS. Se observa que una importante proporción está de acuerdo con ideas erróneas sobre las personas con trastornos MNS tales como aquellas que los asocian en general con un perfil psicológico infantil, la peligrosidad y rasgos visibles de trastornos.

146 WHO. Management of health facilities: Referral systems. Geneva (n/d) https://www.who.int/management/facility/referral/en/

Gráfico 27. Nivel de acuerdo de tomadores de decisiones con actitudes y creencias seleccionadas sobre salud mental (#) (n=28)



Recursos de apoyo social que necesitan las personas con los trastornos MNS

El 75% (21) de las personas entrevistadas indicó estar de acuerdo con que las personas con trastornos MNS reciban apoyo económico; el 71% (20), subsidio para la vivienda,;el 79% (22), apoyo al empleo; el 86% (24), apoyo a la educación; el 100% (28), asistencia social; el 71% (20), apoyo jurídico; el 100% (28), apoyo a la familia, y un 14% (4) está de acuerdo con que esta población debe tener garantizado el acceso a medicamentos psiquiátricos.

Necesidades organizacionales y programáticas para la oferta de servicios de salud mental

Pasos para integrar la salud mental en la atención primaria

Las personas entrevistadas sugirieron actividades que se agrupan en componentes diversos incluyendo el cabildeo, estrategias para garantizar la atención estandarizada, la utilización de un enfoque centrado en las personas afectadas, la dotación de recursos humanos, financieros y técnicos suficientes, la generación y uso de la información para la toma de decisiones, y el trabajo con las comunidades.

1

Cabildeo

- Realizar cabildeo para fomentar la voluntad política en torno a este asunto.
- Convencer con datos a las y los tomadores de decisiones de que los trastornos MNS son un problema que se puede resolver/atender en el primer nivel de atención.

"La salud mental no le interesa a nadie. ¿Por qué la tuberculosis tiene recursos? Porque es un tema que interesa a sectores sociales vinculados a la economía."
"La salud mental debe estar igual que la salud maternoinfantil porque permea todas las áreas."
"Para tener salud hay que cambiar el sistema, hay que tomar en cuenta los estilos de vida, tomar en cuenta los ámbitos laboral y habitacional; la salud de un país es directamente proporcional al desarrollo social y económico. Lo primero que hay que hacer es cambiar la realidad nacional."

2

Políticas, programas y estrategias para la atención estandarizada

- Definir un plan nacional y movilizar los recursos necesarios para su ejecución.
- Fortalecer la rectoría en salud mental (conducción sectorial, garantía del acceso a los servicios, armonización de la provisión).
- Organizar la estructura de salud mental como tal. Identificar necesidades nacionales y territoriales través del ASIS, concretizar la población.
- Definir políticas, ya que éstas definirán los planes, y en función de los planes se desarrollaran programas.
- Cumplir con el modelo de salud, fortalecer el primer nivel.
- Implementación de normas y protocolos de salud mental y buena promoción en salud mental en la comunidad.
- Elaborar una guía para profesionales de la psicología.
- Fortalecer el referimiento y contrarreferimiento, garantizando que sea oportuno.

3

Enfoque en las personas afectadas

- Entender a la persona enferma de salud mental como alguien que necesita atención.
- Considerar a las personas con trastornos MNS como seres humanos con derechos.

Seguir desarrollando planes para garantizar el cuidado de las personas con trastornos MNS. *"Humanización de la enfermedad mental."*

4

Infraestructura e insumos

- Realizar un diagnóstico de los recursos con los que cuentan las UNAP (recursos humanos, infraestructura e insumos).
- Garantizar medicamentos psicotrópicos en las UNAP.
- Garantizar espacios físicos adecuados y cómodos para las personas afectadas por trastornos MNS.

5

Recursos humanos

- Elaborar un plan nacional de capacitación a todo el equipo de atención.
- Capacitación y sensibilización del personal, incluyendo la formación de recursos humanos en las UNAP. "Porque ellos pueden detectar la enfermedad."
- Dotación de personal especializado en el área (psicólogos, psiquiatras). "Personal para tratar al paciente."
- Desarrollar capacidades para las referencias ("Saber cuándo hay que referirlo").
- Crear mecanismos para insertar los recursos humanos al sector (salud mental).

6

Financiamiento y gestión del desempeño

- Identificar los recursos económicos requeridos.
- Realizar seguimiento y monitoreo de los programas de salud pública.

7

Sistemas de información y gestión del conocimiento

- Registro de los trastornos MNS.
- Evidenciar con datos la magnitud de los trastornos MNS.
- Tener un panorama claro de la prevalencia de estos trastornos y sus determinantes, para analizar tendencias y, sobre esa base, formular políticas y planes.
- Monitoreo y evaluación de políticas, programas y servicios.

8

Trabajo con las comunidades

- Sensibilizar a las comunidades, no solo a las y los prestadores de servicios, para que la comunidad pueda demandar los servicios y, de esta forma, mejorar la calidad del servicio.
- Sectorizar la comunidad para organizar oferta.
- Educación sobre los trastornos MNS en los centros educativos.
- Educar a la comunidad sobre cómo tratar a las personas con trastornos MNS.

Estrategias para aumentar la inversión de recursos económicos por parte del Estado para salud mental

Las y los tomadores de decisiones gubernamentales indicaron que se deben crear alianzas con los sectores que generan recursos económicos para que aporten con financiamiento y fuentes de trabajo. También señalaron que es necesario mejorar las estadísticas para que el Estado constate que la salud mental es un problema de salud pública y, por ende, asigne y ejecute más fondos para abordarla.

Las personas entrevistadas de instituciones no gubernamentales locales opinan que, con voluntad política, es posible una mayor inversión de recursos económicos. Por su parte, las del nivel central consideran que lo ideal sería invertir, generar estadísticas que visibilicen la magnitud de los trastornos MNS, aumentar la voluntad política y fomentar la despolitización, así como la creación de un comité intersectorial que aborde el presupuesto en salud mental.

Estrategias para el aumento de la investigación en salud mental en el país que sirva de base para sustentar el desarrollo de políticas y programas

Las personas entrevistadas de instancias gubernamentales sugieren que es necesario poner de manifiesto la limitada disponibilidad de información sobre los trastornos MNS y sus determinantes, recopilando las estadísticas y evidenciando las brechas existentes en los datos disponibles actualmente. Asimismo, recomiendan realizar alianzas estratégicas con las universidades para aprovechar los recursos humanos y fortalecer su formación en investigación.

Las y los tomadores de decisiones no gubernamentales locales indican que se debe coordinar con las universidades para apoyar las investigaciones en torno a la salud mental. Los del nivel central consideran que se debe divulgar la evidencia disponible y crear estadísticas de aspectos sobre los que no se dispone información hasta la fecha.

Acciones para garantizar que la salud mental sea incluida en las prioridades de salud

Las y los tomadores de decisiones gubernamentales señalan que para lograr este fin es necesario evidenciar el problema con datos, a través de la vigilancia epidemiológica de los trastornos MNS, a la par que voluntad política para incorporar la salud mental a las prioridades sanitarias.

Las y los tomadores de decisiones no gubernamentales locales expresan que si se otorga el mismo nivel de importancia a los trastornos MNS, como por ejemplo, los intentos de suicidio, como se hace con otros problemas de salud (cólera, por ejemplo), se pondrá de manifiesto que la salud mental es una problemática igualmente prioritaria para la salud pública. Los del nivel central recomiendan que debe incluirse una partida presupuestaria específicamente para salud mental en el presupuesto de salud.

Medidas para trabajar con las comunidades, las y los cuidadores y las familias para realizar actividades de prevención y promoción de manera continua a nivel colectivo en los hogares y las organizaciones sociales locales

Las y los tomadores de decisiones gubernamentales proponen aumentar los recursos humanos con preparación, incentivar a las y los receptores, involucrar a los ayuntamientos, impulsar el voluntariado, hacer un diagnóstico y elaborar un plan de acción. Igualmente, recomiendan identificar a las y los líderes comunitarios para crear el vínculo entre la comunidad, la familia y el sistema de salud, así como para organizar los comités de salud, capacitarlos y darles seguimiento.

Las y los tomadores de decisiones no gubernamentales locales indican que se deben crean grupos y clubes de apoyo para implicar a las personas afectadas por trastornos MNS y trabajar de manera integrada mediante actividades educativas y recreativas. También proponen la vinculación entre el Estado y la sociedad civil. Por su parte, los del nivel central proponen integrar a la comunidad en las acciones sobre salud mental y atención primaria.

Colaboración intra e intersectorial

Instancias gubernamentales que deberían colaborar con los servicios gubernamentales de salud mental

Las y los tomadores de decisiones locales sugieren que en las estrategias de colaboración interinstitucional con los servicios gubernamentales es pertinente incluir al gobierno central, el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Mujer, el Ministerio de la Juventud, la Fiscalía, la Policía, el departamento de Finanzas, las organizaciones basadas en la fe y a prestadores de salud del sector privado (clínicas privadas). Los no gubernamentales locales mencionan a los ayuntamientos, el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Deportes. Los del nivel central señalaron al Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia, el INFOTEP y la Junta Central Electoral (JCE).

4. ENTREVISTAS A PROVEEDORES DE SERVICIOS

Se aplicó una guía de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas a 83 proveedores de servicios de centros de salud públicos y privados seleccionados. Las variables y los indicadores seleccionados corresponden al Atlas de Salud Mental 2017, la Guía mhGAP (2017), y preguntas adaptadas de la Escala CAMI para medir las actitudes y prácticas en torno a la salud mental.

El perfil profesional incluyó al personal de los CPN/UNAP y proveedores de servicios de salud mental en centros privados (ONG y clínica).

Características de las personas entrevistadas

Sexo y cargo

Se entrevistó a 83 proveedores de servicios, de los cuales 73 (88%) eran mujeres y 10 (12%) hombres. La información más reciente disponible sobre recursos humanos en salud según sexo en el país reveló que, en el año 2009, las mujeres constituían el 73,4% del personal profesional y el 75,5% del personal técnico de SESPAS[147].

El 30% (25) correspondía a personal de enfermería (auxiliares, ayudantes, y técnicos); el 28% (23), a personal médico (medicina general, familiar, nutricionista, asistentes y pasantes); 34% (28), a promoción de la salud (promotoras y una supervisora de promotores), 2 psicólogas, dos psiquiatras, dos directoras de ONG que proveen servicios de atención a las personas y una supervisora de proveedores de servicios.

Área geográfica

Alrededor de 3,4 de cada 10 personas entrevistadas trabajan en servicios de salud ubicados en Santo Domingo Este; cerca de 2 de cada 10, en Puerto Plata y Barahona respectivamente; 1,7 de cada 10, en Monte Plata, y 1 de cada 10, en Hermanas Mirabal.

Cuadro 7.
Cantidad de entrevistas a proveedores de servicios, por provincia

Provincia	#	%
Santo Domingo (Santo Domingo Este)	28	34
Monte Plata	14	17
Puerto Plata	16	19
Hermanas Mirabal	9	11
Barahona	16	19
Total	83	100

Tipo de servicios

Las entrevistas se realizaron en un total de 31 centros de salud, de los cuales 18 (58%) eran CPN, 8 (26%) eran UNAP, 4 (13%) ONG y 1 (3%) un centro de salud privado.

Cuadro 8.
Cantidad y tipo de centros de atención seleccionados, por provincia

Provincia	CPN	UNAP	Centro Privado	ONG
Santo Domingo (Santo Domingo Este)	6	3	1	
Monte Plata	4	1		1
Puerto Plata	5	1		1
Hermanas Mirabal	1	1		1
Barahona	2	2		1
Total	18	8	1	4

147 SESPAS, UASD y OPS (2009). Información Sobre Recursos Humanos de Salud República Dominicana. Santo Domingo. https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=75-informacion-de-recursos-humanos-de-salud&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=273

El 81% trabajaban en servicios de salud ubicados en zona urbana y el 19%, en zona rural. Cabe destacar que, aunque las y los proveedores de servicios fueron entrevistados en 31 servicios de salud públicos y privados, la observación de los centros de salud sólo se realizó en 19 centros de salud gubernamentales.

Capacitación en la Guía mhGAP

De las 83 personas entrevistadas, el 83% (69) no había recibido capacitación en la Guía mhGAP al momento de la entrevista, el 12% (10) ha sido capacitado y el 5% (4) reportó haber participado parcialmente en la capacitación; es decir, no completó el programa. Alrededor de 1 de cada 10 ha recibido capacitación en la Guía, destacando que en la provincia Hermanas Mirabal nadie reportó tener dicha formación. El total (5) de las y los proveedores de servicios de servicios no públicos (ONG, clínica privada) respondió que no había recibido capacitación en la Guía mhGAP.

Cuadro 9.
Nivel de capacitación de proveedores de servicios, por provincia

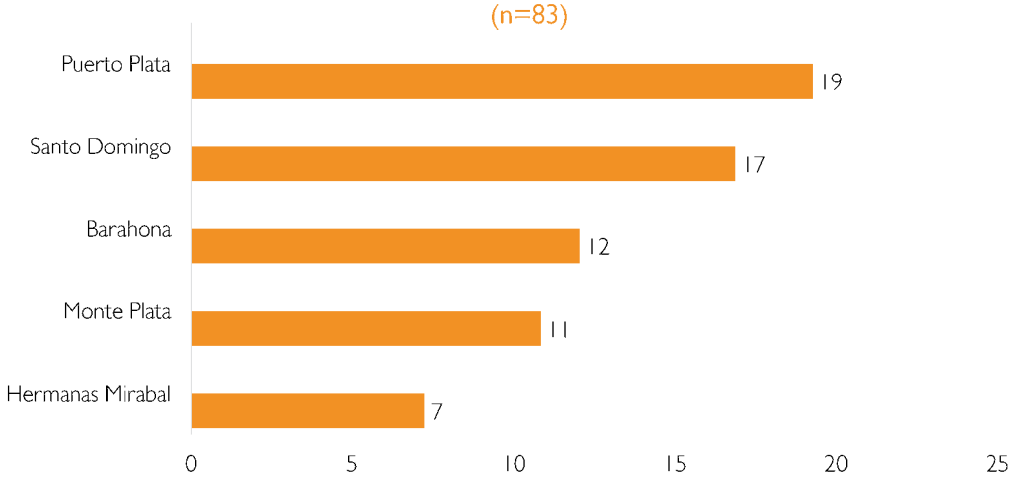
Nivel de capacitación	Provincia					Total
	Barahona	Hermanas Mirabal	Monte Plata	Puerto Plata	Santo Domingo	
Incompleta	0	0	0	1	3	4
No	14	9	13	12	21	69
Si	2	0	1	3	4	10

Perfil de la demanda de servicios de salud mental

Atención a personas afectadas por trastornos MNS

El 66% (55) de las personas entrevistadas que respondieron la pregunta reportó que atiende a personas con trastornos MNS. Se registran diferencias significativas en la proporción de proveedores de servicios que reportó atender a personas con trastornos MNS, fluctuando entre un 17% en Santo Domingo Este y un 7% en Hermanas Mirabal.

Gráfico 28. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta atender a personas con trastornos de MNS, por provincia.
(n=83)



Tipo de trastornos MNS según grupo etario

A continuación se presentan la distribución porcentual de entrevistados que reportan atender trastornos MNS según grupos de edad. A continuación se presentan los grupos de edad reportados por el 10% o más de las personas entrevistadas.

Ansiedad. El 31,3% (26) indicó que presta atención a este trastorno. De éstos, el 69% (18/26) señaló que el grupo de edad que más atienden por ansiedad es el de 18-64 años, y el 19% (5/26), que es el de 10-17 años.

Depresión. El 35% (29) reportó brindar atención a la depresión. El 83% (24/29) señaló que las personas a las que atiende con más frecuencia por este trastorno tienen 18-64 años y el 10% (3/29), que tienen 10-17 años.

Alcoholismo. El 12% (15) ofrece atención al alcoholismo. El 67% (10/15) reportó que el grupo de edad que más acude para este tipo de atención es el de 18-64, y el 13% (2/15) indicó que es el de 10-17 años.

Consumo de drogas ilícitas. El 22% (18) indicó que presta atención a este trastorno. De éstos, el 83% (15/18) reportó que el grupo de edad que atiende con más frecuencia por esta causa es el de 18-64 años, seguido por el de 10-17 años (2/18).

Intento de suicidio (autolesión). El 15% (12) reportó que atienden el intento suicida. El 75% (9/12) señaló que la población que más acude a los servicios con este trastorno son es la de 18-64 años.

Demencia. El 17% (14) señaló que presta servicios a personas con demencia. De estos, el 57% (8/14) reportó que el grupo etario que acude con más frecuencia a los servicios con este trastorno es el de 18-64 años, seguido del grupo de 64 y más años (5/14).

Autismo. El 13% (11) respondió que presta atención al autismo. El 45% (5/11) dice que el grupo más afectado es el de 0-9 años.

Niños, niñas y adolescentes con trastornos del desarrollo, mentales o conductuales. El 31% (26) reportó atender este trastorno. De éstos, el 42% (13/31) refiere que el grupo más afectado es el de 0-9 años.

Epilepsia. El 29% (24) señaló que atiende a personas con este trastorno. De éstos, el 75% (18/24) indicó que el grupo etario que acude con más frecuencia a los servicios por esta condición es el de 18-64 años.

Psicosis. El 13% (11) reportó atender este trastorno. De éstos, el 91% (10/11) dice que el grupo que más acude a los servicios por psicosis es el de 18-64 años.

Características de las poblaciones afectadas por trastornos MNS que acuden a los servicios seleccionados

A continuación, se presentan los resultados sobre las características de las poblaciones con trastornos MNS que acuden a los servicios de las 55 personas entrevistadas que reportaron atenderlas.

Sexo. El 45% (25/55) reportó que atendía mujeres y hombres en igual proporción, el 38% (21/55) indicó que mujeres y el 16 % (9/55), hombres.

Zona de residencia. El 64% (35/55) indicó que atiende a personas con trastornos MNS de zona urbana y el 36% (20/55) de zona rural.

Grupos de edad. El 9% (5/55) señaló atender a personas entre 0-9 años; el 16% (9), a las que tienen 10-17 años; el 69 % (38/55) atiende a personas entre 18-64 años y el 5% (3/55), a personas con 65 años y más.

Nivel educativo. El 40% (22/55) reportó que atiende a personas con trastornos MNS con nivel educativo primario; el 42% (23/55) ,con nivel intermedio; el 11% (6/55), con nivel secundario; el 4% (2/55), con nivel universitario y el 4% (2/55) restante indicó que no conoce el nivel educativo de la población a la que presta este tipo de servicios.

Estado civil. El 22% (12/55) de las y los proveedores entrevistados reportó que la población a la que atiende está casada o en cohabitación, el 15% (8/55) está separada o divorciada, el 59% (33/25) es soltera y el 4% (2/55) es viuda.

Nacionalidad. El 93% (51/55) indicó que atiende a personas con trastornos MNS de nacionalidad dominicana y el 7% (4) de otra nacionalidad.

Impacto de los trastornos MNS en el desarrollo y situación general de las provincias analizadas

Las consecuencias de los trastornos MNS identificadas por las y los proveedores de servicios se podrían agrupar en los distintos niveles de la ecología social, incluyendo su impacto en las personas, las familias, las comunidades, la sociedad en su conjunto, incluyendo el sector salud. Algunas de estas consecuencias percibidas por las y los proveedores de servicios están permeadas por los mitos y prejuicios en torno a los trastornos MNS, como, por ejemplo, la idea de que las personas afectadas son agresivas o peligrosas.

Individual

- Aumento del suicidio
- Embarazo adolescente
- "Poca comunicación, aislamiento."
- "No pueden desarrollarse en un trabajo."

Familiar

- Disfunción familiar
- Violencia intrafamiliar
- Abusos sexuales
- "Son una carga económica para la familia."
- "Los problemas económicos aumentan"
- "Afecta mucho a la familia, por lo económico, lo laboral y lo conductual."

Macrosocial

- Baja productividad, limitado desarrollo económico, pobreza.
- Inseguridad, delincuencia.
- Deterioro de los indicadores de salud
- "Son personas discapacitadas -en el caso de abuso de sustancias-, eso le resta a nuestro país."
- Impacto negativo en el sistema de salud.
- "Fuerte impacto, porque las personas acuden frecuentemente pensando que su problema es clinico, sobrecargan los servicios."

Comunitario

- "Generan conflictos porque son agresivos."
- Delincuencia juvenil
- "Empeora la comunidad."
- "Peor para la comunidad, aumenta la inseguridad."
- Aumento en el consumo de sustancias.

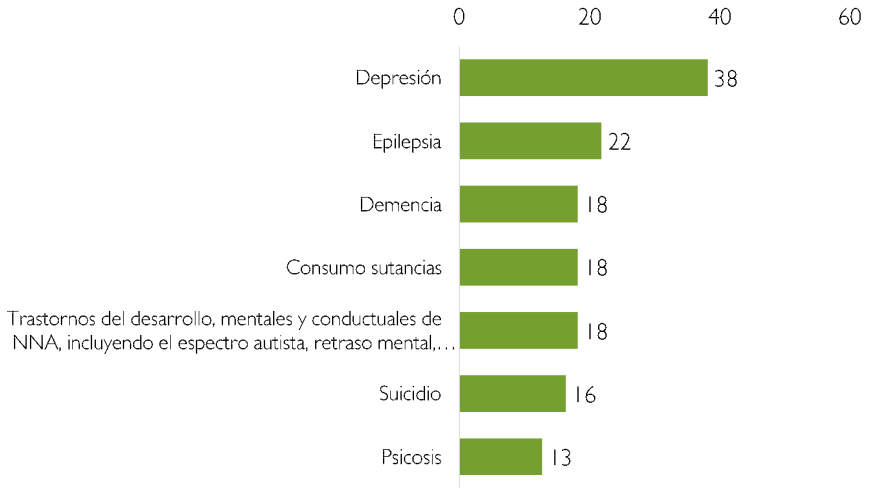
Oferta de servicios, disponibilidad y utilización de herramientas técnicas y normativas

Atención a personas con trastornos MNS por parte de las y los proveedores

Se preguntó a las personas entrevistadas que indicaron que atendían a personas con trastornos MNS (55/83) sobre las intervenciones que llevan a cabo con ellas en términos de evaluación, manejo, seguimiento, referencias y trabajo con la familia.

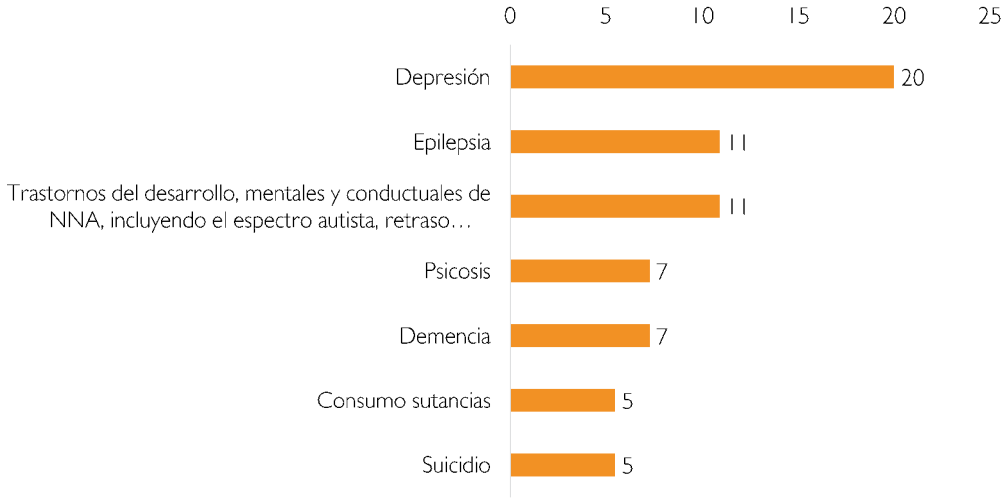
Evaluación. El porcentaje de personas entrevistadas que realizan una evaluación clínica de las manifestaciones comunes del presunto trastorno oscila entre el 38% para los casos de depresión y el 13% en casos de psicosis.

Gráfico 29. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta evaluar personas con trastornos MNS, según tipo (n=55)



Manejo de casos. El porcentaje de entrevistados que indicó que desarrolla intervenciones psicosociales y farmacológicas más técnicas, según proceda, oscila entre el 20% en los casos de depresión y el 5% en personas afectadas por consumo de sustancias e intento de suicidio, respectivamente.

Gráfico 30. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta atender a personas con trastornos MNS, según tipo (n=55)

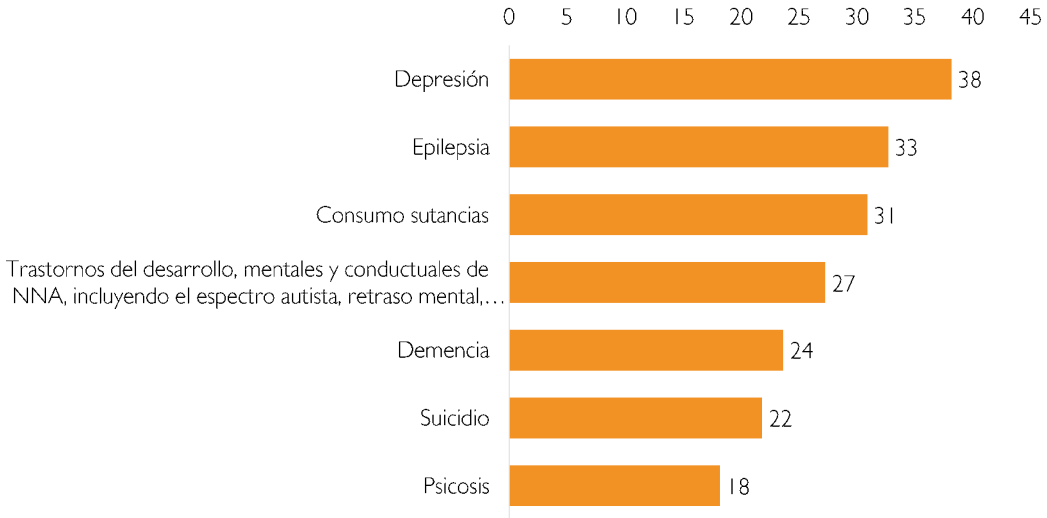


Seguimiento. El porcentaje de entrevistados que reporta dar seguimiento a las personas afectadas por trastornos MNS fluctúa entre el 33% en los casos de epilepsia y el 7% en los de intento de suicidio.

Gráfico 31. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta dar seguimiento personas con trastornos MNS, según tipo. (n=55)

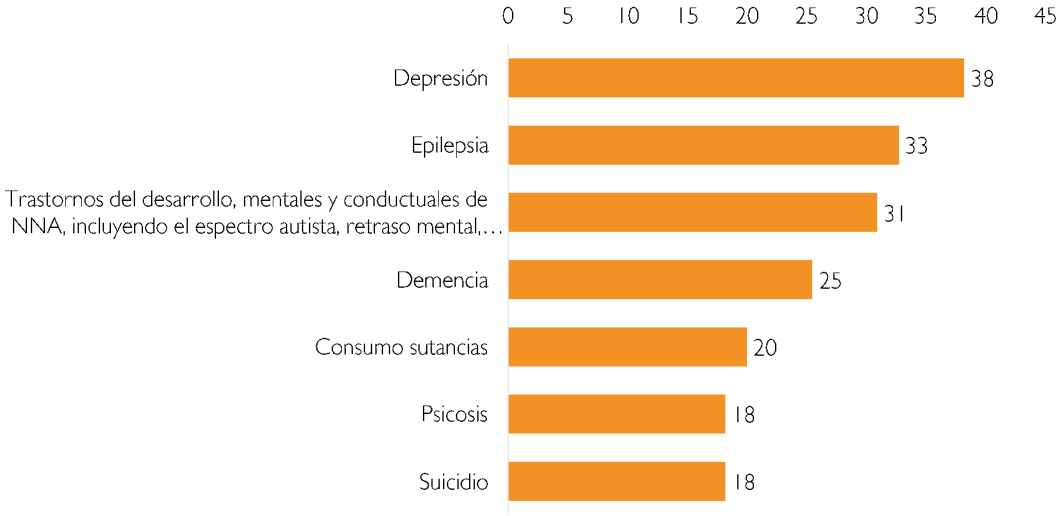
Referencia de casos. El porcentaje de entrevistados que reporta derivar los casos de trastornos MNS a servicios de 2° y 3er nivel de atención o a instituciones especializadas oscila entre un 38% en casos de depresión y un 18% en los de psicosis.

Gráfico 32. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta referir a personas con trastornos MNS, según tipo (n=55)



Trabajo con familia y cuidadoras(es). El porcentaje de personas entrevistadas que reporta trabajar de manera conjunta con cuidadores y familias al apoyar a la persona con un trastorno mental es del 38% en casos de depresión y el 18% en los de intento de suicidio y psicosis.

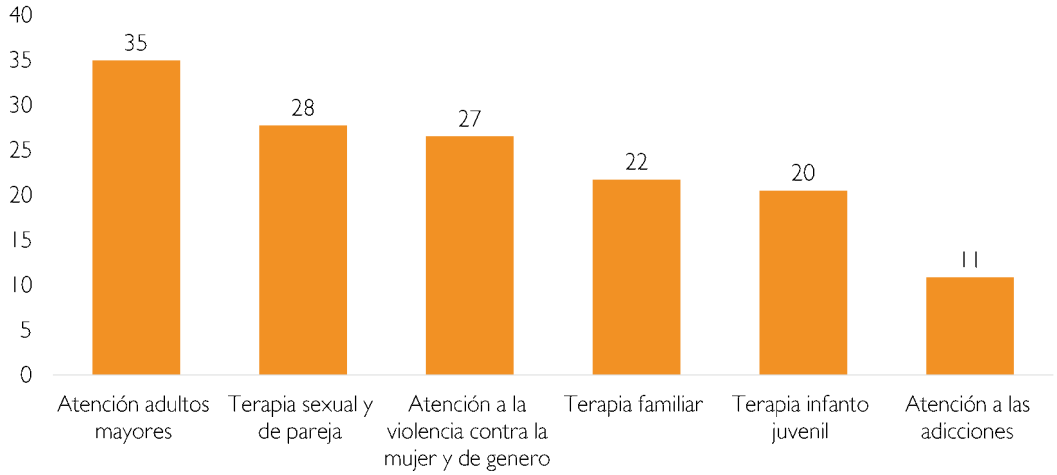
Gráfico 33. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta trabajar con familia y cuidadores de personas con trastornos MNS, según tipo (n=55)



Oferta de servicios especializados de salud mental

Un poco más de tres de cada 10 entrevistados respondió que en el centro de salud en que labora se ofrece atención en salud mental a adultos mayores, y alrededor de tres de cada 10 indicó que se ofrece atención a la violencia contra la mujer y de género (27%) y terapia sexual y de pareja (28%). Alrededor de dos de cada 10 respondió que se ofrece terapia infantojuvenil (20%) y terapia familiar (22%). Uno de cada 10 indicó que se ofrecen servicios de atención a las adicciones.

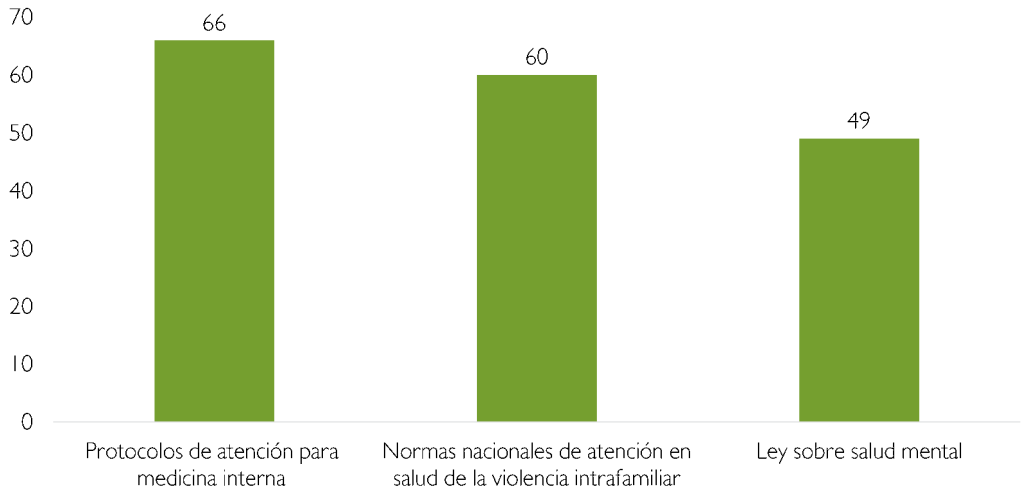
Gráfico 34: Porcentaje de proveedores de servicios que reporta servicios de salud mental disponibles en los centros en que laboran, según tipo (n=83)



Disponibilidad de herramientas normativas

El 66% reportó que conoce los Protocolos de Atención para Medicina Interna; el 60%, las Normas Nacionales de Atención a la Violencia Intrafamiliar, y el 49% de los prestadores indicó que conoce la Ley sobre Salud Mental.

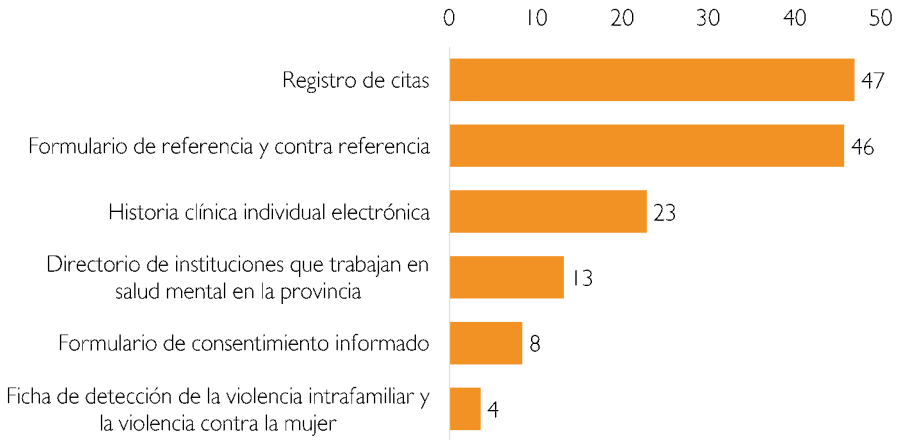
Gráfico 35: Porcentaje de proveedores de servicios que reporta conocer instrumentos normativos para la atención en salud mental (n=83)



Disponibilidad y utilización de herramientas técnicas para la atención en salud mental.

El registro de citas y los formularios de referencia y contrarreferencia son los más utilizados por las y los proveedores de servicios entrevistados, alcanzando el 47% y 46% respectivamente. El uso de la historia clínica individual electrónica fue reportado por menos de uno de cada cuatro entrevistados (23%) y 1,3 de cada 10 tiene a su disposición y utiliza un directorio de instituciones que atienden casos de salud mental en la provincia en que trabajan. Llama la atención el bajo uso del formulario de consentimiento informado (8%) y de la ficha de detección de violencia intrafamiliar (4%).

Gráfico 36: Porcentaje de proveedores de servicios que reporta utilizar las herramientas de gestión de información (n=83)



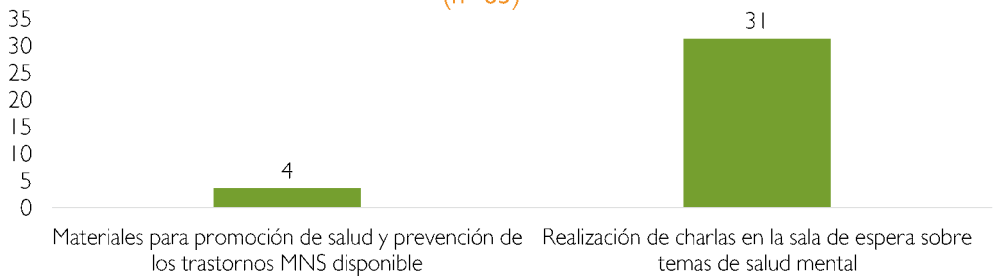
Disponibilidad y suministro de medicación psicotrópica

El 30% (25/55) indicó que el establecimiento de salud en que trabaja dispone de la medicación psicotrópica adecuada, especificada en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales, o es posible recetarla; y de éstos, el 72% (18/25) respondió que dispone de un suministro constante de medicamentos psicotrópicos esenciales en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de las personas usuarias de los servicios.

Prevención y promoción

De las 83 personas entrevistadas, tres de cada diez reportó que realiza charlas sobre temas de salud mental en la sala de espera del centro de salud, mientras que apenas el 4% indicó disponer en su consultorio de materiales para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos MNS.

Gráfico 37. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta disponer de material educativo y realizar charlas sobre salud mental (n=83)



En cuanto a la participación de las y los proveedores en actividades comunitarias organizadas por el centro de salud en que trabaja, de los 25 que respondieron a la pregunta 15 (60%) lo hizo afirmativamente, no obstante solo dos indicaron que se abordaron temas sobre salud mental: a) embarazo adolescente y su impacto psicológico; y b) abuso de drogas, violencia intrafamiliar.

Patrones de utilización de servicios de salud mental

Tipo de atención o apoyo utilizado antes de asistir a los servicios del primer nivel

De los 83 proveedores(as) de servicios entrevistados, tres o más de cada 10 respondieron que los servicios de atención o apoyo que han buscado con mayor frecuencia las personas afectadas por trastornos MNS antes de acudir al centro de salud son: un grupo religioso (36%), un curandero/brujo (31%) y un amigo/a (30%). El porcentaje que reportó que las y los usuarios acuden a servicios de salud osciló entre un 22%, a un hospital psiquiátrico y un 6%, a un centro de salud privado. Llama la atención que la proporción que indicó que estas personas acuden a un farmacéutico es igual que la de quienes acuden a un centro de salud público, un 18% en ambos casos.

Gráfico 38. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta personas y servicios a los que acuden las personas con MNS antes de ir al centro de atención primaria (n=83)

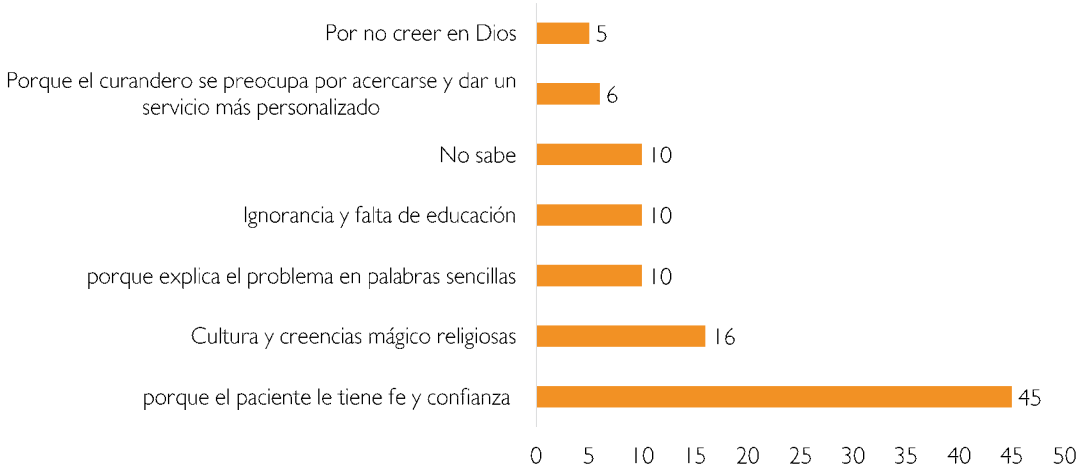
Razones para no utilizar los servicios de atención primaria

Las cuatro razones principales por las que algunas personas o familias con trastornos MNS no acuden a los servicios de atención, que fueron indicadas por al menos tres de cada 10 del total de entrevistados (83) fueron: temor al estigma debido a que el personal del hospital le conoce (40%), ausencia de especialistas en salud mental (37%), piensan que no es necesario (37%) y ausencia de medicamentos en los servicios de salud (29%).

Gráfico 39: Porcentaje de proveedores de servicios que reporta razones seleccionadas por las que personas con MNS no acuden a los servicios de salud mental en centros de atención primaria (n=83)

Según las y los proveedores de servicios, las razones principales por las que las personas afectadas por trastornos MNS o un familiar acuden a curanderos o brujos son: porque el paciente tiene fe y confianza en el curandero (45%), por la cultura y creencias mágico religiosas (16%), "por ignorancia y falta de educación" (10%) y "porque explican el problema en palabras sencillas que les resultan claras y comunes al enfermo" (10%).

Gráfico 40. Porcentaje de proveedores de servicios que reporta razones seleccionadas por las que las personas afectadas por trastornos MNS acuden a curanderos (n=83)

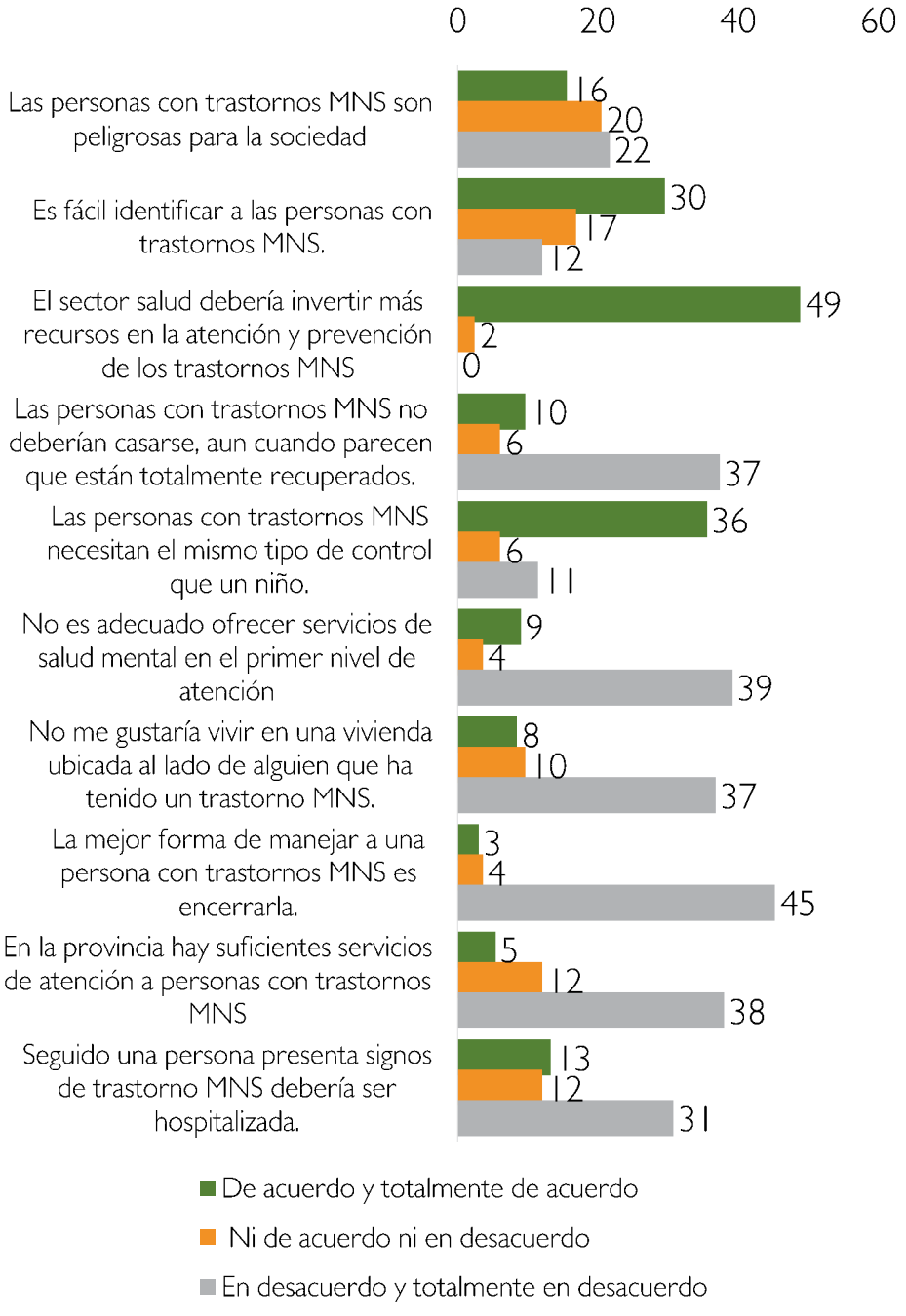


Actitudes y creencias sobre la salud mental

En cuanto a las actitudes y creencias sobre las personas con trastornos MNS, de las 83 personas entrevistadas, el 36% está de acuerdo con la idea de que las personas con estos trastornos necesitan el mismo tipo de control que un niño, el 30% con que "es fácil identificar a las personas con trastornos MNS"; y el 16% concuerda con que las personas con trastornos MNS son peligrosas para la sociedad. El 13% está de acuerdo con la afirmación: "Seguido una persona presenta signos de trastornos MNS debería ser hospitalizada", y el 10% concuerda con que las personas con estos trastornos no deberían casarse, aun cuando parezca que están totalmente recuperadas. Un 8% indicó que no le gustaría residir en una vivienda ubicada al lado de alguien que haya tenido un trastorno MNS.

En relación con la oferta de servicios, el 49% está de acuerdo en que el sector de la salud debería invertir más recursos en la atención y prevención de los trastornos MNS y solo el 5% concuerda con la idea de que en la provincia en la que labora hay suficientes servicios de atención a personas con trastornos MNS.

Gráfico 41. Nivel de acuerdo de las y los proveedores de servicios con actitudes y creencias seleccionadas sobre salud mental (%) (n=83)



Necesidades organizacionales y programáticas para la oferta de servicios de salud mental

Las y los proveedores de servicios identificaron diversas estrategias para mejorar la atención a personas con trastornos MNS, incluyendo la adecuada asignación de recursos financieros, cambios en la organización de los servicios, generación de demanda, articulación entre servicios y sistemas vitales de apoyo familiar y comunitario de las personas afectadas, así como actividades de información y orientación. Las recomendaciones también ponen de manifiesto la complejidad de integrar eficazmente la atención de salud mental en la atención primaria, en tanto que involucra, desde la perspectiva de las y los proveedores, aspectos tales como cambios en la infraestructura, dotación de recursos humanos suficientes, capacitación del personal, oferta de servicios especializados, disponibilidad de material educativo y el sistema de logística (medicamentos, insumos).

Propuestas de proveedores de servicios sobre estrategias para mejorar la atención a personas con trastornos MNS en la atención primaria

Financiamiento, organización de los servicios y recursos humanos	Infraestructura	Trabajo con pacientes y comunidades	Recursos humanos
Recursos financieros para los servicios y actividades en salud mental.	"Habilitar un área para terapia de familia y otra área para intervención en crisis."	Difusión y promoción de los servicios.	Dotación de una mayor cantidad de recursos humanos.
Creación de programas y oferta especializada.	"Adecuación física, es muy pequeña, más espacio físico."	Actividades educativas. "Charlas en la comunidad para generar demanda."	"Debe haber psiquiatras y psicólogos"
"Crear el programa de salud mental en los centros"	"Mejorar la planta física."	"Expandir el conocimiento a todos los niveles (privados y públicos)".	"Más médicos preparados"
"Crear un programa dirigido a esos usuarios"	Espacios de espera, específicos para personas con trastornos MNS.	"Oferta de charlas a las y los usuarios"	
"Oferta de consulta especializada"	"La sala de espera hacinada y con ruido pone más nerviosos a los usuarios con trastornos MNS"	"Orientación a las y los usuarios sobre su condición."	
"Reducir el tiempo de espera de los pacientes"	"Consultorio aparte para psicología, con más espacio"		
Disponibilidad de material educativo.			
Dotación de medicamentos psicotrópicos.			

Propuestas de las y los proveedores de servicios sobre acciones para ampliar la utilización y cobertura de los servicios de salud mental en la atención primaria

Las propuestas de las y los proveedores de servicios se concentran, por un lado, en la oferta y organización de los servicios, incluyendo algunos aspectos relativos a mejora de atención, tales como el financiamiento, los recursos humanos, la calidad de la atención, los suministros e infraestructura y los procedimientos de atención.

Llama la atención que las y los proveedores de servicios no hicieran mención de elementos clave relativos a la utilización y cobertura de los servicios de salud mental, incluyendo la accesibilidad física y económica, la aceptabilidad de los servicios, además de la adecuada potencial prestación. Otros aspectos clave que no fueron identificados por las y los entrevistados incluyen la información sobre el derecho a la atención, prevención y promoción de la salud mental, la protección financiera efectiva mediante la inclusión de la atención a la salud mental en los seguros de salud, el aseguramiento, y la eliminación de barreras culturales, incluyendo el estigma y la discriminación hacia personas afectadas por trastornos MNS. La disponibilidad de recursos (tiempo y dinero necesarios) también inciden en la utilización real y, por lo tanto, en la capacidad de los servicios de salud mental para obtener resultados significativos en la población afectada.

Un segundo grupo de recomendaciones de las y los proveedores de servicios se refiere a la promoción centrada en la diseminación de información sobre los servicios de salud y en actividades educativas. Las respuestas son limitadas y no permiten examinar cómo estas aumentarían las capacidades de las personas afectadas, las familias y las comunidades para promover y mejorar su propia salud mental, en tanto que elementos clave para incrementar la cobertura y utilización de los servicios.

Oferta y organización de los servicios

Financiamiento

"Más inversión económica para crear más centros."

Planificación

"Reconocer la magnitud del problema."
"Programarlo más."
"Establecer los puntos estratégicos y darles promoción"

Recursos humanos

"Personal capacitado."
"Recursos humanos especializados y difundir los servicios."
"Colocar psicólogos en todos los centros de salud, no en todos hay."
"Más recursos humanos del área de psiquiatría."
"Más promotores."

Suministros, infraestructura

"Medicamentos."
"Suministrar los medicamentos si los necesita."
"Crear más espacios."

Procedimientos de atención

"Priorizar los casos de salud mental."
"Inspirarle confianza al paciente."
"Mejor orientación a las personas, la gente piensa que es una consulta para locos."

Calidad

"Seguir brindando el mejor servicio."

Promoción

Diseminación de información sobre los servicios

"Orientar a la población para que sepan del servicio y que está disponible."
"Campaña de concientización por medios masivos."
"Promoción publicitaria de los servicios."
"Promocionar el servicio."

Actividades educativas

"Concientizar y charlas a nivel general."
"Reuniones con juntas de vecinos."
"Promocionarlos, promover la salud mental."
"Orientación y promoción de los servicios."

Medidas para trabajar con las comunidades en torno a la prevención y promoción de la salud mental de manera continua.

Las y los entrevistados identificaron estrategias para garantizar la coordinación con las instancias comunitarias para desarrollar esfuerzos sostenidos de prevención y promoción de la salud mental focalizadas en el trabajo conjunto con organizaciones territoriales, la colaboración sistemática y apoyo, el desarrollo de capacidades de las y los líderes comunitarios, así como la combinación de actividades educativas en la comunidad y los servicios.

También mencionaron los procesos requeridos en los servicios de salud para asegurar que el trabajo con las comunidades sea continuo y efectivo, incluyendo la coordinación interna entre las y los proveedores de servicios, la dotación de una mayor cantidad de promotores(as), el desarrollo de capacidades del personal para trabajar efectivamente en la coordinación con la comunidad, la realización de visitas domiciliarias y el seguimiento a las intervenciones comunitarias.

Trabajo conjunto con instancias comunitarias

Instancias clave

"Trabajar con las iglesias, la policía, juntas de vecinos, para llevar la información y haya continuidad."
"A través de líderes comunitarios, comités de salud, escuelas."
Clubes y juntas de vecinos.

Colaboración y desarrollo de capacidad

"Ofrecerles toda la ayuda que necesiten, las facilidades."
"Trabajar tanto en el centro como en la comunidad."
"Coordinar más con la comunidad, instruir a los promotores.
Organizar la comunidad para la prevención.
Capacitar a líderes los comunitarios.

Actividades educativas en la comunidad y los servicios	Organización de los servicios de salud
"Darles charlas." "Programas de difusión de la salud mental" Orientación, información a la población. Promocionar el servicio." Concientizar a la comunidad. "Dar charlas en los clubes y escuelas del nivel secundario para promocionar los servicios." "Muchas charlas, no solo hablarles de los trastornos sino como tratarlos para estigma, no hay que encerrarlos." "Más capacitación y charlas en la comunidad." "Convocar a los miembros de la comunidad, concientizar sobre las causas y consecuencias."	"Coordinar con los promotores para que trabajen con los psicólogos." "Más promotores." "Formar grupos con los promotores." "Capacitación a los promotores." "Orientar mejor el personal que trabaja sobre todo los promotores." "Ubicar un personal y capacitarlo, luego promocionar el servicio." "Más material educativo." "Visitas domiciliarias para seguimiento." "Implementar el programa de salud mental en el centro cercano a la gente." "Seguimiento a los programas"

Medidas para garantizar la referencia, la contrarreferencia y el seguimiento a las personas afectadas por trastornos de MNS entre el 1er, 2° y 3er nivel.

Las y los proveedores de servicios entrevistados identificaron estrategias relacionadas con el seguimiento a las referencias a través de actividades como llamadas telefónicas, visitas domiciliarias, comunicación con la institución receptora de la persona referida y educación a las y los usuarios sobre la importancia de las referencias. Asimismo, señalaron acciones centradas en mejorar la calidad de la atención para incrementar la confianza en los servicios por parte de las personas afectadas por trastornos MNS, contar con formularios de referencia y contar con personal competente. Otro aspecto mencionado fue la coordinación interinstitucional.

Varios entrevistados plantearon limitaciones actuales de las referencias, incluyendo:

"La contrarreferencia no funciona."
"La contrarreferencia nunca llega."
"Hay estrategias que no se cumplen, hay un instrumento que no se cumple."

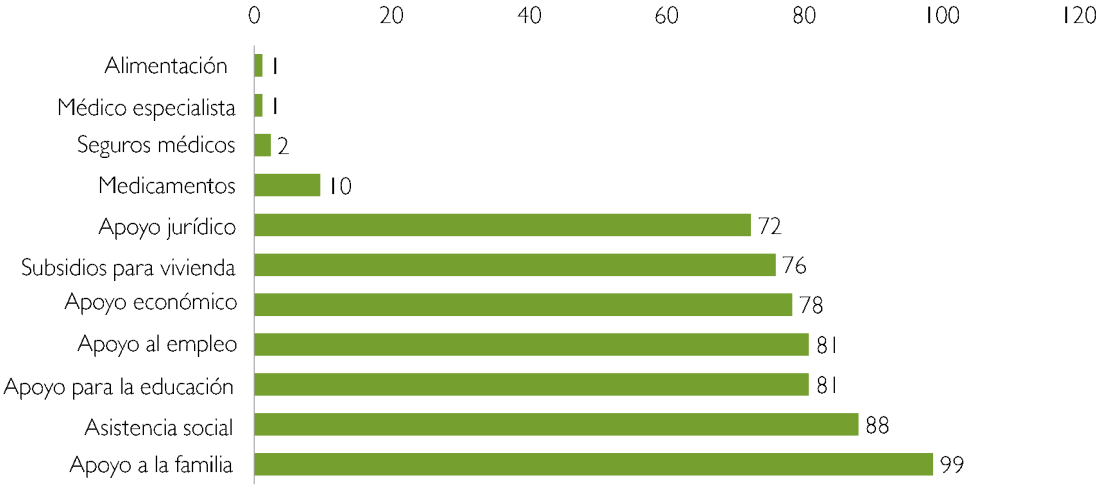
Seguimiento a las referencias
Darle el seguimiento al paciente después de la referencia para evaluar. Se refiere y nos olvidamos. Darle seguimiento más cercano. "Concientizar al paciente" (sobre la importancia de la referencias). "Un teléfono, una línea 24 horas, que haya una manera de dar seguimiento para llamarlos y avisarles de que hoy no hay consulta." "Hacer visitas, hacer llamadas a la familia." "Recibir la contrarreferencia poder dar el seguimiento." "Si refiere un paciente, llamar y decir: 'te estoy enviando tal paciente', y luego remitir la contrareferencia."

Calidad, herramientas técnicas y recursos humanos	Coordinación interinstitucional y comunicación
Servicios de calidad, seguridad y confiar en el servicio. Necesidad de contar con formularios de referencia. "Que siempre hayan formularios de referencias. No tenemos el formulario, adaptamos uno y entonces el hospital donde referimos no acepta el formulario y el paciente tiene que hacer cita que toma meses para ser atendido." "Tener médicos especialistas al primer nivel." "Especializar las personas que trabajan en el tema." "Manejar bien los protocolos."	"Coordinar más para que el paciente regrese una vez se refiere." "Hay que mejorar comunicación entre los niveles, no se respetan las referencias." "Más intercambio y comunicación entre las instituciones." "Más contacto directo de un promotor."

Tipo de recursos de apoyo social que necesitan las personas con trastornos MNS

Entre los recursos de apoyo social priorizados por las y los proveedores de servicios destacan: apoyo a la familia (99%), asistencia social (88%), apoyo a la educación (81%) y apoyo al empleo (81%).

Gráfico 42. Porcentaje de proveedores de servicios que indentifica los recursos de apoyo social que necesitan las personas con trastornos MNS, según tipo (n=83)



Colaboración intra e intersectorial

Instancias gubernamentales con las que colaboran actualmente los servicios de salud mental.

Las y los proveedores de servicios indicaron que coordinan con diversas instancias, incluyendo el MSP (nivel central), MINERD, Policía, Despacho de la Primera Dama, CONANI, Fiscalía, ayuntamientos, bomberos, Línea 911, Plan Social de la Presidencia, SENASA, Ministerio de la Mujer, Ministerio de Defensa, Centro Sanitario (programa VIH), Estancias Infantiles y, a nivel local, con las escuelas.

Entre las otras instancias gubernamentales que consideran que deberían colaborar con los servicios de salud mental se incluyen: el Ministerio de la Juventud, la Dirección General de Impuestos Internos, el Sector de Justicia, Narcóticos, el Programa de Niños Sanos (CONAPI), el Despacho de la Primera Dama y Prisiones.

Algunas instancias no gubernamentales mencionadas fueron: el sector farmacéutico para poder suplir los medicamentos, el Centro de Rehabilitación, Alcohólicos Anónimos, Profamilia, Hogares Crea, Casa Abierta, Aldeas SOS, Cáritas Dominicanas, ONG de derechos humanos, patronatos, juntas de vecinos, compañías telefónicas, sector privado, empresas, individuos ("las personas más adineradas") y abogados independientes.

Dentro del MSP fueron identificados los siguientes departamentos y programas: Atención al Envejeciente, Pediatría, TB, Neurología, Endocrinología, Programa de adolescentes, Vacunas, programas de Atención Primaria y VIH. Algunos consideran que debería participar todo el sector de salud.

Experiencia personal y profesional de las y los proveedores de servicios en el trabajo con personas afectadas por trastornos MNS.

Las personas entrevistadas identificaron aspectos positivos del trabajo con las personas afectadas por trastornos MNS vinculados a los aprendizajes que proporciona este tipo de experiencia laboral, la percepción de los beneficios que reciben las y los usuarios y el perfil de la población que atienden.

Asimismo, identificaron como retos la reducida disponibilidad de recursos humanos e insumos, la falta de herramientas técnicas para desarrollar su trabajo o las frustraciones asociadas a su falta de competencias técnicas para atender a la población que requiere estos servicios. También refirieron los miedos a la potencial agresividad o conductas violentas de las y los usuarios de servicios con trastornos MNS.

Cuadro 10.
Experiencia profesional y personal de las y los proveedores de servicios en atención a personas con trastornos MNS

Aspectos positivos	Retos
Satisfacción laboral "Lo disfruto, me gusta mi trabajo." "Es una experiencia fuerte pero de mucho aprendizaje." "Me siento cómoda." (2 entrevistados) "Me siento bien." (2 entrevistados) "Ayudo y oriento." "En lo profesional me siento satisfecha. En lo personal, si volviera a nacer, volvería a escoger esta especialidad." Perfil de la población atendida "Trabajar con personas con Síndrome de Down es una experiencia agradable porque son cariñosas." "Es un trabajo bonito, integral, hay mucha somatización." "Me gusta. Tengo que estar cómoda con la atención porque es un ser humano."	Limitada disponibilidad de recursos humanos, insumos, herramientas técnicas "Me preocupa la violencia intrafamiliar y la descomposición social. Te limitan para proveer la atención en los casos de violación y abuso. En el sector público no hay un equipo de abogados, aquí estoy sola." "Me siento impotente porque no tengo los utensilios que necesita el paciente. No puedo darle seguimiento." "Quisiera ayudar más, sobre todo a los niños, me gustaría proporcionarles terapia ocupacional ya que los niños están en la casa." Falta de competencias técnicas para la atención "Me siento incapaz porque no tengo el conocimiento, me siento triste porque no tenemos nada que ofrecerles y tenemos que referirlos a esperar meses para que los atiendan en otro centro." "No tengo la preparación; si lo detecto, lo refiero." Miedo a la agresividad de las y los usuarios "Los dependientes de sustancias, algunos son agresivos y la experiencia con ellos se hace difícil." "Desmoralizante, porque parece que los pacientes de salud mental no le duelen a nadie." "A veces me siento incómoda porque el hecho de explicarle y que el paciente le diga me está diciendo loco es incómodo, me da miedo con los que se ven agresivos."

5. OBSERVACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se aplicó la Guía de observación de servicios a una muestra de centros del primer nivel de atención (CPN)/UNAP) en tanto éstos constituyen los ámbitos básicos de prestación de servicios por parte de profesionales sanitarios y no sanitarios de responsabilidad poblacional y territorial.

Se priorizaron variables e indicadores a partir de los estándares de calidad de los servicios de salud mental establecidos por la OMS y por el Departamento de Salud Mental/MSP[148],[149],[150] . Se seleccionaron aquellos aspectos con mayor probabilidad de ser observados con menor riesgo de sesgos por parte de las investigadoras y que permitieran documentar características y procesos de los indicadores seleccionados[151].

Características generales de los servicios observados

Se observaron 19 servicios, seis en Santo Domingo Este, cuatro en Puerto Plata, tres en Monte Plata, tres en Hermanas Mirabal y tres en Barahona. De los 19 servicios, 14 (73,7%) estaban ubicados en zona urbana y cinco (26,3%), en zona rural. Cabe destacar que, según los datos de ENHOGAR 2016, el 74,3% de los hogares en el país están concentrados en la zona urbana[152]. Siete de los servicios seleccionados están ubicados en municipios cabecera, es decir, en el área más densamente poblada del municipio y lugar donde funciona la sede de la Alcaldía Municipal.

Oferta de servicios de salud mental

Se documentaron los servicios especializados en salud mental disponibles en las UNAP seleccionadas tomando en cuenta la cartera de servicios y las respuestas de las y los prestadores entrevistados.

El servicio más reportado fue el de atención a la violencia de género (7/19), seguido de la terapia familiar y la terapia de pareja. La atención a adultos mayores y la población infantojuvenil fue reportada en uno de cada cuatro servicios.

Cuadro 11.
Servicios clave de salud mental disponibles en las UNAP seleccionadas (N=19)

Servicio	#	%
Terapia familiar	6	32
Terapia sexual y de parejas	6	32
Terapia infantojuvenil (para trastornos del desarrollo, mentales y conductuales en niñas, niños y adolescentes)	5	26
Atención a adultos mayores	5	26
Atención a las adicciones	4	21
Atención a la violencia de género	7	37

Hubo prestadores que desconocían la cartera de servicios de su establecimiento y se registraron discrepancias entre respuestas de prestadores del mismo centro en

148 WHO. Qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Facility based assessment report. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/150398/5/9789241548410_facility_spa.pdf?ua=1&ua=1
149 OPS/OMS (2017). Atlas de Salud Mental 2017. Washington DC
150 MSP, Departamento de Salud Mental. Lista de verificación del servicio de salud mental. República Dominicana.
151 CDC. Data Collection Methods for Program Evaluation: Observation. USA. No. 16 December 2008
152 ONE. La ONE presenta la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR2016). Santo Domingo, 28 de septiembre del 2017. https://www.one.gob.do/noticias/2017/09/28/2340/la-one-presenta-la-encuesta-nacional--de-hogares-de-propositos-multiples-(enhogar2016)

cuanto al tipo de servicios ofertados. Por ejemplo, los médicos reportaban prestar un servicio de salud mental en particular y enfermeras y promotoras del mismo centro reportaban lo contrario y viceversa.

La mayoría de las UNAP observadas dispone de personal para la prestación de servicios de salud mental, pero los espacios físicos y las estructuras aprovechables son limitados y dificultan completar la gama de servicios requeridos.

En cuanto a los tipos de trastornos MNS que se atienden, se encontró que la depresión y la epilepsia fueron los más reportados (12/19) y el menos fue el trastorno por consumo de sustancias (3/19).

Cuadro 12.
Número de UNAP seleccionadas que reportan atender trastornos MNS, según tipo (N=19)

Trastorno MNS	#	%
Depresión	12	63
Psicosis	7	37
Trastornos mentales y conductuales de niños, niñas y adolescentes, incluyendo el espectro autista, retraso mental, trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), depresión, ansiedad y síntomas somáticos.	4	21
Epilepsia	12	63
Demencia	5	26
Trastornos por el consumo de sustancias	3	16
Autolesión/suicidio	5	26

Medicación psicotrópica

En cuanto al stock de medicamentos de salud mental, en la farmacia general de las UNAP seleccionadas, nueve de las 19 disponen de la medicación psicotrópica adecuada o es posible recetarla. De esas, seis disponen de un suministro constante de medicamentos psicotrópicos esenciales, en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de las y los usuarios.

Cuadro 13.
Disponibilidad de medicación en las UNAP seleccionadas (N=19)

Disponibilidad	#	%
Dispone de la medicación psicotrópica adecuada o es posible recetarla	9	47
Dispone de un suministro constante de medicamentos psicotrópicos esenciales, en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de los usuarios.	6	32

De las UNAP que poseen medicamentos, unas reportan que les llegan sin solicitarlos a través del Sistema Único de Gestión de Medicamentos (SUGEMI) y otras indican que esos medicamentos son destinados a pacientes con trastornos MNS que ya han sido diagnosticados y tratados en niveles de mayor complejidad (CEAS -2° y 3er nivel), y que llegan contrareferidos con la asignación correspondiente para el seguimiento del tratamiento en la UNAP.

Recursos humanos

Se encontró que de las 19 UNAP estudiadas, ocho (42%) poseen un psicólogo o psicóloga en el servicio de consulta externa. En cuanto a las actividades de capacitación, del total de recursos humanos encuestados (83) en las 19 UNAP, el 19% reportó haber recibido capacitación en la Guía mhGAP. También el personal ha recibido capacitación en otros temas sobre salud mental, descritos en el siguiente cuadro.

Cuadro 14.
Jornadas de capacitación en salud mental realizadas según provincia, duración y perfil de participantes

Provincia	Tema de la capacitación	Duración	Perfil de participantes
Barahona	Violencia contra la mujer	5 meses	Psicóloga
Puerto Plata	Pacientes afectados con tuberculosis	1 día	Auxiliar de enfermería
Puerto Plata	Tuberculosis y salud mental	1 día	Auxiliar de enfermería
Puerto Plata	Usos de herramientas para salud mental y violencia intrafamiliar	3 días	Encargada de proyecto de ONG
Puerto Plata	Manejo de trastorno afectivo	1 día	Medico asistente
Santo Domingo Este	Depresión	3 horas	Médicos, enfermeras y psicólogos
Santo Domingo Este	Abordaje al paciente de salud mental	3 horas	Médicos, enfermeras y promotor

Infraestructura física de las áreas asistenciales

En cuanto a las áreas físicas, se encontró que 13 de las 19 unidades cuentan con consultorio para terapia individual y casi la totalidad (95%) tiene sala de espera. Solo dos disponen de un consultorio para terapia familiar y dos de área para terapia de grupo. Ninguna de las unidades cuenta con áreas para terapia de juego y/o evaluación psicométrica. En 12 de las 19 unidades, el área del consultorio está adecuada a las normas de habilitación y en 16, el área de consulta está señalizada.

Cuadro 15.
Disponibilidad de áreas de atención y condiciones en las UNAP seleccionadas (N=19)

Áreas	#	%
Consultorio para terapia individual	13	68
Consultorio para terapia familiar	2	11
Área para terapia de grupo	2	11
Área para terapia de juego	0	0
Área para evaluación psicométrica	0	0
Sala de espera	18	95
El área de consulta está señalizada	16	84
El área del consultorio está adecuada a las normas de habilitación	12	63

A pesar de que se observaron consultorios rotulados para atención en psicología y psiquiatría, los espacios son muy reducidos, no garantizan la privacidad y las consultas se ven interrumpidas por otras personas (promotor o enfermera) que entran a hacer preguntas o a buscar algo en el consultorio.

Equipos básicos y condiciones de mantenimiento

De las 19 UNAP estudiadas, solo una cuenta con los test psicológicos y otros instrumentos diagnósticos de trastornos MNS. Doce cuentan con el formulario de referencia y contrarreferencia, y 11 disponen del registro de citas. Solo dos cuentan con el formulario de consentimiento informado y ninguna dispone del formulario de quejas y sugerencias.

Cuadro 16.
Disponibilidad de instrumentos y herramientas para la atención en salud mental en las UNAP seleccionadas (N=19)

Instrumentos y herramientas	**#**	**%**
Cada consultorio contiene las normas y protocolos de atención clínica en salud mental del MSP	8	42
El servicio de salud mental dispone de las siguientes herramientas:	**#**	**%**
• Formulario de consentimiento informado	2	11
• Formulario de referencia y contrarreferencia	12	63
• Formulario de quejas y sugerencias	0	0
• Registro de citas	11	58

Expediente clínico

Se revisaron un total de 28 expedientes clínicos seleccionados al azar, dos en 14 UNAP de las 19 seleccionadas. En Santo Domingo Este solo se revisaron expedientes en las 4 UNAP que poseen servicios de psicología. En dos UNAP de Barahona y en una de Hermanas Mirabal no fue posible revisar los expedientes.

En las UNAP de las provincias de Monte Plata, Puerto Plata, Hermanas Mirabal y Barahona, los expedientes clínicos de usuarios y usuarias con trastornos MNS no estaban clasificados o etiquetados, incluso en los centros con servicio de psicología, sino colocados en un mismo archivo, dentro de las fichas familiares.

En 11 de las 19 unidades observadas existe un área destinada a la conservación de expedientes y en igual número, éstos están colocados en un sitio seguro y protegido.

En solo ocho de esas unidades (42%) los expedientes se encuentran organizados para su fácil localización. En cuanto a los expedientes clínicos, alrededor de uno de cada tres se encontraban organizados para su fácil localización. Diez de los 28 expedientes estaban desarrollados en su totalidad e igual cantidad estaban ubicados con su respectiva numeración consecutiva; y el procedimiento para localizarlos era efectivo. En un poco más de la tercera parte (9/28) es claro el diagnóstico/condición del trastorno MNS y en 13 llevan un orden cronológico de atención. En alrededor del 20% (5/28) de los expedientes clínicos se encontraron evidencias de tachones o enmendaduras.

Cuadro 17.
Conservación y características de los expedientes clínicos en las UNAP seleccionadas (N=19)

Condiciones del servicio	#	%
Existe un área destinada a la conservación de los expedientes clínicos (Total = 19 UNAP)	11	58
Están colocados en un sitio seguro (confidencial) y seco (protegidos de humedad, agua, luz directa del sol)	11	58
Los expedientes se encuentran organizados para su fácil localización (n=28)	8	29
Los expedientes clínicos (n=28)	**#**	**%**
• Están desarrollados en su totalidad	10	36
• Es claro el diagnóstico/condición del trastorno MNS	9	32
• Llevan un orden cronológico de atención	13	46
• El procedimiento para localizar las historias clínicas es efectivo	10	36
• Se evidencian tachones o enmendaduras en su contenido	5	18
• Están correctamente numerados para su fácil localización	11	39
• Están ubicadas las historias clínicas con su respectiva numeración consecutiva	10	36

En Santo Domingo Este, los expedientes están guardados en el escritorio de Psiquiatras y Psicólogos; en una UNAP se observó un archivo externo en el pasillo cerrado con candado y los expedientes dispuestos en orden alfabético. Sin embargo, las notas de seguimiento son muy escuetas y no incluyen la evolución ni el tratamiento prescrito, solo el motivo de consulta. Esta situación es más marcada en los expedientes de niños con trastornos del desarrollo y conductuales, retraso mental, y Trastorno del Espectro Autista.

En las demás provincias se encontró una situación similar en todas las UNAP, los expedientes estaban en la sala de espera, sin seguridad. Al cuestionar al personal sobre el riesgo que esto representa, la respuesta fue la misma en todas las UNAP: "Nadie toca esos registros".

Acciones de promoción y prevención

No se encontró material educativo sobre salud mental o trastornos MNS en particular. En dos unidades (11%) se realizaron charlas sobre salud mental al momento de la visita.

Según el reporte de las personas entrevistadas que apoyaron el proceso de observación de los servicios, el abordaje de temas clave de salud mental en el ámbito comunitario es muy bajo. El tema que más se aborda es el de la violencia, incluyendo contra niños y niñas, como manifiestan seis de las 19 UNAP observadas.

Cuadro 18.
Acciones de promoción y prevención en torno a la salud mental en las UNAP seleccionadas (N=19)

El servicio de salud mental dispone de materiales para promoción de salud y prevención de los trastornos MNS:	**#**	**%**
Suicidio	0	0
Depresión	0	0
Ansiedad	0	0
Alcoholismo	0	0
Uso de drogas	0	0
Personal de salud realiza charlas en la sala de espera sobre temas de salud mental (el día que se hace la observación)	2	11
Ha realizado este centro de salud actividades a nivel comunitario sobre temas clave en el último año	**#**	**%**
• Sensibilización sobre salud mental/lucha contra el estigma/ protección de los derechos humanos	2	11
• Prevención del suicidio	1	5
• Prevención de la violencia (incluido el maltrato de niños)	6	32
• Desarrollo/estimulación en la primera infancia	1	5
• Promoción de la salud mental de madres y padres	2	11
• Promoción de la salud mental en las escuelas	3	16
• Promoción de la salud mental en el trabajo	1	5

6. GRUPOS FOCALES CON SUBPOBLACIONES A NIVEL COMUNITARIO

Las directrices de la OMS para una adecuada integración de la salud mental en la atención primaria establecen que es necesario cambiar las actitudes y conductas en torno a los trastornos MNS en las comunidades y familias, fortalecer el trabajo conjunto entre las y los trabajadores de atención primaria, cuidadores y familias, así como desarrollar estrategias de colaboración con las instancias comunitarias [153],[154].

Tomando en cuenta que las familias y comunidades desempeñan un rol fundamental en la atención y promoción de la salud mental, en el análisis de situación de la salud mental en el país se incluyó el desarrollo de sesiones de grupos focales con distintos grupos de población en el municipio de Santo Domingo. Estos grupos estaban dirigidos a explorar las creencias y prácticas sociales relacionadas con los trastornos MNS más prevalentes, sobre sus causas y las consecuencias para las y los afectados y sus familias, los patrones de búsqueda de ayuda, tanto en servicios institucionales como mecanismos informales de autocuidado y cuidadoras/es, así como a detectar las prácticas comunitarias para la promoción de la salud mental.

Se seleccionó una muestra por conveniencia de 75 personas mayores de 15 años residentes en Santo Domingo Este, de ocho subgrupos de población afectados por los trastornos MNS priorizados en la Guía mhGAP de la OMS y otros que fungen como cuidadores y de apoyo social en las familias y comunidades para las personas afectadas por estos trastornos.

Se descartó la participación en los grupos focales de personas que tuvieran una o más de las siguientes condiciones: a) Tener una condición médica o psiquiátrica que les impidiera participar activamente en el grupo focal; b) Incapacidad cognitiva u otra condición que pueda interferir con su capacidad para entender los objetivos y la metodología del grupo focal, así como para proveer consentimiento informado; y c) poseer alguna discapacidad sensorial (visión, audición y habla disminuida), discapacidad intelectual (retraso mental) y discapacidades psicosociales (autismo y otros trastornos del desarrollo) que impidan la comprensión y comunicación en la sesión del grupo focal. Para evaluar estas condiciones se utilizó el juicio/observación de la investigadora y se aplicó el instrumento de cribado que incluye preguntas de auto-reporte sobre estas condiciones, así como preguntas del dominio de Compresión y Comunicación del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHDAS 2.0)[155].

Se combinaron estrategias de reclutamiento diferentes. Por un lado, se realizó el "reclutamiento activo" en el que se buscó de forma intencional a personas que cumplieran con los criterios de inclusión, a la par que el "reclutamiento pasivo", contactando a potenciales participantes a través de la diseminación en distintas organizaciones (centros de salud, organizaciones comunitarias seleccionadas) de un flyer/hoja informativa sobre los grupos focales. También se presentó el estudio a las instancias comunitarias y se distribuyó la Hoja informativa de grupos focales.

153 Federación Mundial para la Salud Mental (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental.
154 OMS (2017) mhGAP.
155 OMS (2010). Medición de la Salud y la Discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. Ginebra. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf

Se utilizó una metodología mixta que incluyó las sesiones de grupos focales y la administración de un cuestionario con seis preguntas, además de un formulario de datos sociodemográficos.

En la Guía de discusión se exploraron las actitudes y prácticas en torno a la salud mental con preguntas abiertas, adaptadas de la Escala CAMI, indagando sobre las actitudes hacia las personas con trastornos mentales[156]. El formulario de datos sociodemográficos registró información sobre sexo, edad, nivel de educación, estado civil, ocupación, con quien vive y país de origen.

Cuadro 19.
Perfil de participantes, cantidad, lugar y fecha de las sesiones de grupo focal

Población	Número de participantes	Lugar
Hombres y mujeres adultos de población general (GF-AD-UR)	9	Distrito Municipal San Luis
Adolescentes de zona rural (GF- AD-RU)	9	Comunidad El Naranjo
Madres/padres de niños y niñas con trastornos del desarrollo, mentales o conductuales (GF-MPNNA)	9	Comunidad La Toronja
Envejecientes (GF-EN)	9	Comunidad El Almirante
Personas con discapacidad física (GF-DIS)	10	Local de CIMUDIS en Santo Domingo Este
Mujeres sobrevivientes de violencia (GF-VCM)	10	Sector Paraíso Oriental
Líderes(as) comunitarios (GF-LC)	9	Comunidad La Toronja
Adolescentes de zona urbana (GF-AUR)	10	Sector Los Mina
Total	**75**	

Al final de cada sesión se distribuyeron los siguientes materiales educativos sobre los derechos de las personas con trastornos mentales, la Guía para padres y madres 'Cómo prevenir el consumo de alcohol y drogas ilícitas en sus hijos, crianza saludable, y sobre violencia contra la mujer'.

Características de las y los participantes

Sexo e identidad de género. El 70,7% (53) eran mujeres, el 28% (21), hombres y un 1% (1), persona trans.

Edad. Del total de 75 participantes, el 61% (46) tenía entre 20 - 64 años; el 25% (19), en el rango de 15 - 19 años, y el 13% (10) eran mayores de 65 años. Según los datos del IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, el 67% de la población del municipio de Santo Domingo Este tiene entre 15 y 64 años[157].

Estado civil. El 48% (36) estaba soltero/a, el 36% (27) estaba casado/a y el 9,% (7) refirieron estar separado/a; el 3% (2), en unión libre; el 3% (2), viudo/a, y 1,% (1), divorciada/o.

156 Martin Taylor and Michael J. Dear. Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. https://camiscale.com/article-scaling-community-attitudes-toward-the-mentally-ill/. Escala CAMI. https://camiscale.com/cami-questionnaire/

157 http://fedomu.org.do/wp-content/uploads/2016/04/PMD-SANTO-DOMINGO-ESTE-3.pdf

Nacionalidad. El 92% (69) indicó que era dominicana, el 7% (5) se auto identificó como dominico-haitiana, y un 1% (1), de nacionalidad Española. Este 7% se explica por el hecho de que varias de las comunidades de Santo Domingo Este corresponde a zonas de bateyes, cercanos a áreas de cultivo de caña y zonas azucareras.

Nivel educativo. En cuanto al nivel educativo más alto alcanzado o completado, el 60% (45) había completado el nivel secundario, el 19% (14) tenía educación universitaria, el 11% (8) había completado la educación intermedia, el 8% (6), el nivel primario y 3% (2) estaba cursando estudios universitarios. Según el IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, del total de población mayor de 3 años que asiste o asistió a la escuela en la Provincia Santo Domingo Este, solamente el 23% alcanzó el nivel universitario (186.186 habitantes), donde predomina la población femenina (58%) sobre la masculina (42%)[158].

Ocupación. El 45% (34) estaban ocupados, siete (9%) reportaron realizar un trabajo profesional, 17 (23%) a nivel técnico y 10 (13%) en el sector informal. El 55% (41) estaba desocupado en el momento de la entrevista, incluyendo en esta categoría a amas de casa, estudiantes, jubilados, voluntarios, desempleados. Según el IX Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010, en este municipio, el 26% de hogares se encontraba en situación de pobreza[159].

Hallazgos de la entrevista inicial a participantes

Presencia de trastornos MNS. El 15% (11) indicó que en el último año había tenido algún trastorno MNS (ansiedad, depresión) por el cual estuvo interno/hospitalizado. El 38% (29) indicó que un miembro de su hogar había tenido algún trastorno MNS en los últimos 12 meses, incluyendo retraso mental, epilepsia, alcoholismo, depresión, ansiedad, autismo, intento de suicidio, consumo de drogas ilícitas, hiperactividad, TDAH, problemas de aprendizaje y trastornos mentales producto de hidrocefalia.

Diagnóstico de trastornos MNS por personal de salud. Del total de 11 participantes que declararon tener un trastorno MNS en el último año, alrededor de la mitad (5) indicó que su condición fue diagnosticada por un profesional de la medicina, la psicología o enfermería. De los 29 miembros del hogar con trastornos MNS, 17 (59%) recibieron su diagnóstico a través de un profesional de salud.

Utilización de servicios. De los 11 participantes que declararon tener algún trastorno MNS en el último año, dos (18%) acudieron a un hospital público y uno reportó haber buscado ayuda en la iglesia. De los 29 miembros del hogar afectados por estos trastornos, nueve (31%) acudieron a un hospital público, seis (21%) a una clínica privada, uno (3%) a un centro de atención primaria, uno (3%) a un grupo de apoyo y uno (3%) a la iglesia.

Resultado de la ayuda o el servicio recibido. De las 19 personas que respondieron a la pregunta, la mayoría (15) reportó resultados positivos de los servicios recibidos, con respuestas relacionadas con mejora de la situación, incluyendo cambios conductuales y cognitivos. Tres personas señalaron resultados mixtos, con fluctuaciones en el nivel de progreso y una persona reportó que no se habían registrado cambios en su situación como resultado de la ayuda o servicios recibidos.

158 Oficina Nacional de Estadística (ONE). 2012. IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Bases de datos en línea REDATAM

159 Ministerio de Economía, Panificación y Desarrollo (MEPyD). 2014. Op. Cit. Pág. 217

Resultados positivos	Resultados mixtos	Sin resultados
• Está asimilando mejor y se ve buena evolución • Está mejor (depresión secundaria por pérdida de su padre) • Ha mejorado/avanzado (5 respuestas) • Ha mejorado con cada medicación • Se ha integrado a la vida normal • Se curó • Está en tratamiento, controlada • Aprendí a superar las adversidades • Le ayudó bastante, ya que fue solucionado • Ha mejorado tomando Gamalate B6 • Han disminuido las convulsiones	Está bien pero hace períodos de recaídas Mejoró y recayó Mejora temporalmente y está medicada	No hubo cambios.

Razones para no usar los servicios de salud. De las 26 personas que respondieron a esta pregunta, 14 (54%) pensaron que no era necesario, siete (27%) pensaron que no tenía cura, cuatro (15%) respondieron que estaban esperando una mejora, y una (4%) indicó que se solucionó.

Algunas respuestas reflejan la percepción de que los trastornos MNS pueden mejorar con el tiempo, sin asistencia especializada:

"Esperando más tiempo a ver si mejora".

"Esperando que crezca más".

Otras conciben estos trastornos como incurables o que, si no se registra mejoría, no es necesario asistir a los servicios de salud.

"Pensé que eso no tenía cura y como los ataques pasaban al ratico… luego murió a los 60 años".

"Como no mejoró, permanece en la casa y ayuda con los quehaceres domésticos".

En algunas ocasiones, los familiares o personas cercanas rehúsan buscar ayuda institucional por considerarlo innecesario.

"El esposo se rehusó a buscar ayuda, piensa que no es necesario".

Actitudes, creencias y conocimientos sobre salud mental

Las concepciones sobre la salud mental y los trastornos MNS pueden tener implicaciones significativas para las personas afectadas; originan estigma y desventajas sociales para las personas afectadas, al tiempo que producen autoestigma, ya que estas personas pueden aceptar los prejuicios comunes sobre la enfermedad mental, volverlos contra sí mismas y perder la autoconfianza[160]. Afectan también a la capacidad de las comunidades y las familias de estas personas de vislumbrar formas de rehabilitación e reinserción social, y de las maneras en que pueden ser partícipes de éstas[161].

El proceso de etiquetamiento, pérdida de estatus y discriminación de la que son objeto las personas con trastornos MNS, en tanto que atributo evaluado como negativo por

160 Ainara Arnaiz y J. J. Uriarte. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental nº 26 • 2006 • PAG 49–59

161 María Olguín, Lukas Urzúa Varas, Casandra Vargas y Antonia Vidal (2016). Percepción de las familias en cuanto a su participación en el proceso de rehabilitación psicosocial de usuarios de un Centro Diurno en la Región de Valparaíso. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Chile

su comunidad, es el resultado de una dinámica social y sus manifestaciones varían según contextos sociales y culturales[162].

Ideas asociadas a la salud mental

La mayoría de las y los participantes asocian la salud mental con la esquizofrenia y manifestaciones de trastornos MNS, como la psicosis y la demencia.

> *"Que es loco. "(GF-DIS)*
>
> *"Que hay locura de por medio." (GF-EN)*
>
> *"Una persona que no se encuentra como se dice en sus cabales y que hace cosas absurdas diferente a otra persona normal." (GF-LC)*
>
> *"Una loca que hay por allá, ella cuando ve la policía, se pone hacer PO, PO, PO. Entonces eso es loco." (GF-AD-UR).*
>
> *"Estoy loca por lo menos o se me va la mente, se me va el juicio." (GF-PAD)*
>
> *"Que es loquera o loco le llaman." (GF-VCM)*
>
> *"Que son locos." (GF-MPNNA)*

Otros participantes (jóvenes de área urbana, mujeres sobrevivientes de violencia, madres, padres de NNA con trastornos del desarrollo, mentales o conductuales) difieren de la concepción de salud mental como término intercambiable con la "locura" (esquizofrenia), indicando que algunos son temporales, determinados por situaciones coyunturales, o bien que las personas afectadas no presentan síntomas visibles de un trastorno MNS.

> *"Yo no pensaría que está loco, porque no todo problema mental tiene que ser que tu estés loco. Tu puedes tener un problema mental por una enfermedad que te afecte el sistema neurológico. Hay cosas que te afectan, hasta un problema muy grande…¡ Ay Dios mío, qué voy hacer! Inmediatamente tu sistema neurológico como que se bloquea del todo, y no tiene que ser necesariamente que tu estés loco, sino que esa situación te descontrola de esa manera que se manifiesta así. Siempre que uno tiene un problema,¡ ay Dios mío! hasta la cabeza me duele, qué problema tan grave que me está pasando y esto; es que los problemas como que trabajan rápidamente por aquí, por la mente, por eso es que las personas dicen, ah no esta está loca." GF-AD-UR)*
>
> *"Para mí, la salud mental no es solamente ser loco. Es que hay personas que no actúan como que andan en la calle comiendo basura ni tampoco dando golpe, sino que hay personas que simplemente están tranquilas sentadas a tu lado y en tu diario vivir pero tienen problemas, tienen enfermedad mental. Conviven contigo de manera normal pero llega equis tiempo, llega un momento y cosas que las descontrolan.." (GF-MPNNA)*
>
> *"Muchas personas andan bien cambiaditos en la calle, son personas respetables pero tienen problemas. No pueden tener una relación ni con amigos ni con su pareja, ni con nadie porque mentalmente tienen problemas." (GF-VCM)*

Para algunos la salud mental se relaciona con déficits cognitivos que impiden a las personas afectadas razonar, pensar, comprender y utilizar el lenguaje; y/o recordar información.

> *"Cuando una gente no está pensando bien". (GF-DIS)*
>
> *"Esas personas que piensan mucho y tienen la mente muy chiquita". (GF-AD-RU)*

162 Grandón Fernández, P., Saldivia Bórquez, S., Cova Solar, F., Bustos, C., & Turra Chávez, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una mues- tra chilena. Universitas Psychologica, 15(2), 153-162. http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.apae http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n2/v15n2a13.pdf

"Que la mente se le está retrasando, que no actúa normalmente con la mente correcta. Que se le escapan palabras, que por decir unas palabras dice otras y ya la mente se le está enfermando." (GF-EN)

"Que está perdiendo la memoria." (GF-VCM)

Otros vinculan la salud mental con la violencia, conductas agresivas de las personas con trastornos MNS.

"Yo tengo un tío que cuando no tiene su clareen (bebida alcohólica) machetea a cualquiera, hasta a uno mismo". (GF-AD-RU)

"Esos trastornos surgen cuando la persona está agresivamente y así como cuando tiene poca comunicación con los demás". (GF-AD-RU)

"Son violentas. Hay veces que uno quiere acudir, pero son negativos." (GF-LC)

La supuesta agresividad de algunas personas con trastornos MNS es considerada como consecuencia de la violencia experimentada.

"Según escucho que ella tenía como signos de violencia y ella lo que se comporta a la defensiva y ella no tolera que ningún hombre la toque y siempre esta como discutiendo." (GF-VCM)

Otros asocian los trastornos MNS con depresión, baja autoestima, limitada comunicación o la combinación de depresión y déficits cognitivos (pérdida la memoria).

"Son personas que tienen la autoestima baja y así como cuando tiene poca comunicación con los demás". (GF-AD-RU)

"Cuando una persona está deprimida. Porque cuando una persona está deprimida está ya a unos pasos para perder la memoria." (GF-LC)

"Depresión, que está perdiendo la memoria."(GF-VCM)

Trastornos más frecuentes en su barrio o comunidad

El alcoholismo y el consumo de drogas son los trastornos MNS identificados con mayor frecuencia, citados en siete de los ocho grupos focales, seguido por la depresión en la mitad (4/8) de los grupos. La epilepsia, la psicosis y el intento de suicidio fueron mencionados en dos de los ocho, y el resto (ansiedad, autismo, demencia, NNA con trastornos del desarrollo, mentales o conductuales) solo en uno.

	Subgrupos de población participantes en grupos focales							
Trastornos MNS	**GF-LC**	**GF-MPNNA**	**GF-AD-RU**	**GF-AD-UR**	**GF-VCM**	**GF-EN**	**GF-DIS**	**GF-PAD**
Ansiedad								✓
Depresión	✓		✓					✓
Alcoholismo	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Consumo de drogas	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Intento de suicidio (autolesión)			✓					✓
Demencia								✓
Autismo							✓	

NNA con trastornos de del desarrollo, mentales o conductuales.								✓
Epilepsia			✓					✓
Psicosis				✓				✓

Algunas conductas, situaciones o síntomas fueron catalogadas por algunos participantes como trastornos MNS: la violencia, los trastornos generados por abuso sexual de niñas, el maltrato, la violencia intrafamiliar, la corrupción, "el deseo de tener dinero" y las alucinaciones auditivas ("Oyen voces").

Actitudes hacia la idea de que los trastornos MNS sean considerados igual que otros problemas de salud

La mayoría de las y los participantes afirman que estos trastornos deben ser considerados de forma similar a otros problemas de salud, por razones tales como las consecuencias futuras de la falta de atención, el derecho de las personas con trastornos MNS a ser tratados de forma igualitaria, o por potenciales riesgos de daño hacia otras personas, incluyendo las violaciones sexuales y los homicidios.

> *"Yo considero que debería ser más importante que las demás enfermedades, porque eso es una bomba de tiempo." (GF-DIS)*
>
> *"Deberían ser tratadas igual que otras enfermedades, porque esas personas no importan si están que tienen un problema de drogas u otros vicios. Que sean tratados igual, psicológicamente o con psiquiatra."(GF-AD-RU)*
>
> *"Los problemas mentales deberían ser más atendidos que los demás, porque una persona con problema mental no tiene dominio de sí misma y puede dañar a otra persona sin querer. (GF-AD-UR)*
>
> *"El gobierno debe invertir en institución porque eso es lo que trae como consecuencia el irrespeto, los homicidios y las violaciones." (GF-EN)*

También indicaron que la falta de atención médica produce deterioro en el estado de las personas afectadas, lo cual anula sus posibilidades de recuperación y ese proceso se torna más arduo.

> *"Si esa persona que tiene esos trastornos, nosotros prevemos primero, pues no llegan al caos. Entonces cuando ya no tienen atenciones médicas, ya ellos se perdieron pues se dice que siempre hay oportunidad pero nos da más brega." (GF-LC).*
>
> *"Yo opino que es peor que una enfermedad normal que una persona tenga. Es peor un trastorno mental." (GF-AD-RU)*

Actitudes y creencias sobre la salud mental

Las personas con trastornos MNS enfrentan numerosas barreras que les afectan al tiempo que producen complicaciones y limitaciones en sus vidas, incluyendo su acceso a la vivienda, al empleo y al apoyo social, así como otros derechos como el tener una familia y/o pareja y ser tratadas con dignidad en todos los ámbitos públicos y privados. El estigma disuade la utilización de servicios de salud y otros servicios sociales clave para garantizar el ejercicio de sus derechos.

El conocimiento de las percepciones de la población general en torno a las personas con trastornos MNS permite entender cómo son tratadas. Las historias negativas sobre las personas con trastornos MNS en las comunidades, en los medios de

comunicación, en las redes sociales, tienden a sobrepasar con creces las narrativas positivas y el mensaje que se transmite es que estas personas son peligrosas, etiqueta simbólica que implica que hay que temerles[163].

Cabe destacar que las actitudes negativas hacia las personas con trastornos MNS varían según el tipo de trastorno y la población afectada. Por ejemplo, en determinados contextos, la depresión puede ser más aceptada en adultos que en la infancia. Igualmente, algunos estudios muestran que las actitudes de la población general hacia personas con trastornos MNS pueden presentar variaciones significativas según el sexo, la edad, el nivel educativo, o el nivel de ingreso[164].

En algunos países, el nivel de aceptación ha aumentado y una mayor cantidad de personas con trastornos MNS pueden vivir una vida plena[165]. A pesar de estos progresos, todavía persisten ideas erróneas, mitos sobre estos trastornos y las personas afectadas tales como:[166]

- Son personas violentas y peligrosas.
- Los trastornos MNS en los niños se debe a una mala (incorrecta) crianza.
- Las personas fingen tener trastornos mentales para llamar la atención.
- Estos trastornos se deben a debilidades personales.
- No es necesario terapia ya que con una pastilla (medicamento) se cura cualquier trastorno MNS.
- Las personas afectadas que no pueden trabajar ni estudiar.
- Los trastornos psiquiátricos no son problemas de salud reales.
- Las personas afectadas nunca podrán mejorar.
- Si las personas afectadas se sienten mejor, significa que ya se han curado.
- Otras personas no pueden ayudar a aquellas afectadas por trastornos MNS.
- Una persona se puede curar a sí misma con pensamientos positivos y plegarias.

Algunos de esos mitos se encuentran en las narrativas de las y los participantes en todos los temas tratados en las sesiones de grupos focales. El conocimiento sobre las actitudes de distintos grupos de población de la comunidad es clave para establecer estrategias de prevención y promoción de la salud mental y para consolidar los procesos de integración social de las personas afectadas.

A continuación se presentan las percepciones de aceptación o el rechazo de las y los participantes en los grupos focales sobre aspectos seleccionados de la Escala CAMI.

"Las personas con trastornos MNS son peligrosas para la sociedad."

La mayoría de las y los participantes está de acuerdo con esta aseveración sobre la base de supuestos riesgos que las personas afectadas por trastornos MNS pueden representar, tanto para otras personas como para sí mismas.

"Sí, porque, por ejemplo, esa persona te da un mal golpe, pero no sabe si te dio un mal golpe porque está bajo los efectos del alcohol, o los efectos de locura y así. " (GF-AD-RU)

163 Christopher Ryan Locke et al (2010). Public attitudes toward mental illness: an experimental design examining the media's impact of crime on stigma. The Ohio State University. USA. https://etd.ohiolink.edu/rws_etd/document/get/osu1268086954/inline

164 Jena M. Saporito, C. Ryan and Bethany A. Teachman. Reducing Stigma toward Seeking Mental Health Treatment among Adolescents. Stigma Research and Action, Vol 2, No 1, 9–21 2011. DOI 10.5463/SRA.v1i1.2

165 Kristian Wahlbeck, Esa Aromaa. Research on stigma related to mental disorders in Finland: a systematic literature review. Psychiatria Fennica 2011;42:87-109. https://thl.fi/documents/10531/1449887/Research+on+stigma.pdf/d5fde787-3841-4e48-920f-666512f24564

166 Sarah Powell. Dispelling Myths On Mental Illness. Jul. 17, 2015. National Alliance on Mental Illness. USA

"Sí, pero no tan solo son peligrosos para la sociedad sino también para ellos mismos porque llega un tiempo que ellos mismos se van agrediendo contra su propia vida." (GF-VCM)

Otros difieren aunque concuerdan con la idea de la potencial agresión que pueden ejercer las personas con trastornos MNS; indican la no intencionalidad de sus actos.

"No, yo no. En un sentido digo que no, porque en realidad son personas que tienen un problema y no quieren actuar así. Yo opinaría que debe existir algo donde ayudar a esas personas porque claro van agredir a la gente pero no es un problema porque ellos quieren, es porque tienen una condición mental que los lleva a eso. Como le explicaba de mi cuñada, ella no quiere ser agresiva, ella no quería matar a su hijo, pero tuvo un problema de depresión tan fuerte que así fue que reaccionó. Entonces debe de existir algo para ayudar esa gente, porque ellos no quieren hacer mal. (GF-VCM)

"Pero cuando ellos vienen en sí, ellos no se dan cuenta de que lo hicieron." (GF-AD-RU)

"Es fácil identificar a las personas con trastornos MNS."

La mayoría de las y los participantes estuvo de acuerdo con esta afirmación. Sin embargo, algunos relativizaron esa posibilidad en referencia a que algunas personas afectadas no presentan conductas estereotípicas tales como la agresividad y que, por el contrario, son pasivos (mansos), o porque la cronicidad de los síntomas es progresiva. Igualmente, consideran que la posibilidad de identificar a las personas afectadas depende del tipo de trastorno.

"En el problema de mi cuñada sí lo detectamos hace mucho tiempo. Por como ella se comportaba, en la forma de cómo hablaba y cómo actuaba, nos dimos cuenta de que tenía como un problema y hace mucho tiempo, y ahora fue que estalló." (GF-VCM)

"Lo que pasa es que hay diferentes tipos de trastornos mentales. Hay uno pasivo y uno agresivo." (FG-PAD)

"Depende del trastorno." (GF-VCM)

"En muchas ocasiones sí, pero en muchas no." (GF-MPNNA)

"No, a veces." (GF-DIS)

"No es fácil." (GF-VCM)

"A veces no, porque hay algunos que son mansos." GF-AD-RU)

"Las personas con trastornos MNS no deberían casarse, aun cuando parezca que están totalmente recuperadas"

Varios participantes no estuvieron de acuerdo con esta idea, indicando sus potenciales efectos positivos, el derecho a "resarcimiento" así como la familia como factor impulsor de cambios en la vida de las personas con trastornos MNS.

"Hay muchas personas que han tenido trastornos mentales pero se recuperan muy bien, tienen una vida normal, trabajan, tienen su familia, y no vuelven a caer." (GF-PAD)

"Sí deberían casarse. A veces eso hasta les ayuda." (GF-DIS)

"Hay que darles oportunidad porque todo el mundo tiene derecho a resarcirse." (GF-LC)

"Todos tenemos derechos. Quizás hay personas que vemos cambiados y no lo están, pero muchas veces el impulso de tú querer tu familia te provoca a tú cambiar más o te ayuda más. Ahora hay personas que son muy agresivas, me entiende, que no pueden estar casados, tanto como sí y no." (GF-MPNNA)

Otros indicaron no estar seguros, no obstante estarían de acuerdo dependiendo de condiciones tales como la evaluación de su condición actual, estar bajo tratamiento o haberse recuperado; o bien de la severidad del problema.

"Yo creo que hay que hacerle un estudio antes de que se case, porque hay que darle la oportunidad de que puedan crear una familia. Pero primero hay que hacer un estudio porque ahí es que viene lo que muchos ven que vuelven y caen. Ahí se convierten en una familia automáticamente y cuando viene a ver pierden la vida ambos." (GF-LC)

"Si está bajo tratamiento, si se ha recuperado de su enfermedad, puede casarse." (GF-MVCM)

"Bueno si está sano sí, pero si aún sigue con problemas, no." (GF-AD-UR)

"Depende hasta donde sea el problema. Podría ser que sí o podría ser que no, depende la profundidad del problema." (GF-DIS)

Otras personas están en desacuerdo, señalando diversos riesgos potenciales. Cabe destacar que todas las personas participantes del grupo focal de adolescentes de zona rural consideraron que las personas con trastornos MNS no deberían casarse, indicando razones tales como la falta de conciencia, el riesgo de daño, potencial homicidio de la pareja, la violencia de género.

"No, porque cuando están así no tienen conciencia. Se deben rechazar." (GF-EN)

"Si un ejemplo ellos se casan pueden matar a su pareja. Porque a veces la gente sigue en su tratamiento y después si lo dejan vuelven atrás de nuevo, cometen esa locura y es un caso fuerte." (GF-AD-RU)

"Que hay personas que tú la ves y como tú las ves por fuera no es por dentro. Porque pueden decir 'yo cambi'é y siguen siendo la misma persona. Pueden tener su pareja, hacerle daño a su pareja, y en el principio no pero después al tiempo, sí." (GF-AD-RU)

"No es muy favorable que una persona con trastorno mental, sea hombre o mujer, se case con una pareja porque de ahí puede fluir la violencia de género. Eso pasa mucho, y digo de género porque puede ser de mujer a hombre y de hombre a mujer." (GF-AD-RU)

"Las personas con trastornos MNS necesitan el mismo tipo de control que un niño"

Algunos afirman la necesidad de este tipo de control por el tipo de cuidado o apoyo que necesitan las personas afectadas, dado que consideran que los trastornos MNS involucran un proceso regresivo hacia la niñez, hacia conductas intolerables o incontrolables.

Todas las personas participantes del grupo con líderes comunitarios, las y los adolescentes de zona urbana y de zona rural y del de mujeres sobrevivientes de violencia estuvieron de acuerdo con esta aseveración. Por su parte, todas las participantes del de mujeres y de hombres adultos rechazaron esta idea.

"Sí, porque vuelven a ser como niños." (GF-DIS)

"Porque se ponen insoportables." (GF-AD-RU)

"Yo también creo que sí, que necesitan el mismo cuidado de un niño." (GF-VCM)

"Porque se ponen como los niños y necesitan alguien que los cuide. Porque si no se les pone atención, esas personas se ponen peor." (GF-AD-RU)

"Se descontrolan." (GF-AD-RU)

"Nosotros también los debemos ayudar porque si nadie los ayuda van a encontrar la muerte." (GF-EN)

"Hay veces que esos trastornos y el abuso de sustancias vienen por abuso en la infancia y, quizás, al tener a alguien que los apoye y tener alguien a su lado se sienten... Tu sabes, también hay personas que necesitan ese apoyo como si fuera un niño." (GF-MPNNA)

En el caso de las personas afectadas por consumo de sustancias se considera que el control debe ser más austero para evitar que sus vidas se vuelvan catastróficas y porque son agresivos.

"Hasta más riguroso. Porque, por ejemplo, los niños se enfocan en jugar y en estar aprendiendo del medio que los rodea, pero ellos, no. Ellos si comienzan a seguir consumiendo, se van trastornando más, van que su vida la convierten en su propio desastre. Entonces, hay que tenerlos más pendientes a ellos, ubicarlos más y estar más pendientes a ellos que a los mismos niños… son agresivos." (GF-LC)

La posibilidad de controlar a las personas afectadas podría estar sujeta a su disposición de dejarse controlar. El control se percibe como una forma de ayuda.

"Depende, porque hay personas que ya grandes, maduras, personas que no se dejan ayudar, con trastornos y de sustancias." (GF-MPNNA)

"No me gustaría vivir en una vivienda ubicada al lado de alguien que ha tenido un trastorno MNS"

Todos las y los participantes que respondieron a esta pregunta en los grupos de adolescentes de zona urbana y de zona rural, de mujeres y hombres adultos, de personas con discapacidad y de envejecientes estuvieron de acuerdo con la aserción.

"No, de un loco no." (GF-MPNNA)

Las razones por las que no les gustaría residir en una vivienda ubicada al lado de alguien que ha tenido un trastorno MNS incluye el potencial riesgo de sufrir un daño, incluyendo la muerte.

"Porque puede causar cualquier cosa, cualquier daño y así." (GF-AD-UR)

"Bueno yo, a mí me tocó esa vivencia, vivida. Porque al frente de mi casa había un señor que él consumía droga, crack y todo. Le digo que consumía crack y droga en siendo todas, porque él decía los nombres. Ese señor, cuando se daba esos pases, comenzaba a poner a todo el mundo en zozobra, sacaba chilena, sacaba piedras, las tiraba en la calle, comenzaba a decir en siendo palabras, todas obscenas se las decía a uno. Cuando él decía que nadie iba a dormir por esa calle, nadie dormía, comenzaba ¡fulana levántate! ¡para que me mates! Llamaba en siendo gente, las llamaba todas. Entonces mi conclusión es que esas personas deberían tener un lugar ya para que las tengan ahí hasta que se mejoren y se lo entregan a la familia de nuevo para que la familia puedan hacer algo por ellos. Porque muchas veces se lo dejan a la sociedad y la sociedad no hace nada." (GF-PAD)

"No. Regoso a que me mate." (GF-AD-RU)

"Mira, el tío mío duró mucho dizque recuperándose donde la abuela mía. Ese una vez, a las tres de la mañana, sacó todo para afuera y nos iba a entrar a machetazos. Yo no vivo al lado de gente así." (GF-AD-RU)

Otras personas disienten con la aseveración y consideran que estas personas requieren afecto, cuidado, ayuda.

"Personas así necesitan mucho cuidado y mucho amor. Uno tiene que ser compasivo, tener compasión por esas personas." (GF-VCM)

"No me gustaría, pero si le toca a uno la oportunidad tiene que vivir y buscar la forma de cómo ayudarlos." (GF-LC)

También asocian el trato amoroso hacia las personas con trastornos MNS con consecuencias positivas como, por ejemplo, evitar que éstas tengan un comportamiento violento.

"Yo vivo al lado y esa, ella en este momento está interna. Ella tiene un problema que siente que la persiguen, ella habla de un príncipe siempre y de alguien. Ella fue abusada en el pasado muy jovencita entonces ella se quedó con ese trauma. Yo la saludaba con mucho cariño, 'mi amor, buenos días', '¡cómo tú estás, comiste?', 'Y tu familia está bien?', 'Ay sí, estamos contentas'. Pero otras personas se burlaban de ella, y ella reaccionaba violentamente. Conmigo nunca fue violenta porque yo la trataba con amor. Yo viviría al lado de una persona así." (GF-VCM)

"La mejor forma de manejar a una persona con trastornos MNS es encerrarla"

Todos las y los participantes que respondieron a esta pregunta en los grupos focales de mujeres y hombres adultos y de mujeres sobrevivientes estuvieron en desacuerdo con esta afirmación.

Las y los participantes que no coincidían con esta aseveración señalan que la alternativa es proveer afecto y apoyo, facilitar condiciones para que lleven una vida normal, así como garantizar asistencia médica y psiquiátrica.

"No. Darles mucho cariño y apoyarlos y llevarlos al médico." (GF-MPNNA)

"Y ayudarlo a hacer su vida normal, como una persona normal." (GF-MPNNA)

"Principalmente, apoyo siquiátrico." (GF-MPNNA)

También perciben que el no encierro evitaría consecuencias negativas tales como la agudización del trastorno o conductas violentas.

"Porque si los trancan, se ponen peor." (GF-MPNNA)

"Deben tenerlos en su casa para que no anden vagando y haciendo cosas a los otros." (GF-EN)

"No, se pone más violento." (GF-LC)

"No, se pone más rebelde, más furioso." (GF-DIS)

"Es para uno protegerse, porque ahí puede haber agresión." (GF-DIS)

Todos las y los adolescentes de zona rural están de acuerdo en el encierro institucional refiriendo posibles resultados positivos, como la recuperación de la persona afectada y estar con otras personas con condiciones similares, además de la atención médica que pueden recibir, incluyendo chequeos periódicos, evaluación y atención constante. También como una medida para que no agredan a otras personas.

"Porque ahí se van recuperando". (GF-AD-UR)

"Así están con ellos mismos ahí y no usan agresiones. Los doctores los chequean, los evalúan y siempre tienen una persona pendiente a ellos." (GF-AD-UR)

"Los tienen en observación." (GF-AD-UR)

"Van mejorando de chin a chin" (poco a poco). (GF-AD-UR)

Algunos consideran que la opción para determinados casos sería la atención en centros de rehabilitación o centros de salud.

"A menos que haya un programa de rehabilitación, pero si es en casa..." (GF-AD-UR)

"Anteriormente había control de aquellas personas que su mentalidad no andaba bien. Hay como un descuido en lo que se refiere del gobierno a la salud. Hay un descuido de dejar que esa persona ande en la comunidad sabiendo nosotros que esa persona en vez de andar por la ciudad, debe estar en los centros de salud del gobierno, de salud pública, de lo que sea." (GF-EN)

"Enseguida que una persona presenta signos de trastorno MNS debería ser hospitalizada"

Todos las y los participantes de los grupos de adolescentes de zona urbana y rural, de mujeres y hombres adultos, de personas con discapacidad, de envejecientes y de madres y padres de NNA estuvieron de acuerdo con esta aseveración.

Entre las razones mencionadas para la hospitalización inmediata si se observan signos de trastornos MNS se encuentra la necesidad de recibir tratamiento y de evaluación médica para establecer el tiempo de atención requerida y la duración de la estadía hospitalaria.

"Si, necesita ser tratada." (GF-VCM)

"Debería tener una secuencia de una evaluación antes de ser hospitalizada porque ya hay un médico que determina que tiene que durar 15 días o un mes para poder controlarlo. Pero eso es en base a una evaluación que debe hacer un médico." (GF-LC)

"Necesita ayuda médica para que sea una mano profesional que decida de la evaluación, qué se va hacer." (GF-LC)

"Yo digo que se necesita una evaluación primero. No de una vez dizque por simple vista que uno ve a una persona dizque pensar y uno decir no que hay que encerrarlo. Se hace una evaluación y de acuerdo a la evaluación dice el cuadro adonde tiene que llegar." (GF-LC)

"Las mujeres tienen más trastornos MNS que los hombres"

Las personas que difieren con esta afirmación refieren la mayor capacidad de las mujeres para soportar problemas y su capacidad de resiliencia.

"Yo opino que nosotras, las mujeres, que esa afirmación no es así. Entiendo que hay más del sexo, (excusen los varones) masculino porque nosotras tenemos más carga independientemente de todo y nosotras aguantamos más que los hombres. O sea, la mentalidad de nosotras es más fuerte, porque nosotras nos podemos ver en mala y nosotras salimos más a flote que los hombres. Cuando nosotras estamos sin trabajo aguantamos lo que tengamos que aguantar y buscamos otras fuentes más rápido que ustedes." (GF-LC)

"Lo que pasa es que nosotras las mujeres tenemos la capacidad de hacer muchas cosas a la vez, los hombres no. Ellos no tienen ese cerebro que nosotras tenemos, que nosotras somos como un pulpo para todo, con muchas mano. Ellos cuando se enfocan en una sola cosa y cuando les toca enfocarse en otra, ya se perdieron." (GF-VCM)

"Las mujeres que están así es porque tienen más compromiso que el hombre. El hombre puede estar en la casa y no está trabajando, se va a una esquina y se pone a pensar. El hombre no tiene más diálogo con la persona, se encierra más. La mujer no, la mujer ocupa su mente." (GF-PAD)

Algunos participantes indican que son los hombres los más afectados debido a los roles de género, el bajo autocontrol, conductas relacionadas con el consumo de sustancias, la baja autoestima:

"Ese problema se nota más en los hombres porque somos muy machistas y creemos que podemos hacer las cosas por la fuerza de autoridad que tenemos. Pero no es así, la mujer siempre tenemos que ayudarla y no hacerle la guerra." (GF-EN)

"Yo opino que el hombre es más rebelde que la mujer. La mujer se controla más que el hombre. (GF-EN)

"Los trastornos mentales son más frecuentes en el hombre porque usa más vicios que la mujer. (GF-EN)

"Así mismo, los hombres más que las mujeres, sobre todo en el tema del consumo. Y eso yo creo que más en hombres que mujeres. (GF-VCM)

"Los hombres, no por los vicios sino que también por los pensamientos como ya le digo, y eso así la falta de autoestima. (GF-AD-RU)

"Los hombres, porque como que son más escandalosos." (GF-EN)

Las razones por las que las mujeres están más afectadas por los trastornos MNS incluyen la doble carga de trabajo, la intensidad del trabajo en el hogar, el abandono de la pareja, incluyendo cuando está embarazada, la ausencia de sus familiares y problemas financieros. También indicaron la tendencia de las mujeres a deprimirse con mayor frecuencia que los hombres.

"Sí, puede ser que la mujer, porque tiene mucho más compromiso que el hombre. La mujer está en la casa y es todo en la casa prácticamente. La mujer carga más compromiso en la cabeza que uno que es hombre. El hombre sale, sí sabe que tiene que hacerse responsable de la casa y el hombre sale a trabajar, pero la mujer se queda el día entero con los niños en la casa, la mujer lava, cocina, hace de todo, y creo que es difícil." (GF-PAD)

"Muchas veces las mujeres hacemos todo lo que tiene que ver con el hogar y también tenemos que hacer un trabajo." (GF-PAD)

"A veces sucede en las mujeres los trastornos mentales no solamente por los hombres que la dejaron y tal cosa, porque las mujeres sufren mucha depresión y sea que no tienen familiares. Cuando les pasa esto, problemas económicos y así, no solamente tiene que ver con lo que vaya en el entorno. (GF-AD-RU)

"También hay mujeres que cuando el esposo las deja con una barriga o con el muchachito, y se quieren volver locas. Porque dicen '¿cómo yo voy hacer para ayudarme con el bebé?...' Y eso también es un problema. Y si tienen que agarrar éste y otro también en la barriga, se ponen a pensar… '¿cómo me hago?' Y les da depresión." (GF-AD-RU)

"No hay una cosa más peligrosa que una mujer recién parida, eso es lo más peligroso. La mujer recién parida porque cualquiera cosa, por cualquiera pequeña cosa, fácilmente termina con muchos problemas mentales." (GF-PAD)

"Yo creo que la mujer sufre más porque a veces uno hace cualquier cosita y se acuesta y uno ronca y duerme; y la mujer tú la ves con los ojos abiertos, maquinando y pensando. Entonces, las mujeres son las que sufren más y se enferman más. " (GF-LC)

"Yo pienso que, en realida,d en las mujeres podría haber más trastorno que en los hombres, porque las mujeres tienden más a caer en depresión." (GF-AD-UR)

También establecen diferencias entre las mujeres según tipo de trastorno. Por ejemplo, en cuanto al consumo de sustancias consideran que las amas de casa no las conocen y, por lo tanto, no las consumen.

"Las mujeres que consumen sustancias es porque ya han vivido otra vida, y son muy pocas las que verdaderamente no conocen las sustancias. Porque hay muchas mujeres, la mayoría de las mujeres, todas trabajan en otra institución. Pero las que trabajan en su casa, en un 99% no las conocen." (GF-PAD)

Otros indican que no se registran diferencias en la presencia de trastornos MNS entre hombres y mujeres, aludiendo a razones de igualdad – que ningún sexo es superior a otro-, porque participan en el ámbito público en igualdad de condiciones, así como similares patrones de consumo de alcohol y drogas en ambos sexos.

"Estamos viviendo que nosotros siempre nos creemos superiores a las damas y así igualdad. Es igual, se enferman igual las mujeres que los hombres." (GF-LC)

"Para mi está a la par porque este mundo está lleno de mujeres y hombres y de gente con adicción y demencia." (GF-EN)

"Yo opino que eso es un partido casi igual. (GF-EN)

"Puede haber tanto hombres como mujeres." (GF-MPNNA)

"Yo diría que hay partes como quien dice iguales. Porque hay mujeres que están en la calle que están en las drogas y alcohol, y los hombres también. Yo diría que es 50/50." (GF-AD-UR)

Se presentaron observaciones sobre los límites de la asumida capacidad de resistencia superior de las mujeres.

"En los dos como quien dice, porque nosotras aguantamos… y todo hasta un momento." (GF-AD-UR)

Otros cuestionan las presunciones sobre la mayor cantidad de mujeres afectadas por trastornos MNS sustentadas en las potenciales diferencias según el contexto geográfico.

"Yo he visto más locas que locos. Aquí hay más mujeres locas que hombres." (GF-MPNNA)

"Pero quizás en otra ciudad hay más locos que locas." (GF-MPNNA)

Otras personas atribuyen la existencia de determinados trastornos, como la depresión, a las capacidades personales y al acceso a la atención profesional, y no al sexo del individuo.

"Quizás yo en mi caso sufrí una vez que perdí a mi amiga. Yo estaba mal de la cabeza pero mi mamá me ayudó a obtener atención psicológica, y yo lo supere. O sea que si hubiera sido otra persona no pone atención a lo que la psicóloga me decía… ya y pierden. Pero eso depende de la persona y de cómo la persona quiera reaccionar ante eso." (GF-AD-RU)

O bien se asocia a déficits o capacidades cognitivas de las personas.

"Porque hay personas que tienen la mente muy chiquita, y nadie piensa igual tampoco. Hay personas que se les va la mente." (GF-AD-RU)

Opiniones sobre los trastornos MNS

Trastornos del desarrollo, mentales y conductuales del niño y el adolescente

Identificaron trastornos del desarrollo en lactantes, niñas y niños pequeños y mediana infancia, tales como retraso en la lectoescritura y del habla, crecimiento insuficiente y Síndrome de Down, así como manifestaciones de trastornos conductuales como la hiperactividad.

"Yo he escuchado de niños que tienen problemas de aprendizaje, no solamente académicamente hablando, sino hasta para hablar, para escribir. Tienen problemas en sus muñecas, tienen problemas en el habla y les dan terapias para eso. (GF-VCM)

"Yo tengo un sobrino que tiene problemas para hablar, él no habla bien. Ya está un chin (poco) que habla un chin, por ejemplo -agua abuelo-, es lo que más dice. Pero cuando él quería algo era agresivo porque como no podía hablar..." (GF-VCM)

"Cuando los niños sufren de Síndrome de Down. Cuando son especiales." (GF-AD-RU)

"Los niños con trastornos de crecimiento y mentales que no se desarrollan al 100% y tienen problemas de aprendizaje." (GF-AD-UR)

"Yo he visto que hay niños que tienen trastornos de aprendizaje, es decir tienen la enfermedad que es el trastorno mental." (MPNNA)

"He escuchado que tienen problemas para desarrollarse, tanto en el crecimiento como en el aprendizaje. Van quedando hasta que tienen que llevarse a un tratamiento médico." (GF-DIS)

"Tienen la mente en blanco." (MPNNA)

"Puede ser que sea del aprendizaje, puede ser que sea hiperactivo." (MPNNA)

"Un niño que no haya podido formar aprendizaje debido a una conducta síquica, es más o menos un niño de poca alimentación y retardo mental." (GF-EN)

"Porque hay niños así, que ellos asimilan más una cosa que otra." (MPNNA)

"Como un niño que yo conozco, él tiene problemas psiquiátricos, pero también tiene ese problema, que no retiene nada en la mente. Es como que si usted le dijera algo y cayera al vacío en su mente." (MPNNA)

"Porque hay niños que se desarrollan en una cosa y en otra no." (MPNNA)

"Hace una vida normal pero ella no capta bien las cosas. Tú le dices haz esto y ella hace su vida normal, pero ella no capta bien las cosas." (MPNNA)

"Mi hijo, él no tiene problemas de aprendizaje, él lo que es hiperactivo, o sea él es muy inquieto. A veces tú lo llamas y él puede estar al lado de ti, yo lo voceo y se queda como que yo no lo estoy llamando. Ese es el problema de mi hijo, pero él aprende muy bien, todo lo retiene, no se le olvida absolutamente nada. Puede pasar el tiempo y como quiera que sea él recuerda normal." (MPNNA)

Entre las causas de los trastornos indican el bajo peso al nacer y la malnutrición. La inadecuada atención de madres y padres se identifica como causa, pero también como una respuesta de las familias frente a las necesidades de las y los niños con trastornos del desarrollo, conductuales o emocionales, debido a la inadecuada identificación de manifestaciones de estos trastornos en la familia. También refieren la ausencia de búsqueda de la asistencia psicológica y médica requerida, y de una intervención temprana.

"A veces cuando nacen bajos de peso, cuando no tienen una alimentación correcta y depende del tipo de enfermedad con la que nacen." (GF-AD-RU)

"Lo que pasa es que los niños ahora, como estamos en días de tanto desarrollo, y los padres no les dan tanta atención como antes. Los niños se quedan ahí y todos los problemas los guardan ellos y por eso hasta se suicidan." (GF-DIS)

"A esos niños los papás los tienen en escuelas. Las familias deben ponerles quizás más atención." (GF-EN)

"De todos los trastornos siempre hay una prevención para cada uno de ellos. Lo que pasa es que en muchos casos hay padres que por ejemplo el autismo, hay padres que no entienden o no quieren entender que su niño tiene un problema. Entonces cuando les dicen mira tenemos que llevarlo, lo mandan a un profesional y ellos no quieren porque dicen mi hijo no está loco. Hay que evaluarlo para ayudarlo y si los dejan que los ayuden, entonces no van a llegar a ciertas cosas que ellos hacen, que se maltratan y hacen muchísimas cosas." (GF-LC)

"Lo que pasa es que hay padres y madres que se lo quieren dejar todo a los profesores, pero el padre y la madre pueden ayudar a los niños en la casa." (GF-EN)

Algunos refieren las limitadas habilidades de padres y madres para identificar manifestaciones comunes de los trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente, e indican la necesidad de acortar la brecha entre los primeros indicios y el diagnóstico.

"En la conducta tiene que haber una pre-evaluación porque en la casa nosotros tenemos que ir siempre manejando la conducta de nuestros hijos, ver cómo actúan, lo que hacen, porque a veces cuando un niño trae una conducta diferente, es notable. A veces nos dicen las profesoras que lo lleven al psicólogo y no lo llevamos porque pensamos que es loco, que dicen… 'Ah no mi hijo no está loco, yo no lo voy a llevar a psicólogo'. Pero si manejamos esa pre-evaluación en nuestro hogar, nos damos cuenta a tiempo cual es la conducta o el problema que traen nuestros hijos, porque hay niños que nacen con problemas que son especiales. Esos niños que vienen con problemas especiales, a veces las madres no quieren admitir que lo son y dicen… 'Mi hijo no, mi hijo no', hasta que al final vienen a darse cuenta cuando ya el niño está actuando de una manera muy anormal. Pero si desde antes lo llevamos a donde debemos, nos damos cuenta y podemos manejarlo con un especialista y unos medicamentos porque le ponen un tratamiento a esos niños dependiendo de la conducta que tiene." (GF-LC)

"Es factible tomar la conducta de nuestros hijos. Por la sencilla razón de que el niño te dice de una vez, él te da síntomas. Como tú no eres médico, lo llevas a una manos profesional y entender más o menos lo que le está sucediendo al niño. Porque el niño más o menos te dice de una vez, lo que pasa es que no nos damos cuenta." (GF-LC)

Algunos consideran que hay niños que intencionalmente seleccionan manifestaciones específicas de algunos trastornos, según su propia conveniencia.

"Cuando llamaron para la reunión fue mi madre que cogió el teléfono y le dijeron que dizque mi hijo tiene problemas de aprendizaje. Digo yo que él tiene problemas de aprendizaje para lo que le conviene. (MPNNA)

"Dizque que él tiene problemas de aprendizaje, porque él se acuerda muy bien de todo lo que él hace y lo que dice. (MPNNA)

Trastornos MNS en adolescentes

Entre las manifestaciones de trastornos mentales y conductuales de las y los adolescentes fueron mencionados problemas de estado de ánimo, comportamiento confrontativo y alteraciones en el funcionamiento. Los trastornos emocionales en esta etapa son percibidos como un factor asociado al suicido de adolescentes.

> *"Por decisión de los padres, queremos tomar decisiones que nos llevan por mal camino. Pero eso a mí no me afecta porque, por ejemplo, mi mamá me dice… no hagas esto. Yo le digo ok, me pongo unos audífonos y adiós." (GF-AD-UR)*

> *"En la etapa de la adolescencia en ese, como paso de la adolescencia a la adultez, hay muchos trastornos en el comportamiento, en la conducta. Una etapa en que se van de la mano esas emociones y por eso vemos que muchos adolescentes de 12 y 13 años se están quitando la vida." (GF-DIS)*

> *"Ya él tiene 16 años, incluso ya él hasta dejó la escuela, él hace los oficios de la casa. Pero él tiene un problema que yo lo llevo al psicólogo, tengo muchos años llevándolo. Él tiene un día que amanece bien un tiempo y otro tiempo que amanece mal, y a veces se pone de tal manera que ni de mi quiere saber. A él le hicieron estudios de todo, y no le encontraron nada." (MPNNA)*

Intento de suicidio/autolesión

El suicidio se asocia con ideas como la falta de comunicación sobre los problemas que les afectan, el aislamiento, la presión de personas que les rodean, la falta de atención por parte de otras personas, tener baja autoestima y por problemas de pareja. En el caso de las ideas suicidas entre las y los jóvenes se considera que éstas se asocian a situaciones de poca importancia tales como las restricciones que imponen madres y padres o problemas familiares.

> *"Hay personas que por quedarse calladas para que la otra persona no se dé cuenta lo que les está pasando, se quedan mudos y ese es el peor enemigo de la gente. Es mejor usted expresarse con cualquiera persona en su entorno que quizás esa persona te va a buscar la solución y quizás tu pensabas 'me voy a quitar la vida, tengo tantos problemas, me están molestando mucho'. No hace días vi en la noticia un policía que tiene un niño, que tiene problemas del hígado y según dice la familia, que la mujer lo presionó demasiado. No te puedo decir que tan cierto es porque eso fue lo que yo vi, y él lo que hizo fue que terminó quitándose la vida." (GF-PAD)*

> *"Las personas que han llegado a un esmero ya de querer quitarse la vida, eso es mucha falta de atención, y tienen que llevarlo a un psicólogo. Hay que estar pendiente a esa persona porque aparte de que se puede quitar la vida por trastorno de eso, tienen muy baja autoestima." (GF-PAD)*

> *"El papá de mis dos hijas mayores, él era una persona muy inteligente, hacia negocios y le iba excelente. Pero él cometió un grave error, él sus problemas él no se los contaba a nadie, él era muy encerrado. Él tuvo problemas con la mujer que él tenía, no sé, hay muchas versiones que decían pero en realidad nadie sabe qué fue lo que le pasó. Y un día, a las 2 de la mañana, agarró su pistola y se quitó la vida. Entonces eso es muy grave porque, yo digo que cualquier problemita que yo tengo yo busco una persona y le cuento, me desahogo, porque cuando uno se encierra, uno cree que su problema es más grande que el mundo entero y no es así. Cuando uno lo expresa la cosa cambia, porque la otra persona te da consejo y te pueden dar palabras de aliento, de sacarte de esa laguna que tú te estás ahogando, de sacarte de ahí y ponerte en la tierra." (GF-PAD)*

"Porque es buscando una ayuda, un refuerzo para que tú cuando tengas tu pensamiento en matarte, en no quererte bañar, en acostarte, nada más viviendo durmiendo trancada. Ya esas son presiones que te están diciendo que tú no estás bien, que tú tienes que buscar ayuda." (GF-PAD)

"Y en el suicidio, como está pasando ahora con muchos jóvenes, es que a veces su mamá le dice que no salga o algo, y ya por eso se quieren matar o con cualquier problema entre familia." (GF-AD-UR)

Depresión

Las y los participantes asocian la depresión con problemas que enfrentan las personas, las enfermedades de transmisión sexual, baja autoestima, duelo y abandono por parte de la pareja.

"Yo voy a hablar por mí. Cuando tengo muchos problemas, muy fuertes, a mí me da depresión. Yo digo que depresión es, a mí no me da deseo de hablar con nadie, todo me molesta, a veces no me da ni deseo de bañarme, me tiro a la cama y ni me baño, y me quedo ahí acostada. Lo que quiero es dormir, dormir y dormir, que nadie me diga nada." (GF-MPNNA)

"Mis dos hijas estaban pasando por un problema y yo fui y hablé con la psicóloga y le hice una cita y no quisieron ir, porque ellas creen que cuando la persona va a una cita con un psicólogo es que está loco y no es así." (GF-PAD)

"Yo viví de cerca un caso de depresión con el padre de mis hijos, mi primer esposo. Él era una persona muy infiel, él y yo duramos alrededor de 20 años de matrimonio y él adquirió una enfermedad en la calle en el lugar que el trabajada en Bávaro. Cuando él empezó, es un derivado del papiloma en las amígdalas, se le inflaron tanto que no le pasaba ni agua, ni arroz, no le pasaba absolutamente nada. Yo no sabía nada, yo estando en la capital y él en Bávaro. Yo nunca me imaginé que él estaba en esa condición, tampoco sabía lo que él hacía allá. El hecho es que yo tuve que llevarlo al psiquiatra. El tenía una depresión tan pero tan grande que ya él no le daba un abrazo a los niños porque sentía que él iba a transmitirle la enfermedad a los niños. Ya él se paraba en el espejo y ya no se veía, él veía otra cosa. El hecho es que se deprimió tanto que lo llevó a un estado que para los que lo conocen dicen cómo fue que el rebajaba una libra por día, porque no comía, no bebía, no quería hacer nada. Puedo decir que la depresión acaba con las personas, es peor que la misma droga." (GF-VCM)

"Depresión, que a veces es causada por la baja autoestima." (GF-AD-UR)

"Puede ser la depresión por la pérdida de un ser querido cerca de ti." (GF-AD-UR)

"Depresión, cuando por ejemplo un hombre deja a una mujer, que la mujer no encuentra qué hacer, se pone así depresiva." (GF-AD-UR)

También fue mencionada la concurrencia de la depresión con situaciones de violencia y otros trastornos como la ansiedad e intento suicida.

"Mi hijo está presentando mucha violencia, aparte de que mucha depresión. Yo he pasado por la depresión, ansiedad también." (GF-PAD)

"En la depresión, cuando a mí me dicen que yo veo una gente que está en depresión yo trato de estar lo más cerca que pueda de él, porque usted sabe que una persona con depresión tiene varios tipos de cambio en la conducta, pero hay una conducta que cuando llega ese aislamiento que se siente solo. Hay veces que yo digo… 'y

fulano, ¿salió solo para tal sitio?' Yo salgo a buscarlo, porque es que puede atentar contra su propia vida, y si no tiene una persona ahí que le esté hablando, que le diga que esas son situaciones que uno pasa por diferentes etapas de la vida. Lo digo por una persona cercana, que si no hubiéramos estado ahí se suicida y fue por el apoyo que nosotros le dimos." (GF-LC)

Epilepsia

Se mencionó la epilepsia alcohólica como resultado del consumo crónico y procesos cerebrales indefinidos. Consideraron que el tratamiento y estilos de vida adecuados pueden ayudar a que las personas afectadas desarrollen su vida normalmente.

"La epilepsia es porque hay personas que al tomar mucho alcohol entonces, cuando se sobrepasan del alcohol, les da un ataque de epilepsia." (GF-AD-RU)

"Se le come como una cosa del cerebro y ahí empieza a convulsionar, la epilepsia. (GF-AD-RU)

"Hay muchos que no tienen cura. Pero sí tienen tratamiento problemas tales como la gota (epilepsia), que yo he escuchado no tiene cura, sí tiene tratamiento. Si tú llevas un tratamiento adecuado y sigues todas las reglas, usted puede llevar una vida normal." (GF-PAD)

Otros trastornos MNS

La esquizofrenia se asocia con la pérdida de facultades.

"Es cuando la persona que no tiene sus facultades, es decir una persona que esta loco." (GF-EN)

La demencia la definen como una condición propia de adultos mayores, caracterizada por pérdida de capacidades cognitivas.

"Son personas ya avanzadas que tienen mucha edad. A los adultos mayores que se les olvidan las cosas, se les borra la memoria y recuerdan muy poca cosa." (GF-AD-UR)

El autismo es considerado como una condición manejable con tratamiento.

"Si el autismo es tratado con tiempo y se lleva un régimen de atención, una persona puede llevar su vida normal." (GF-PAD)

Cabe destacar que actualmente no existen medicamentos que puedan curar los Trastornos del Espectro Autista ni tratar los síntomas principales. Sin embargo, existen medicamentos que pueden ayudar a algunas personas que tienen un TEA a funcionar mejor.[167]

La psicosis se asocia con creencias falsas que se sostienen en el tiempo, aun cuando no existen pruebas de los hechos a los que aluden las personas afectadas.

"El trastorno de la psicosis que ahora mismo está padeciendo mi esposo. Yo tuve que tratar antes con su papá, que él por tiempo le daba con llevarme dizque pruebas de que la esposa le estaba pegando los cuernos. Entonces yo le hablaba y le decía que no es la forma que usted lo ve en su cabeza, no es así. Yo le hablaba suave y le decía… 'Esa señora sale a trabajar para traer el pan a la casa porque ya usted no puede trabajar'. Entonces ya él se iba un poco más tranquilo, bajaba la nota que él tenía y se iba a la casa pero luego volvía y decía… 'Ahora sí es verdad que le traje

167 CDC. TEA- Tratamiento. USA. junio de 2016. https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/treatment.html

la prueba para que usted vea que esa mujer me pega los cuernos'. Ahora lo estoy viviendo porque mi esposo me anda desacreditando por ahí, diciendo que yo esto, que le robo, hasta inclusive me puso en la corte que yo lo estaba envenenando con la pastilla que le daba." (GF-VCM)

Algunos perciben a las personas con trastornos MNS que "no se curan" como un obstáculo, como causa de complicaciones y dificultades en la familia así como de violencia en las comunidades y las familias.

"Yo creo que esas personas son a veces un obstáculo de la sociedad, siempre y cuando no se curen. Porque hay quienes siguen en ese camino y no se desarrollan mediante medicina, formación o mediante ejercicio psicológico." (GF-EN)

"Es bien difícil tratar con una persona con psicosis. Es deprimente para la familia porque yo tengo mis hijos, dicen que su papá está bueno, que él lo que es un sinvergüenza, que él es un malo. Es bien complicado para la familia."(GF-VCM)

"Mi nieta está reflejando violencia ahora mismo, porque la mamá la maltrata mucho y ella ve mucha violencia. En el frente vive una vecina que se vive matando con el marido y los gritos y ella se pone como nerviosa y se pone a gritar y sale huyendo… Abuela, abuela corre, corre que están peleando y eso le está haciendo daño porque está adquiriendo violencia." (GF-VCM)

Factores asociados a los trastornos MNS y patrones de utilización de servicios

Determinantes sociales, ambientales y económicos

Entre éstos fueron identificados problemas económicos asociados a quiebra de negocios, falta de empleo y deudas.

"Puede ser la economía, usted sabe que hay personas que cuando se ven acorraladas por problemas económicos se agobian." (GF-DIS)

"La situación económica. Él invirtió donde no lo tenía que invertir y después él lo que pensaba era que había jugado con el patrimonio de su familia, que la universidad, que la comida. Quebró todos los negocios y se aisló totalmente que teníamos que estar todos pendientes a donde quiera que él iba, porque lo llevamos al médico y el mismo dijo que tienen que estar muy cerca de él. Él iba a atentar contra su propia vida." (GF-LC)

"La falta de trabajo hace que las personas tengan depresión. Porque si una persona está sentada la mañana entera, se pone a pensar y lo que hace es caer en depresión." (GF-PAD)

"A veces la necesidad puede ser por la necesidad, los problemas, todo eso lo causa." (MPNNA)

"Las deudas." (GF-MPNNA)

"Hay gente que se han matado por deudas." (GF-MPNNA)

También consideraron la falta de educación y desventajas sociales.

"La falta de orientación y educación al papá y de una parte a la población. Eso crea mucho muchos problemas." (GF-PAD)

Determinantes individuales y relacionados con la familia

Entre los determinantes individuales señalaron déficits cognitivos, alimentación inadecuada y el consumo de sustancias.

> *"Esas son personas que tienen la mente muy corta y se dejan contaminar de cualquier cosa. Porque cuando usted pone su mente positiva todo bien le sale." (GF-EN)*

> *"También, la mala alimentación." (GF-EN)*

> *"Esa gente vienen de nacimiento, muchas veces ya sea por el uso indebido de drogas y alcohol". (GF-EN)*

> *"Al tomar mucho alcohol, se sobrepasan del alcohol". (GF-AD-RU)*

Igualmente, asocian los trastornos MNS a la exposición a la agresión, violencia y trauma en los ámbitos de la familia, las relaciones interpersonales y la comunidad.

> *"El incesto, de los muchachos hijos de padre e hija y primos hermanos." (GF-EN)*

> *"Puede ser heredado, por el maltrato, la violencia en general, no tiene que ser el hombre." (GF-MPNNA)*

> *"Puede ser generado por algo que le haya ocurrido que lo haya marcado, por un trauma, algún problema que haya tenido con un familiar. Algo que su madre le haya dicho hasta una frase que lo haya marcado, algo que le haya ocurrido en la escuela, por ejemplo con este asunto del bullying muchos niños se quedan callados. Hay problemas de bullying que le están afectando y no se lo dicen a sus padres ni se lo dicen a nadie; y caen en una depresión producto de esto. (GF-DIS)*

> *"Los trastornos mentales vienen por la depresión, por el abuso verbal, el afán del día a día (GF-DIS)*

> *"En el entorno hay mucha violencia con los niños. Pero también yo estoy mirando a mi hijo noto que tiene violencia y muchos vecinos lo que hacen que lo apoyan o lo maltratan." (GF-PAD)*

> *"Muchas veces los padres no ven eso (la violencia en los niños) como trastorno. Lo ven dizque… 'no, mi hijo es guapo, ese no se deja dar de nadie' y el muchachito agrediendo al otro sin hacerle nada. Es que el niño tiene problemas, es agresivo. "(GF-PAD)*

De igual forma, los atribuyen a complicaciones perinatales, conductas riesgosas de la madre durante el embarazo y factores hereditarios.

> *"En el acto de su formación, en el embarazo." (GF-EN)*

> *"Esos trastornos para mí también es la formación y el parentesco en la pareja. Puede ser que sea que al ser así, nazca diferente. (GF-EN)*

> *"De nacimiento, de la forma en que la madre está ejerciendo su vida diaria, viene el trastorno de los niños porque hay mucho descuido de madres." (GF-EN)*

> *"Hay niños que nacen con trastornos y problemas sicológicos, yo pienso que eso es debido al mal desarrollo del embarazo." (GF-AD-UR)*

> *"Las causas pueden ser varias. Puede venir de antepasada lo que es la depresión, también puede venir de la niñez, de una tristeza profunda que la persona desarrolla ya cuando es adulto. (GF-DIS)*

> *"La gota (epilepsia) viene por sustancias. Muchas veces la mujer trabaja en un sitio,*

está embarazada, tiene que beber, fumar, consumir drogas, entonces el niño lo que hace es que se va deformando. Ya las neuronas no son lo mismo, porque ya tiene sustancias. El niño ya la sangre no está igual como una persona normal. Por eso es que muchas personas salen deformes. Muchas veces la madre también no saben que ellas necesitan una inyección, porque muchas veces salen los niños gordos, y no pueden ser normales porque tienen algo en su sangre." (GF-PAD)

"Muchas veces es hereditario. Que un abuelo, un tío murió porque tenía Alzheimer, porque estaba loco. En mi familia hay como tres locos… yo me cuido por eso." (GF-PAD)

Asimismo, identifican los problemas familiares y de pareja, el trato inadecuado y la negligencia como factores asociados a los trastornos mentales y conductuales en niños y niñas.

"Por la falta de orientación, por no estar siempre pendientes de ellos." (GF-LC)

"Por el mal cuidado." (GF-AD-UR)

"Falta de atención a los niños." (GF-AD-UR)

"Hay personas que si su marido tiene otra mujer también. Yo, por ejemplo, nada más cojo depresión por mis hijos. Cuando mi hijo está en la calle y yo veo que llega equis hora y él no ha llegado, yo me pongo casi loca. Yo oigo que me llamaron, que me vocearon el nombre de él. Por mis hijos nada más yo cojo depresión o por mi mamá si tiene un problema." (GF-MPNNA)

"Depende el trato que le den en la casa. Según el trato de los niños así ellos van generando en su mente." (GF-AD-UR)

"Hay personas que en lugar de decirle a nuestros hijos: 'tú si estás lindo, tú estás hermoso', le decimos '¡Mira muchacho del diablo! Sal para afuera que me tienes harta, yo estoy cansada', o estoy lavando, yo estoy esto, yo estoy lo otro. El niño se le pega a veces… 'mami, yo quiero esto… tú no oyes, déjame tranquila' y le dan pa pa pa."(GF-PAD)

"El niño cree en su entorno que la persona que más lo quiere es papá y mamá. Cuando papá y mamá le dan ese trato, el niño dice: nadie me quiere y ahí empiezan los problemas." (GF-PAD)

"Mayormente son los trastornos por abandono, por falta de atención y muchas veces la falta de atención de nuestros hijos. Es por culpa de nosotros mismos, porque nos enfocamos en trabajar y no estar nunca pendiente a ellos." (GF-PAD)

"Es que ahora mismo los padres no tienen tiempo para los muchachos." (GF-PAD)

La ausencia de vigilancia colectiva y la ayuda hacia las y los jóvenes por parte de la comunidad se consideran un factor de riesgo.

"Hay que trabajar fuerte con la familia porque en los tiempos que a mí me criaron había un respeto muy grande y se ha ido perdiendo ese respeto. A veces uno ve un joven en la calle y quiere aconsejarlo pero entonces tiene miedo con el papá o la mamá crean que uno lo está automáticamente calumniando. A veces uno tiene hasta miedo de ayudarle." (GF-LC)

Los problemas en las relaciones de pareja son considerados como un determinante de la depresión en las mujeres, al igual que factores como el fracaso en el logro de aspiraciones de vida, pérdidas personales y el aislamiento lo son de la depresión en la población general.

"Hay muchos casos que han pasado en las mujeres que están sufriendo con su esposo y sufriendo calladas y eso las ha llevado a una depresión tan grande, a tener problemas mentales. (GF-LC)

También personas que esperan más de lo que pueden recibir de la vida, entonces cuando se ven que no pueden lograr lo que quieren, se deprimen." (GF-DIS)

"Puede ser por la depresión. Porque hay personas que dicen no, debes olvidar eso porque ya esa persona murió, a veces no es tan fácil decir no, esa persona murió, tienen que olvidar. Un ser querido que uno lo quiso mucho, eso no se puede olvidar así." (GF-AD-UR)

"La falta de comunicación, porque nosotros nos damos cuenta cuando nos comunicamos con esa persona depresiva cuál es su nivel de depresión. Porque la ayuda a una persona depresiva influye mucho, porque puede cambiar de idea." (GF-LC)

También algunos trastornos MNS se consideran resultado de conductas inaceptables socialmente, como el caso de madres adolescentes.

"Porque hay muchas jóvenes que salen embarazadas y viven la vida del sinvergüenza. Que si una amiga le dice, 'ah fulana vamos para una piscina', 'ah vámono's; y el embarazo se les olvida y no se dan cuidado. Y por eso el niño le sale con problemas, por hacer cosas que no deben hacer." (GF-AD-UR)

Patrones de búsqueda de ayuda

Personas que normalmente toman la decisión de buscar atención

Según las y los participantes, son los miembros de la familia, la pareja (esposa, esposo), la madres, el papá, las y los hermanos de las personas con trastornos MNS, las que deciden buscar asistencia o apoyo.

"La madre lo lleva y muchas veces si tiene un hermano o hermana. Hay uno de ellos que se encarga de eso." (GF-PAD)

"La mamá, el papá, algún doliente que tenga." (GF-MPNNA)

"Si son pareja, la otra pareja la motiva… vamos a esto y así sucesivamente. Entre la familia se apoyan unos con otros." (GF-LC)

"Yo diría que sus hijos. Los hijos cuando ven la conducta de su madre se apuran y dicen 'déjame buscar ayuda'." (GF-LC)

Si embargo, la toma de decisión puede estar mediada por diferencias en las perspectivas sobre el problema, que tengan distintos miembros de la familia o en la pareja.

"Yo tengo un dilema ahora porque yo soy la esposa pero la familia dicen que él está bueno. Por eso mañana tengo que ir a corte, a ver como este hombre admite que él está enfermo y que se trate." (GF-VCM)

Asimismo, puede ser un vecino o una persona cercana.

"A veces hay personas que no tienen el cuidado entre la familia. Puede ser un vecino o una persona cercana." (GF-AD-UR)

También indicaron que en algunas ocasiones médicos y psicólogos toman esta decisión.

Servicios y personas adonde buscan o son llevados para atención y/o apoyo

Generalmente acuden a servicios de salud públicos y privados. Sin embargo, la selección del tipo de servicios a utilizar depende de distintos factores, incluyendo la disponibilidad de servicios públicos en el área de residencia y la disponibilidad de recursos financieros.

> *"Se busca público, pero casi nunca hay público, así que se van a un privado." (GF-DIS)*
>
> *"Depende. Si es un familiar que lo lleva y tiene posibilidad, lo lleva a una clínica privada donde pueda haber un psicólogo. Si es una persona que no tiene recursos, lo lleva a un hospital público." (GF-AD-UR)*
>
> *"Dependiendo la condición económica de la familia." (GF-DIS)*
>
> *También indicaron que, en los casos de personas afectadas por consumo de sustancias, asisten a Hogares Crea.*
>
> *"Ese es el apoyo de los que tienen abuso de sustancias, Hogares Crea. Lo que es psiquiátrico, hay muchos que dependen de sus recursos." (GF-MPNNA)*

La decisión puede estar basada en la opinión de otras personas sobre el tipo de atención requerida.

> *"A veces uno conoce personas que tienen problemas y uno busca opiniones con otras personas. Recomiéndame un psicólogo o recomienda una persona que tú entiendas que puedo llevarla independientemente si pertenece o no a una clínica privada o pública." (GF-LC)*

Otros acuden a curanderos o brujos, ya sea porque generalmente es la primera opción que consideran cuando tiene un familiar o persona cercana con trastornos MNS, y también porque es visto como análogo a un proveedor de servicios de salud del nivel primario.

> *"Yo conozco personas que antes de ir a un médico van donde 50 mil curanderos o brujos. Hasta el extremo que a veces la persona se le muere o llega a un estado crítico." (GF-PAD)*
>
> *"Un número muy amplio a donde primero van es al curandero. El curandero es como la partera de antes en el campo." (GF-EN)*
>
> *"Hay personas que lo primero que van es a centros de hechicería." (GF-EN)*

Algunos consideran que está práctica tiende a reducir los recursos económicos de los que disponen las familias para atender a la personas afectadas y al deterioro del trastorno.

> *"Donde los curanderos y cuando entonces ya terminan con todos los pocos recursos que tenían, entonces deciden ir al médico. Y la sencillez que tenían en ese tiempo había solución pero ya el caso se agrandó tanto que lo poco que les queda no da para poder subsidiar el tratamiento." (GF-PAD)*

Las razones por las que las personas acuden a curanderos o brujos son diversas e incluyen el tenerle fe, porque creen en cosas satánicas, porque no creen en Dios, por factores culturales, por deficiencias de la atención médica, por falta de información y por "efectividad" del servicio que ofrecen.

> *"Porque piensan que es una brujería que le han echado."(GF-DIS)*

"Porque el curandero se preocupa por acercarse y dar un servicio más personalizado a sus pacientes." (GF-DIS)

"Para mi es por la credibilidad que esa persona tiene. Creen más en ese personaje que en un médico."(GF-PAD)

"Todo es por fe. A veces tú tienes un problema y vas a la iglesia y tú tienes fe en Dios y dices que Dios ese problema lo va a solucionar. Cuando tú sales de la iglesia, sales más aliviado porque tú tienes fe en Dios. Es lo mismo cuando vas a un brujo, lo mismito."(GF-MPNNA)

"Porque ellos van al médico y no le hallan nada." (GF-AD-RU)

"Por la falta de información o desconocimiento, unos lo tildan como ignorancia." (GF-LC)

"Muchas personas van donde un brujo porque también ellos en verdad hacen lo suyo. Por ahí hay una muchacha en mi familia que tenía ese problema y a ella la llevaron a hospitales y hospitales, y nada. Duró un mes interna y lo que se ponía peor y cuando ella la trajeron a la casa, la llevaron a un curandero y en quince días ella hay que verla como ella anda. Porque era cosa de brujería." (GF-AD-RU)

Razones por las que algunas personas/familias con trastornos MNS no buscan ayuda en los servicios de salud y/u otros servicios

Entre los motivos por los que no se busca ayuda en servicios de salud u otros se incluyen los prejuicios sobre la atención psicológica y los trastornos MNS, la vergüenza y el miedo al estigma social.

"Porque dicen yo no estoy loco. Los psicólogos son para tratar los locos y los psiquiatras." (GF-EN)

"La mayoría no va en busca de esos servicios porque tienen vergüenza. No voy a ir ahí porque en la comunidad van a pensar que yo estoy loco. Pero tampoco el hermano ni el amigo ni nadie le dice: 'ven vamos, que yo voy contigo'. Lo que dicen es 'yo voy a dejar a fulano tranquilo con su vaina porque si él dice que no está loco'..." (GF-LC)

"Porque a algunas personas les da como vergüenza tener como familia así, con ese problema. Yo he visto también personas que no las sacan para que nadie las vea porque les da vergüenza." (GF-AD-RU)

"Yo diría que por vergüenza." (GF-VCM)

"Hay muchos que creen que ir al psicólogo es porque es loco y no es así." (GF-EN)

"Yo para que no me digan nada en el barrio, que me marquen con un sobrenombre. Mejor no busco la ayuda." (GF-EN)

Asimismo, identifican entre las causas, las deficiencias en la calidad de los servicios, incluyendo la escasez de comunicación y empatía del personal médico con las y los usuarios, una escucha limitada y las barreras geográficas y financieras que reducen el acceso a los centros de atención.

"Lo primero es la falta de comunicación que hay con los médicos hacia las personas. Van a una consulta y no consultan el paciente sino que se fajan a escribir o le preguntan y no están ni siquiera mirando al paciente. El paciente lo que quiere es ser escuchado y el médico no le da la oportunidad de expresarse." (GF-EN)

"Porque hay muy poca atención de los médicos hacia los pacientes." (GF-EN)

"Las vicisitudes que se pasan sobre todo en los hospitales. Quienes no tienen recursos muchas veces lo que hacen es que se aíslan y no atienden el problema". (GF-EN)

"Por la falta de centros, por la distancia que quedan los centros que existen." (GF-PAD)

Las barreras económicas constituyen una limitación importante al acceso a servicios, incluyendo la ausencia de recursos financieros para cubrir costos de las consultas especializadas, los medicamentos, o por considerar que el problema no merece inversión financiera por parte de la familia.

"Muchas veces están faltas de dinero." (GF-AD-RU)

"Otras veces, la parte económica. Porque los que pasamos por casos de psiquiatra no, los medicamentos, el seguro no cubre los medicamentos y las consultas de psiquiatra son extremadamente caras." (GF-VCM)

"A veces, los familiares pueden llevar su enfermo al hospital, pero no tienen los recursos para comprarle los medicamentos." (GF-VCM)

"No tienen recursos. Los servicios son muy caros para llevarlos." (GF-MPNNA)

"Hay muchas personas que estamos enfermas, pero no tenemos el dinero, no tenemos las condiciones para ir. Si yo tuviera el dinero yo fuera. Pero fácilmente usted sale a la esquina y ve esa persona haciendo gastos que no creo que son más necesarios que ellos." (GF-LC)

"La familia no se preocupa porque dicen eso es el alcohol… y yo no voy a gastar mi dinero en eso." (GF-AD-RU)

Igualmente, indicaron como barrera el miedo de las y los usuarios al posible diagnóstico, las dificultades para reconocer que las personas afectadas necesitan asistencia, la falta de atención y el rechazo por parte de la familia, así como el miedo al posible acoso que puede sufrir una persona si es diagnosticada con un trastorno MNS.

"Tienen temor a que le digan en realidad, la verdad." (GF-EN)

"Porque no lo creen necesario. Muchas veces no quieren perder su tiempo con fulano llevándolo a un médico. Cuando fulano estaba bueno él no era bueno conmigo, por qué yo tengo que ser bueno con él. (GF-PAD)

"Porque no reconocen que tienen esa debilidad. Por ejemplo, una persona que es adicta al alcohol, puede estar diciendo los disparates que esté diciendo y haciendo los desórdenes que esté haciendo bajo el efecto del alcohol, pero nunca dice que está borracho. Otra persona es que tiene que reconocerle que ellos tienen esa debilidad y hacerlos que anden al médico." (GF-PAD)

"Por miedo a lo que le diga el doctor. Porque a veces el familiar no quiere aceptar el trastorno del familiar de uno y tiene miedo a la respuesta del profesional del trastorno que tenga su hijo, para no causarle bullying en un futuro." (GF-VCM)

"A veces el mismo enfermo no quiere ir porque no es consciente que tiene un problema." (GF-VCM)

"Hay personas que son muy descuidadas y dicen no, ese no tiene nada, eso es loquera de él, y lo dejan así." (GF-AD-RU)

"Porque muchas personas no los llevan al médico, los dejan así, a lo que coja el bon (sin cuidado). (GF-AD-RU)

"Hay personas que son familiares que aun sabiendo lo que puede pasar, lo toman a la ligera". (GF-MPNNA)

"Quien tiene que tomar decisión es el que tiene el problema porque si no lo toma, uno no lo puede llevar a la fuerza. Ahora si ya está andando en la calle… hay familia que es muy despreocupada también, que no lo llevan. Hay pila de locos que toda su familia la mayoría ganan bien y ellos se hacen los locos, por no llevarlos. (GF-MPNNA)

"Ellos dicen a esta persona está loca, ya no se interesan en mejorarlo. Lo rechazan." (GF-AD-UR)

"Porque hay muchas personas que se encuentran así por sustancias prohibidas que se ponen mal cuando no hallan dinero para su consumo. Y no los llevan para ningún lado." (GF-AD-RU)

"Hay muchas personas que tienen problemas y no lo aceptan, por más que la familia quiera llevarlos no pueden porque ellos se oponen, y bregar con gente grande es un trote." (GF-AD-UR)

También fue indicado que los familiares o personas cercanas no llevan a las personas afectadas por trastornos MNS a los servicios que requieren para evitar el tener que asumir las responsabilidades adicionales que la atención institucional puede derivar o asumir los costos de los medicamentos.

"Quizás sea la carga del que tienen que ir a verlo y no quiero hacerme responsable. Si está en la calle ya eso es una responsabilidad menos, pero si está en un centro interno ya eso es una responsabilidad porque el centro recurre al pariente ya sea el que lo ingresó o a la persona que estuvo con él. Tiene que estar 24/7 yendo a visitarlo, apoyándolo." (GF-MPNNA)

"Muchas veces por no comprarle los medicamentos. Porque como los medicamentos son tan costosos dicen no. Si yo me pongo a llevarlo para allá… esa pastilla es carísima. Yo lo he escuchado en algunas personas que tiene familiares, no van a llevar a su familiar ni a un psiquiatra ni a un psicólogo porque para ellos el medicamento es muy costoso." (GF-LC)

Algunas personas afectadas no tienen familiares ni una red social de apoyo que les de soporte para que puedan acceder a los servicios que requieren.

"Hay muchas personas que no tienen ayuda de nadie. Que están en la calle, que no tienen un amigo, un vecino, un familiar que les diga: 'ven vamos a llevarte a este sitio'." (GF-AD-UR)

Sin embargo, en algunos casos la familia ofrece apoyo y afecto a las personas afectadas y enseña a otros familiares a cuidarlas, protegerlas y no estigmatizarlas.

"Mi madre, ella tenía problemas mentales, yo le tenía miedo. Porque yo era una niña cuando eso. Pero la mamá de ella siempre la abrazaba y la visitaba a mi casa. Y luego no teníamos diferencia." (GF-AD-RU)

Necesidades que deben ser atendidas en los servicios de salud, las comunidades y otros sectores

Servicios que necesitan las personas con trastornos MNS

Se identificaron servicios específicos para niños y niñas con trastornos mentales, conductuales y emocionales, centrados en el desarrollo de sus capacidades.

"Centros de aprendizaje para niños especiales, porque aquí no tenemos donde tenerlos y aquí hay madres de familia de niños con un tipo de discapacidad que los esconden. Es tan tal, que los niños para llevarlos al Centro de Rehabilitación o al Hospital Robert Reid, los sacan escondidos, que nadie en la comunidad los vea. Aquí hay niños de familia que nadie los ha visto en la puerta de su casa parados, porque los tienen trancados en su casa, porque sienten miedo al rechazo de la misma comunidad. (GF-LC)

"Lugar donde los padres puedan buscar conocimiento para poder tratar a los niños con capacidades diferentes." (GF-DIS)

También se identificaron servicios de apoyo a las familias como soporte a sus responsabilidades de cuidadoras(es) informales.

"Un centro de orientación y apoyo familiar, con el personal adecuado. Ofreciendo charlas porque hay que tratar con la familia." (GF-LC)

"Servicios de Psicología, acompañamiento a la familia, terapia a los familiares." (GF-DIS)

"Terapia de familia para enseñarles a como tenerles paciencia, porque son personas que necesitan un cuidado especial. Un niño autista o con un trastorno tú no puedes hablarle igual que a ella que te va a entender desde que tú le digas algo. Tienes que hablarle con palabras más sencillas que pueda entenderlas." (GF-AD-UR)

"Ayuda de un psicólogo que les enseñe cómo van a tratar a los niños y a las personas adultas que tengan. Hay ciertos ancianos que tienen demencia y muchas familias que los tratan como "cógelo tú solo". (GF-AD-UR)

"Lo principal para ese tipo de problema es que se les brinde un apoyo y un seguimiento familiar. Que la familia se haga responsable y que haga ese problema. Porque a veces, la familia los aparta, los desheredan, le pasan por el lado y ven que están en una situación que no es la correcta, que no es la normal y ni los miran, siguen como que no son nada de ellos. Y a veces son hermanos, primos hermanos, a veces son familiares cercanos. Esas personas no están en la capacidad por sí mismos de tomar una decisión de atenderse, entonces la familia de ellos, debe hacerse solidaria y asumir una responsabilidad para que sean tratadas igual que todos." (GF-PAD)

"Necesitan atención de la familia completa. Que ellos puedan decirles que no pueden reaccionar normalmente." (GF-AD-UR)

"Que haya orientación sobre cada necesidad. Con información de cuáles son los centros a los que deben de ir. Hace falta educación para la comunidad y para que se sepa a dónde tiene que ir y cómo debe trabajarse." (GF-EN)

Igualmente consideran importante mejorar las condiciones de la comunidad y crear un ambiente social y comunitario favorable para las personas con trastornos MNS.

"Aparte del servicio médico, un buen ambiente donde las personas con trastornos mentales puedan vivir, una buena alimentación, sus medicamentos, y amor. (GF-MPNNA)

"Un ambiente donde los niños se desarrollen y puedan aprender, que puedan sentirse cómodos con ellos mismos, y si puede ser que mejoren su problema. (GF-MPNNA)

"Una buena área donde los niños tengan atención de esas personas que estén ahí, que los puedan atender, que les den apoyo, que les den cariño. Porque un niño es igualito que un perro, si uno lo maltrata se va." (GF-MPNNA)

Asimismo, indican la necesidad de mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud, con personal especializado y capacitado que incluya atención psicológica para personas con Alzheimer, abuso de sustancias y depresión. También se considera clave reducir el tiempo de espera de los servicios especializados, ofrecer un trato digno a las y los usuarios y contar con la dotación constante y adecuada de medicamentos.

> *"En el caso de personas con Alzheimer, personas especializadas en el área donde los familiares puedan llevar y tratar. Yo tengo una persona que tiene eso pero yo sé que con medicamentos y ciertos métodos y formas, se pueden tratar". (GF-LC)*

> *"Un mejor trato del personal porque el hospital de allá de mi municipio trata a la gente mal y el que va enfermo se muere porque nada más con verle la cara al médico ya tú te quieres irte de ahí. Deben tener una persona verdaderamente capacitada y que quiera trabajar en esa área para que atiendan a la gente." (GF-VCM)*

> *"Algo que influye mucho es el apoyo, el trato, sentirse que alguien los quiere y que no están solos en su problema. Quizás si tienen una persona en su alrededor apoyando y dándole cariño es más fácil para resolverlo. (GF-VCM)*

> *"Servicios especializados en abuso de sustancias y problemas psiquiátricos. Hacer un centro que pueda ayudar a aquellas personas que están en la calle con problemas de sustancias y trastornos psicológicos." (GF-MPNNA)*

> *"Que no le pongan tanto tiempo de espera, porque a veces le ponen cita: venga para tal día entonces del día de hoy a tal día se alarga y se agrava el problema, y tenemos que irnos a otro lado. Que den servicios, que la comunidad pueda tener un centro psicológico." (GF-VCM)*

> *"Yo estuve viendo a la psicóloga y a mí no me gusta que me pongan las citas largas. Para los problemas de personas que tienen tristeza, depresión si debería existir algún grupo de apoyo. Porque las personas con depresión lo que más necesitan es personas que estén a su lado dándoles aliento, dándoles la forma de que ellos puedan ver que hay salida." (GF-VCM)*

> *"En los hospitales y centros hay sicólogos que duran hasta un mes para una cita y como hay muchas personas que tienen problemas de tristeza y depresión, que empiezan bajito pero al no tener una ayuda ni un lugar donde ir, van subiendo hasta que llegan a explotar." (GF-VCM)*

> *"Que cuando llega un paciente y si tiene que durar dos horas con ese solo paciente durarlo, para poder conseguir una solución." (GF-PAD)*

> *"Medicamentos, para que ellos vayan tratándose, ya que muchas veces no se llevan a tiempo por falta de dinero. Pero si hay un hospital para darle primeras atenciones, sus medicamentos y darles seguimiento adecuadamente. Si el servicio de salud va revisando las enfermedades que ellos tienen, muchas veces se le puede controlar la gota (epilepsia), el Alzheimer, dando seguimiento mes por mes y así la persona se recupera, no tiene que deteriorase tanto." (GF-PAD)*

Consideran innecesario tener un hospital psiquiátrico pero si un centro especializado, atención especializada en los hospitales y en los centros del primer nivel de atención, garantizando continuidad de la atención.

> *"No es necesario crear un hospital como el 28, sino un hospital especializado para tratar los trastornos desde el inicio. Porque muchas personas no las tratan porque no hay centros donde ir, no hay médicos especializados. Al paciente le gusta que si usted empezó con una doctora, hasta el final sea esta misma doctora." (GF-PAD)*

"Atención médica y tener un hospital para esas personas, para que los traten nada más a ellos. Porque muchas veces tratan al paciente igual que al que va con otra cosa, como presión del corazón o algo así. Muchas veces, el médico que le toca no está ahí, pero está un médico general." (GF-PAD)

"Necesitamos la atención primaria de salud pública para la comunidad porque a través de eso se resuelven muchas cosas que no hay que llegar al hospital." (GF-EN)

"Porque a veces hay muchas personas que no tienen recursos, que tienen que salir y no tienen pasaje, tienen que caminar un pedazo a pie o pedir bola. Si hay un centro médico cerca, nada más tienen que ir y llevarlo y ya. (GF-AD-RU)

Recomiendan además intervenciones y servicios dirigidos a responder a distintas necesidades de las personas para garantizar una salud integral, incluyendo las relativas a la alimentación, la educación, la educación sexual, la autoestima y el trabajo entre pares con jóvenes.

"Aquí se necesita desde la alimentación hasta la formación." (GF-EN)

"En esos casos sería bueno un grupo de jóvenes que den el servicio. Nosotras fuimos voluntarias con un grupo de proyecto de familia y ayudamos a los jóvenes a conocer su vida sexual y su autoestima. (GF-AD-RU)

Actividades a desarrollar en las comunidades para prevenir estos trastornos y promover una buena salud mental

Sugieren desarrollar estrategias educativas dirigidas a distintos grupos de población, en coordinación con distintas organizaciones locales, acompañado de mecanismos de identificación y seguimiento a familias y personas con trastornos MNS.

"Dar muchas charlas, darle seguimiento a las familias y estar pendientes de los casos que uno pueda ver en que haya alguna distorsión, algún trastorno en la familia. Aquí hay dos personas que son bien mayores y cuando veo que hay unos casos que se me escapan a mí de las manos, yo me acerco donde ellos y les digo: '¿está pasando esto en tal familia? Qué vamos hacer?' Y ellos me dicen 'vamos hacer esto y esto y así por el estilo', y le damos seguimiento." (GF-LC)

"Implementación de charlas de prevención y de orientación para jóvenes y niños. También debería haber orientaciones familiares para mejores resultados." (GF-LC)

Consideran clave crear espacios para el uso creativo y saludable del tiempo libre y capacitación para distintos grupos de población, incluyendo actividades culturales y artísticas, deportes, actividades ocupacionales orientadas al empleo, campamentos para niños y niñas, programas de orientación para familias, jóvenes, niñas, mujeres, madres, así como el trabajo con las familias.

"Actividades y lugares donde la gente ir a divertirse, porque aquí uno no tiene adonde salir. Si no es en "capicua" uno no encuentra para dónde coger. No hay donde llevar un niño, no hay nada, aquí esto está muerto." (GF-MPNNA)

"Tener un club para que las niñas aprendan a bailar, a cantar, que ocupen su mente los jóvenes." (GF-MPNNA)

"Escuelas ocupacionales, pero aquí no hay nada de eso." (GF-MPNNA)

"Para las mujeres que sufren de depresión, deberían hacer cursos en los barrios, que puedan crear cosas con las manos, que puedan tener su mente ocupada, deportes, y otras actividades. (GF-VCM)

"Actualmente nosotros no tenemos de nada. Por lo menos yo que trabajo, pero las demás personas que se quedan en su casa, ahí tranquilas haciendo lo que van a hacer, llega la noche, acostarse, o sea llevan solamente esa rutina, una monotonía. Eso lleva a las personas a estar pensando, principalmente las madres, que el niño embroma mucho, que el niño no tiene donde ir, ahora en vacaciones cuando esos niños están ahí en la casa. La mamá, hasta rebelde se pone, porque el muchacho afanando por un lado, los problemas por el otro. Si hay algún lugar donde la madre pueda ir a despejar su mente, que va hacer un curso… nos hacen falta muchas cosas." (GF-VCM)

"Programas educativos, para que por lo menos la gente tenga la mente ocupada, aunque sea ese momento y llevarse un bonito recuerdo, algo productivo y no negativo. Porque si tú no tienes un centro de diversión educativo, ¿qué van hacer los jóvenes? Esperar que llegue el sábado, ir a las 5 esquinas o al patio. A veces las autoridades no se preocupan por eso, sino por llenarse los bolsillos, y con eso da para hacer muchas cosas en las comunidades (GF-PAD)

"Que en los deportes hagan algo para motivar a los familiares de esas personas para que se integren y vean que sí, que es real y que funciona. Por ejemplo, que si el niño mío está en baloncesto y es bueno en baloncesto, que tengan una motivación para que ese niño siga hacia delante y que no se quede que porque es hijo de pobre no va a pasar y no lo van a firmar. Eso pasa muchas veces y pasan a la depresión." (GF-DIS)

"Crear más programas sociales en los barrios, más canchas, áreas de recreación sana y algunos programas de orientación familiar y de salud sexual y reproductiva." (GF-DIS)

"Los deportes ayudan mucho porque ahí las personas despejan su mente y están en una actividad que no les va a dar ansiedad porque están ocupados. Y no van a estar pensando en nada de lo que le causa la ansiedad." (GF-AD-UR)

"Mantener su mente ocupada, ya sea en cursos, jugando… Algo en lo que no tengan pensar en la ansiedad. (GF-AD-UR)

Recomiendan el trabajo con las familias, actividades dirigidas a mejorar el acceso al empleo y la cohesión social a nivel comunitario.

"Hay que trabajar no simplemente con la mujer sino con la familia. Porque la mujer también está en la familia, si no se trabaja con la familia la sociedad va a seguir como va, de mal en peor. Incluir a las instituciones de las comunidades para dar charlas, actividades, buscar las iglesias. Porque el problema mayormente viene desde la familia; si papá y mamá tienen problemas, los hijos van a criarse con problemas y la sociedad va a seguir así." (GF-VCM)

"Llevar muchos talleres y orientación. Hay muchas personas que no son capaces de realizarse como persona, de salir. Hay muchas mujeres que tienen miedo de salir a buscar un empleo porque no tienen la facilidad, no tienen los recursos, no tienen una orientación de cómo desenvolverse, y llegan a caer en las drogas y caer en los vicios." (GF-VCM)

"Algo técnico que los ocupe a estudiar." (GF-DIS)

"Más comunicación, más como antes, uno estar más comunicado entre las personas. Porque ahora es todo virtual. Antes era más sano porque los muchachos jugaban y se les desarrollaba más el cerebro, ahora hay más desarrollo pero los muchachos están más tapados del cerebro." (GF-DIS)

"Cursos para personas que tengan bajos recursos." (GF-AD-UR)

"Darle empleo a la gente porque la mayoría de gente no tienen empleo."

"Escucharlas a las personas para que adquieran conocimiento y hacer un comité para ayudar a esas personas (con trastornos) y citarlas para que ellas vayan y coordinar con ellas. (GF-AD-RU)

"Y tampoco no... nada más que vayan al médico. Si por ejemplo tú tienes un familiar que está en depresión, tú lo único que tienes que hacer es ir donde ella el día entero y compartir con ella y hablar." (GF-AD-RU)

Identificaron acciones específicas desde el sector salud en las comunidades, incluyendo visitas comunitarias y domiciliarias, actividades preventivas y de seguridad alimentaria.

"Actividades de atención primaria en salud, visitas a las comunidades para orientarlas. Si usted se pone a oír los grandes directores de distintos hospitales yo veo que ellos dicen que a la seguridad social le quitaron atención primaria. Porque es para los médicos visitar las casas, tener un centro para orientar y dirigir, que usted no tenga que llegar a los grandes hospitales y cuando vaya a llegar a estos hospitales es porque ya está clasificado." (GF-EN)

"La atención primaria, se nos olvida que es la prevención, ese es el trabajo que vienen desde niños con mala alimentación, educación y formación; es lo que necesita este barrio con personal autorizado y bien formado." (GF-EN)

"Que las autoridades tengan más conciencia con respecto a la comida. Hay mucha gente pasando hambre y eso afecta todo." (GF-EN)

"Para una persona mayor de edad es la alimentación, porque el que tiene una buena alimentación puede pensar. Porque hay muchos jóvenes que se levantan en su casa y no saben qué van hacer para sus hijos poder comer. La alimentación es lo que le da fuerza y si no aparece el alimento de esa familia qué pueden pensar, nada positivo pueden pensar." (GF-EN)

Recursos de apoyo social que necesitan las personas con trastornos MNS

Los recursos de apoyo social identificados incluyen apoyo psicológico, capacitación técnico-vocacional, acceso a empleo, asistencia económica y garantías de acceso a la vivienda.

"Las personas con trastornos mentales necesitan apoyo de la sociedad porque muchas veces son rechazadas, por los problemas que tienen. (GF-AD-UR)

"Si INFOTEP pudiera hacer un levantamiento de los lugares donde no tienen acceso, o donde la gente pueda hacer un curso técnico, que pueda hacer algo, sería un buen avance." (GF-VCM)

"Depende del trastorno, debe ser una ayuda diferente. Por ejemplo, la ansiedad necesita ayuda psicológica y ayuda para conseguir trabajo, ayuda a la familia porque a veces la familia no comprendemos muchas cosas. Se necesita ayuda con medicamentos y con centros de salud más cercanos y más preparados. Para la ayuda de los niños, se necesita ayuda familiar. Y a veces puede ser no monetaria, porque al que le dan dinero en efectivo, no lo están ayudando, necesita ayuda para conseguir un trabajo para que ocupe su tiempo en otra cosa y pueda salir a flote, pero no dándole dinero, no." (GF-PAD)

"Yo soy madre soltera, vivo sola, no tengo trabajo, vivo de un negocio que tengo

en mi casa. A veces tú buscas trabajo y no te lo dan y uno requiere trabajo para ayudarse." (GF-PAD)

"Apoyo a la familia, al empleo y ayuda económica." (GF-MPNNA)

"Apoyo a la vivienda." (FG-DIS)

Para las afectadas por consumo de sustancias recomiendan apoyo centrado en la capacitación para el empleo, el acceso al trabajo, asistencia social y orientación.

"Llevarlos a un centro a que se capaciten y ponerlos a hacer algo. Porque hay muchos que están en las drogas, muchos jóvenes, y es porque no encuentran un empleo. Es la misma sociedad, uno va a trabajar y a uno lo discriminan." (GF-AD-UR)

"Muchos se ponen a robar y a hacer algo, porque cuando ellos necesitan un pantalón, unos tenis y su mamá no tiene posibilidad de comprárselos, y como no pueden trabajar porque son menores, se ponen a hacer eso, a robar, a meter droga." (GF-AD-UR)

"También asistencia social para orientar que hay gente que solo come, duerme, bebe y más nada." (GF-EN)

Tipo de apoyo o servicios que requieren las familias con un miembro con trastornos MNS

Sugieren que las necesidades de las familias sean abordadas a través de estrategias para garantizar apoyo integral a las necesidades financieras, de salud física y psicológica, orientación, asistencia legal, apoyo comunitario, atención colectiva a las familias e iniciativas municipales/locales para garantizar acceso a servicios.

"Apoyo económico y psicológico." (GF-MPNNA)

"A veces yo tengo alguien enfermo y no lo puedo llevar al médico porque no tengo pasaje, pero si viene alguien, ejemplo el síndico o de la junta de vecinos, me da algo de dinero yo me puedo ayudar y llevarlo. Eso es un apoyo." (GF-MPNNA)

"Orientación, tanto familiar como profesional. La información nunca sobra y si alguien te dice y te orienta, no está de más." (GF-LC)

"Necesitan apoyo comunitario. A veces también están faltas de orientación y esa persona comunitaria se le acerca, puede darle solución y decirle adonde tiene que ir. Con una información positiva que se les dé, uno está colaborando y está ayudando a esa persona." (GF-LC)

"Siempre se necesita el apoyo de las personas, si no tenemos el apoyo de ellos entonces no podemos hacer nada. Eso es lo que más se requiere para darle apoyo a la familia de esa persona que tiene ese problema." (GF-LC)

"Necesitan varios servicios: apoyo sicológico, económico y jurídico. Ellos necesitan más que todos en la sociedad." (GF-VCM)

"No simplemente el que tienen problema mental necesita apoyo sicológico. Porque mi papá tenga una depresión, por el caso de mi cuñada, eso da pena. O sea, en mi casa todos están devastados y necesitan ayuda." (GF-VCM)

"Ayuda sicológica a la familia porque hay mucha gente que no entiende el problema que tiene el otro, no lo asimilan. Y cuando viene a ver terminan todos locos, sin ayuda psicológica." (GF-PAD)

"Cerca de mi casa hay dos personas, la mamá y el hijo, que están pasando por una situación muy difícil. Primero, el hijo fue por droga y la mamá no sé qué fue lo que le pasó. Y ese muchacho, cuando sale a la calle que está en su día malo, todo el que le pasa por el lado le da golpe. a veces hasta los choferes en la guagua, le abren la puerta y agrede hasta a los choferes. Los muchachitos no pueden pasar por ahí, entonces su familia tiene negocio y no se preocupan por él. Deben haber charlas en familia." (GF-PAD)

"Necesitamos educación para los padres." (GF-EN)

"Seminarios y cursillos para todas las mujeres para el desarrollo y el mantenimiento de esa criatura. Hacer reuniones como esta a toda esa juventud que anda por ahí, que están embarazadas, porque esa orientación les servirá para conducirse mejor y no meterse una botella de ron y no meterse una botella de cerveza o hacer otras cosas que van en contra de la criatura." (GF-EN)

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Discusión de los resultados

1. A pesar de las limitaciones de la información sobre prevalencia de los trastornos MNS en población general y poblaciones específicas, los datos disponibles muestran que éstos afectan a una importante parte de la población, con diferencias según tipo de trastorno, provincias, edad y sexo. Se registran variaciones y algunas coincidencias entre los datos del sistema de vigilancia epidemiológica y las perspectivas y experiencias de tomadores de decisiones, proveedores de servicios del primer nivel y personas de la comunidad en torno a los trastornos MNS más frecuentes.

Magnitud de los trastornos MNS. Los datos de encuestas de población muestran que una significativa proporción de personas encuestadas reporta algún trastorno MNS y los datos de la ENDESA 2013 revelan el alto consumo de alcohol y drogas, con niveles más elevados en hombres que mujeres. Cabe destacar que la República Dominicana se encuentra entre los 15 países con más alto consumo estimado de alcohol per cápita (litros de alcohol puro) en las Américas[168]. Igualmente, la prevalencia de desórdenes por consumo nocivo de alcohol en mujeres en las Américas es la más alta a nivel mundial (3,20%) y en hombres es la segunda región con una prevalencia del 9,0%, solo superada por Europa con un 12,6%[169].

Igualmente, en el país, la tasa de suicidio en hombres es casi 5 veces superior a la de las mujeres; no obstante, entre los suicidios en la población de 15-19 años, el número de casos en mujeres es más elevado.

La prevalencia de los cinco trastornos registrados en el SINAVE muestra que la mayor cantidad de casos acumulados corresponden, según orden de importancia, a crisis de ansiedad, crisis de depresión y alcoholismo, con valores más altos en los cinco eventos analizados, en el período 2013-2016. Las y los tomadores de decisiones consideran que los tres trastornos más comunes a nivel nacional, en orden de importancia, son la depresión, el consumo de drogas y la ansiedad, mientras que las y los proveedores de servicios del primer nivel reportan que atienden con mayor frecuencia a personas

168 OPS/OMS. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC : OPS, 2015. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553_esp.pdf

169 Maristela G Monteiro. Alcohol consumption and policies in the Americas: Status, challenges and opportunities. Meeting of the Technical Advisory Group on Alcohol Policy November 29 – December 1 2017. Washington D.C. – USA. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=presentations-7773&alias=43862-webinar-alcohol-cancer-26-feb-2018-maristela-monteiro-alcohol-consumption-policies-americas-862&Itemid=270&lang=en

afectadas por depresión, ansiedad, epilepsia y consumo de drogas ilícitas. Por su parte, las y los participantes en los grupos focales consideran que los dos trastornos MNS más comunes en su comunidad son el alcoholismo y el consumo de drogas. Las y los tomadores de decisiones y proveedores de servicios coinciden con los datos en SINAVE sobre una mayor frecuencia de depresión y ansiedad, y al mismo tiempo, las tres poblaciones entrevistadas coinciden en indicar el consumo de drogas entre los más comunes.

Estimaciones de la OPS/OMS (2012) establecen que el 5% de la población adulta en América Latina y el Caribe padece de depresión y alrededor de 63.000 personas cometen suicidio anualmente[170].

Igualmente, aunque los datos de algunos subgrupos de población no son representativos a nivel nacional, la prevalencia de ansiedad y el consumo excesivo de alcohol en adultos mayores es alta, así como la co-ocurrencia de distintos trastornos MNS en personas viviendo con VIH, adolescentes en conflicto con la ley, personas usuarias de drogas ilícitas, mujeres transgénero y migrantes haitianos.

Carga de enfermedad asociada a trastornos MNS. La carga de enfermedad asociada a trastornos MNS es elevada, teniendo la depresión y la ansiedad el peso más alto.

Entre las principales causas que generan en el país mayor carga de enfermedad (años de vida saludables perdidos por muerte prematura y discapacidad), siendo las relacionadas con la salud mental los desórdenes depresivos, desórdenes de ansiedad, el Alzheimer y otras demencias, y las adicciones. En el país, las mujeres tienen un ratio más alto de años de vida perdidos por discapacidad asociada a trastornos de ansiedad y depresión y los hombres por consumo de alcohol y drogas, mientras que las diferencias entre mujeres y hombres en relación al Alzheimer y otras demencias se han ido reduciendo en los últimos años aunque presentan diferencias. Cabe destacar el significativo incremento del porcentaje de cambio de los trastornos depresivos, de ansiedad, y de uso de alcohol y de drogas en el país durante el período 2005-2016, y, por lo tanto, el aumento de los costos sociales, humanos y financieros para las personas afectadas, las familias y la sociedad. A esto se agrega la pérdida en la calidad de vida que estos trastornos producen cuando no se desarrollan respuestas eficaces, intersectoriales y a escala.

En América Latina y el Caribe, los desórdenes mentales y neurológicos, desde depresión hasta desorden bipolar, representan una cuarta parte de la carga de enfermedad[171].

2. Aunque existe limitada información sobre factores de riesgo que contribuyen a los trastornos MNS, tanto para el consumo de alcohol como de drogas ilícitas se registra un riesgo más alto en personas con determinadas características sociodemográficas como ser hombre, joven, vivir en zona urbana y encontrarse en el quintil de riqueza superior, cuarto y segundo en relación con el nivel inferior. En términos de acceso y utilización de los servicios, el país exhibe una de las brechas más altas de acceso a tratamiento de personas afectadas por esquizofrenia en América Latina, al tiempo que las barreras de acceso a servicios incluyen baja disponibilidad/oferta de servicios para atender a los distintos trastornos y responder a las especificidades de las poblaciones afectadas.

Factores de riesgo/asociados. La información disponible para examinar los factores de riesgo asociados a los distintos trastornos MNS es extremadamente escasa, por lo

170 PAHO/WHO. World Mental Health Day: Depression, the Most Common Mental Disorder. Washington, D.C., 9 October 2012 . https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=en

171 The World Bank. . Poor mental health, an obstacle to development in Latin America. Washington DC. July 13, 2015 http://www.worldbank.org/en/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america

que, a nivel poblacional, en este estudio solo se examinaron los factores de riesgo de consumo de alcohol y drogas asociados a las características sociodemográficas, siendo el factor más significativo en ambos casos el sexo de la persona, el ser hombre. Los pocos estudios encontrados que exploran algunos factores asociados a trastornos MNS en poblaciones como adolescentes en conflicto con la ley describen factores familiares como la mala relación con los padres y madres, entre estudiantes usuarios de drogas ilícitas, la presión social, la falta de apoyo en la familia y un limitado acceso a recursos para la toma de decisiones saludables. Por su parte, en migrantes haitianos, los factores mencionados incluyen la experiencia migratoria en sí misma, la falta de apoyo social (solidaridad, colaboración social) y, en trabajadores de fábrica de ropas, factores como el nivel de ingreso y aspectos de ambiente laboral.

Las y los tomadores de decisiones consideran los roles de género y aspectos familiares y contextuales (sociales, comunitarios, presión entre pares) entre las factores asociados a los trastornos MNS. Por su parte, las y los proveedores de servicios del primer nivel identifican características sociodemográficas como la edad, vivir en zona urbana o un bajo nivel educativo como los principales aspectos que definen el perfil de las poblaciones con trastornos MNS que atienden. Las y los participantes de los grupos focales opinan que estos trastornos se asocian a una combinación de factores sociales, económicos e individuales: falta de educación y otras desventajas sociales, consumo de sustancias, exposición a la agresión, violencia y trauma en los ámbitos de la familia, relaciones interpersonales y con la comunidad; complicaciones perinatales, conductas riesgosas de la madre durante el embarazo y factores hereditarios; problemas familiares y de pareja; y el trato inadecuado y la negligencia a los que están expuestos niños y niñas.

La evidencia nivel mundial muestra que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen factores individuales, sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Las capacidades emocionales y afectivas de las personas influyen en su salud mental, a la par que las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La OMS (2004) ha identificado entre los factores de riesgo para trastornos MNS, los siguientes: la pobreza, el desempleo, la violencia y la delincuencia; el acceso a drogas y alcohol; el aislamiento y el enajenamiento; circunstancias sociales deficientes, como desplazamiento, falta de educación, transporte y vivienda; desorganización de la vecindad, rechazo de compañeros, nutrición deficiente; injusticia racial y discriminación; desventaja social, migración a áreas urbanas, guerra, estrés laboral [172],[173].

Patrones de acceso y utilización de servicios

Los patrones de acceso y utilización de servicios de salud mental por las personas afectadas están mediados por diversos factores asociados a las características de los mismos, tales como los servicios disponibles en los niveles de atención, los recursos humanos, la ubicación geográfica y los costos de la atención, entre otros. En términos de la demanda influyen factores demográficos (edad, sexo, estado conyugal) e ingresos, así como las percepciones y actitudes sobre los trastornos MNS[174],[175]. A pesar de los avances en la oferta de servicios de salud mental, ésta es todavía reducida y para algunas poblaciones no responde a sus necesidades específicas. Ocho de cada 10

172 OMS (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

173 Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept.de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra 2004 http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

174 Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. The Milbank Quarterly, 83(4), 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.

175 Fleury et al. Determinants and patterns of service utilization and recourse to professionals for mental health reasons. BMC Health Services Research 2014, 14:161 http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/161. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-161

personas con esquizofrenia no recibe tratamiento en el país, una de las brechas de tratamiento más altas en América Latina y el Caribe.

Casi la totalidad de las y los tomadores de decisiones consideran que los servicios de salud mental están garantizados en el Plan Básico de Salud según el Modelo de Atención del país; no obstante, opinan que es necesario asegurar el acceso permanente y regular a los medicamentos psicotrópicos, aumentar la dotación de recursos humanos especializados (profesionales psicólogos) en los servicios de atención primaria y mejorar la coordinación intersectorial. Por su parte, entre las y los proveedores de servicios en el primer nivel, casi siete de cada 10 indicaron que atienden a personas con trastornos, pero el número ellos que evalúa los casos, los maneja, realiza seguimiento y hace las referencias externas necesarias, o que trabaja con familia y cuidadoras(es) es reducido.

Tres o más de cada 10 de las y los proveedores de servicios del primer nivel indicaron que los servicios de atención o apoyo que generalmente han buscado las personas afectadas por trastornos MNS antes de acudir al centro de salud son: grupos religiosos, curanderos/brujos y amigos(as), y que las razones principales por algunas personas o familias con trastornos MNS no acuden a los servicios de atención están relacionadas con aspectos culturales, percepción sobre la importancia de estos trastornos y falencias en la oferta de servicios tales como la ausencia de especialistas en salud mental y de medicamentos psicotrópicos. Por su parte, las y los participantes en los grupos focales indican que suelen ser las y los familiares quienes toman la decisión de llevar a las personas afectadas a los servicios de salud. No obstante, la selección del tipo de servicios a utilizar depende de distintos factores, incluyendo la disponibilidad de servicios públicos en el área de residencia y la disponibilidad de recursos financieros. También consideran que las barreras económicas constituyen una limitación importante al acceso a servicios, incluyendo la ausencia de recursos financieros para cubrir los costos de las consultas especializadas y los medicamentos, o por considerar que el problema no merece inversión financiera por parte de la familia.

La evidencia muestra que la mayoría de personas con trastornos mentales no reciben la atención y el tratamiento requeridos, aun cuando los servicios estén disponibles. En América Latina, la brecha de tratamiento (personas con trastornos mentales que requieren tratamiento) excede el 60%, añadiéndose a esto la elevada brecha de financiamiento y recursos humanos y técnicos para atenderla[176,177].

3. El país dispone de un marco legal y de otros instrumentos de políticas públicas que sustentan la integración de la salud mental en la atención primaria que reconocen los derechos de las personas con trastornos MNS y que abordan la salud mental en el marco de distintos planes y estrategias nacionales. Se cuenta con normas y protocolos que sustentan los procesos de atención y se ha avanzado en la integración de la salud mental en el seguro nacional de salud y el cuadro básico de medicamentos. La agenda pendiente incluye un aumento en la inversión pública en salud mental como porcentaje del presupuesto en salud y la adecuada integración de la salud mental en el sistema de seguridad social, así como la participación significativa de otros sectores sociales y económicos en la respuesta a los trastornos MNS.

El marco legal y normativo incorpora medidas para sustentar los procesos de integración de la salud mental en la atención primaria; sin embargo, la inversión en salud mental es baja. En el año 2013, entre 31 países de América Latina y el Caribe, República Dominicana fue el segundo país con el porcentaje del presupuesto de salud asignado

176 Jorge J. Rodríguez. Mental health care systems in Latin America and the Caribbean. International Review of Psychiatry Vol. 22, Iss. 4,2010
177 Denise Razzouk et al. Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. World Psychiatry Volume 11, Issue 3. October 2012. Pages 191–195 http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00130.x/epdf

a salud mental más bajo, alcanzando el 0,4%, solo superior al de Bolivia (0,2)[178]. Las necesidades de las personas con trastornos mentales no han sido integradas en otras políticas sociales y de desarrollo económico.

La evidencia a nivel mundial muestra que los trastornos mentales pueden causar discapacidades, al tiempo que la discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno, que dificultan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás[179]. Esta situación impone el abordaje de los trastornos MNS en el marco del sistema de Seguridad Social, a partir de una revisión de los planes de beneficios del sistema, la articulación de acciones sectoriales, además del sector salud, y actores que deberían estar involucrados en la prestación de servicios de salud mental.

4. Se han logrado avances en los aspectos organizacionales y programáticos mediante la ampliación de la oferta de servicios con la apertura de las UIC, los centros clínicos diagnósticos de atención primaria con servicios de psicología, el Centro de Rehabilitación Psicosocial y centros de rehabilitación ambulatorios. Se registran progresos iniciales en el desarrollo de capacidades de los recursos humanos, particularmente en la capacitación para el manejo de la Guía mhGAP. También se desarrollan actividades de colaboración intra e intersectorial. No obstante, la dotación de recursos humanos en salud mental todavía es baja, las actividades de promoción y prevención tienen un limitado alcance poblacional, los servicios de apoyo social para personas con trastornos MNS son escasos y los sistemas de información no producen los datos requeridos para realizar un adecuado análisis de situación en salud mental a nivel provincial y municipal. La vinculación y el trabajo conjunto entre los servicios de salud, la comunidad, las familias y cuidadores de personas afectadas son incipientes.

Las y los tomadores de decisiones, proveedores de servicios del primer nivel y personas de la comunidad participantes en los grupos focales coinciden en la mayoría de características y aspectos organizacionales de los servicios de atención en salud mental requeridos para desarrollar una respuesta integral y coordinada a los trastornos MNS: financiamiento adecuado, desarrollo de estrategias de prevención y promoción, oferta de servicios especializados y de calidad, fortalecimiento de los sistemas de información, desarrollo de capacidades de los recursos humanos y aumento en la cantidad de personal especializado, cambios en la infraestructura, fortalecimiento del sistema de referencia, coordinación intra e intersectorial, y suministro de medicación psicotrópica. La observación de los servicios complementó las perspectivas de estas tres poblaciones, revelando una baja disponibilidad de servicios de salud mental y medicación psicotrópica, la atención a un número reducido de trastornos MNS y una limitada dotación de recursos humanos especializados (psicólogos) y de personal no especializado que haya sido capacitado en la Guía mhGAP.

- Las mejores prácticas a nivel mundial para integrar la salud mental en la atención primaria indican que se requiere contar con algunas condiciones organizacionales y programáticas para garantizar que dicho proceso sea exitoso:[180]
- Profesionales e instalaciones especializadas de salud mental para apoyar la atención primaria. Los servicios en el nivel primario deben estar acompañados por servicios complementarios, especialmente elementos de atención secundaria a los cuales podrán dirigirse los trabajadores de atención primaria en busca de derivaciones, apoyo y supervisión.
- Las y los usuarios deben tener acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales en

178 OMS (2014). Atlas de Salud Mental, perfil de República Dominicana. Acceso en el sitio web: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/dom.pdf?ua=1
179 OMS. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. 65.a Asamblea Mundial de la Salud. 25 de mayo de 2012 http://**apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf**
180 Federación Mundial para la Salud Mental (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental.

la atención primaria.

- Acuerdos inter e intra sectoriales, cambios en aspectos organizacionales y programáticos, capacitación de recursos humanos e inversión financiera.
- Colaboración con otros sectores del gobierno, además del sector salud, incluyendo sectores clave para la promoción de los derechos y la integración social de las personas afectadas, ONG e instancias comunitarias, entre otros.
- Recursos financieros y humanos, ya que la integración de la salud mental en la atención primaria es eficaz en función de los costos.

5. Entre las y los tomadores de decisiones, proveedores de servicios y poblaciones de la comunidad se registran niveles significativos de adhesión a ideas erróneas sobre los trastornos MNS, así como actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia las personas afectadas. Esta situación impone barreras al ejercicio de sus derechos y las expone a violaciones de derechos en ámbitos públicos y privados, al tiempo que obstaculizan el acceso y la utilización de servicios de salud y otros servicios sociales clave.

Un importante número de tomadores de decisiones y proveedores de servicios percibe a las personas con trastornos MNS como individuos con rasgos psicológicos infantiles, como peligrosas y con conductas que permiten identificar con facilidad el trastorno que les afecta. Particularmente, las y los participantes de los grupos focales asocian estos trastornos con la esquizofrenia, déficits cognitivos y agresividad, y las perciben como potencialmente peligrosas para otras personas.

La OMS ha planteado que las personas con trastornos mentales se enfrentan a la estigmatización, la discriminación y la marginación, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos. Las ideas de peligrosidad de estas personas no se sustentan en una base factual ya que, aunque en algunas ocasiones, las personas con trastornos mentales pueden suponer un riesgo para sí mismas y para otros, debido a la merma de su capacidad de toma de decisiones el riesgo de violencia o lesiones que se puede asociar a estos trastornos es relativamente bajo.[181] Igualmente, la OMS subraya la necesidad de que las autoridades del sector de la salud colaboren con los grupos pertinentes para cambiar las actitudes respecto de los trastornos mentales[182].

6. Las necesidades de atención desde la perspectiva de las y los tomadores de decisiones, proveedores de servicios del primer nivel y los distintos grupos de población a nivel comunitario participantes en los grupos focales presentan algunos aspectos comunes y diferenciados, predominando en los dos primeros una priorización de los aspectos institucionales y programáticos para su abordaje en el primer nivel de atención, aunque todavía con un importante sesgo biomédico. Por su lado, las y los participantes de los grupos focales identifican intervenciones y acciones que trascienden al sector salud, priorizando el abordaje de determinantes estructurales, el rol activo de las comunidades, estrategias para familias y cuidadores, opciones de vida para las personas afectadas y una mejora de la oferta, la calidad y la cobertura de los servicios de salud.

Las mejores prácticas para una adecuada integración de la salud mental en la atención primaria indican que es necesario un cambio de actitudes y de conductas que involucra transformar las de las y los tomadores de decisiones a nivel nacional, provincial y municipal, así como de las autoridades de salud, la administración y trabajadores de atención primaria, las comunidades y las familias[183].

La reorientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria en salud requiere

181 OMS (2003). Conjunto de Guías sobre Servicios y Politicas de Salud Mental. LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS. Ginebra. https://www.who.int/topics/human_rights/Legislacion_salud_mental_DH.pdf
182 OMS (2012) 65.a Asamblea Mundial de la Salud. Ibid
183 Federación Mundial para la Salud Mental (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental.

un mayor énfasis en la promoción y la prevención, lo que implica asignar funciones apropiadas a cada nivel de atención, la integración de los servicios de salud pública y de atención personal, la focalización en las familias y las comunidades, el uso de información precisa en la planificación y la toma de decisiones, y la creación de un marco institucional que incentive la mejora de la calidad de los servicios[184].

Recomendaciones

1. Fortalecer los sistemas de información y la vigilancia de los trastornos MNS con miras a generar mejor evidencia sobre la magnitud de los trastornos MNS según ámbito geográfico (nacional, provincial y municipal), factores de riesgo y protectores, y la carga de enfermedad asociada a estos trastornos. Esto permitirá integrar estos trastornos en el análisis de situación de salud y las estadísticas sanitarias, analizar y evaluar tendencias, planificar y desarrollar respuestas más eficaces y oportunas, en los distintos ámbitos; e identificar necesidades de financiamiento, recursos humanos, infraestructura, adquisición de medicamentos, entre otros aspectos. Esto involucra:

- Incluir en la agenda y las políticas nacionales de investigación, a través del Departamento de Investigación en Salud (DISA), de la Dirección de Análisis de Situación de Salud, Monitoreo y Evaluación de Resultados (DASIS) del MSP, el tema de la salud mental, con propuestas que respondan a la carga de enfermedad asociada a estos trastornos.
- Incorporar los trastornos MNS priorizados por el Departamento de Salud Mental/ MSP y el SNS, en el expediente integral de salud y en el formulario Epi 2 que completan los servicios públicos y privados. Para lograr este fin se debe modificar la Resolución 0004, Reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica No. 309-07, con miras a actualizar la lista de enfermedades y eventos de salud pública.
- Integrar una batería estandarizada de preguntas sobre el tema en las encuestas de población (ENHOGAR, Censo de Población y Vivienda, otros) atendiendo a consideraciones éticas de privacidad, confidencialidad, anonimato, consentimiento informado y la reducción de riesgos directos e indirectos.

2. Desarrollar medidas para aumentar el acceso y la utilización de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, reducir las barreras institucionales, culturales, familiares, económicas y geográficas, y garantizar la protección social de las personas afectadas.

Entre estas medidas se destacan:

- La oferta de servicios en unidades de atención primaria a los trastornos priorizados (DGSM y SNS) y de atención en los Centros Clínicos Diagnósticos de Atención Primaria (adaptando las intervenciones de la Guía mhGAP). Esto incluye evaluación, manejo y seguimiento de los trastornos priorizados a cargo de médicos generales, incluyendo intervenciones psicosociales y farmacológicas (solo por médicos) más técnicas, cuando proceda. Esta oferta debe estar basada en evidencia sobre la eficacia y la relación costo-eficacia de las intervenciones encaminadas a atender y promover la salud mental, y prevenir los trastornos MNS.
- Intervenciones de educación y sensibilización a grupos específicos y/o familias sobre la importancia de la salud mental, síntomas, comportamientos y situaciones que afectan la estabilidad de las personas y el acceso a los servicios existentes.

184 Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington DC 2017

- Intervenciones de promoción de la salud mental para personas con condiciones crónicas de salud: personas con VIH, diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer u otros, y sus cuidadores.
- Actividades y recursos educativos sobre signos y síntomas de los trastornos prevalentes en salud mental para su detección y atención oportuna.
- Diseminar información de los servicios de la red de atención en salud mental (CPN/UNAP), centros de rehabilitación psicosocial, centros diagnósticos, centros de salud mental comunitaria, ONG y grupos de apoyo, entre otros.
- Programas de identificación y detección oportuna de los trastornos MNS prevalentes en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, personas adultas y adultas mayores, dirigidos a familias, instancias comunitarias y centros educativos.

3. El contexto político, normativo y programático debe ser fortalecido mediante el aumento de la inversión en salud mental, la transversalización de la problemática en todas las políticas sociales y económicas, y el fortalecimiento de la colaboración intersectorial y las alianzas público-privado.

- Aumentar de manera significativa el gasto público en salud mental, con énfasis en la inversión para las intervenciones en el primer nivel y las estrategias de promoción a nivel comunitario.
- Incorporar a las personas con trastornos mentales y sus familiares en el diseño de estrategias y programas con miras a garantizar su inclusión en las políticas de educación, empleo, salud, protección social y lucha contra la pobreza.
- Implementar acuerdos con distintas instancias gubernamentales para desarrollar medidas de protección social para familias y personas afectadas por trastornos MNS.
- Crear mecanismos funcionales de trabajo articulado entre los sectores de educación, trabajo, salud y bienestar social.
- Creación de alianzas público–privado dirigidas a la implementación de intervenciones comunitarias, la rehabilitación y la integración socio-laboral de las personas afectadas, y programas socio-terapéuticos, de ocio y tiempo libre para distintos grupos de población.

4. Los aspectos organizacionales y programáticos para la integración de la salud mental en la atención primaria incluyen: diseño del modelo de gestión de servicios, reforzamiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia, disponibilidad de medicación psicotrópica, mecanismos de coordinación entre los distintos niveles de atención, recursos humanos con las competencias técnicas requeridas, costeo de las intervenciones y énfasis en la prevención y la promoción.

Para avanzar en estos aspectos es necesario:

- Desarrollar modelos de gestión de servicios básicos de salud mental aplicables en todos los municipios del país.
- Fortalecer la integración de actividades, procedimientos e intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales en los planes de beneficios de la seguridad social.

- Reforzar el sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar atención integral, continuidad de la atención, incluyendo un sistema de incentivos a proveedores y unidades de atención [servicios especializados del 2do y 3er nivel (UIC, hospitales regionales), servicios privados, consultas técnicas para casos complejos, ONG y servicios de atención inicial (iglesias, grupos comunitarios, grupos de afectados y familiares)]; y la documentación de las acciones de referencia en el expediente integral en salud.
- Implementar medidas para garantizar la provisión continua de medicación psicotrópica en los servicios del primer nivel (CPN/UNAP), de acuerdo a la demanda de los centros.
- Fortalecer mecanismos de coordinación de la Red de Salud Mental, incluyendo: a) Mesa Nacional de Salud Mental que apoye la ejecución y el desarrollo de políticas, planes, estrategias y proyectos nacionales sobre la salud mental; b) Mesa de Salud Provincial (regional) encargada de la ejecución y desarrollo de políticas, planes, estrategias y proyectos en territorio de influencia sobre la salud mental; y c) Comités locales de salud.
- Desarrollar las capacidades de los recursos humanos, incluyendo la capacitación en la Guía mhGAP para recursos humanos de primer y segundo nivel, acompañado de actividades presenciales de reforzamiento técnico.
- Promover los servicios de atención en salud mental, con campañas en medios de difusión masiva, en charlas orientadoras en las salas de espera de las UNAP y CPN, y a nivel comunitario a través de las y los promotores de salud.
- Realizar un análisis de costos, con el enfoque de costeo de actividades basadas en los protocolos de atención en salud mental de los eventos de salud mental priorizados (tipo y severidad) para establecer las etapas y los recursos necesarios para la atención, incluyendo salarios, infraestructura, medicamentos y exámenes psicológicos y de laboratorio, y otros pertinentes.
- Desarrollar actividades sistemáticas de prevención y promoción de la salud mental en las comunidades.

5. Desarrollar estrategias para eliminar actitudes, creencias y prácticas estigmatizantes y discriminatorias de las personas con trastornos MNS, promover sus derechos humanos, y reducir los niveles de exclusión social que enfrentan.

- Campañas educativas dirigidas a cuestionar mitos sobre la salud mental, el estigma y la discriminación, y promover los derechos de las personas afectadas.
- Creación de políticas públicas para garantizar poderes y derechos de las personas con trastornos MNS, las familias y las comunidades, eliminar los niveles de pobreza y proporcionar vivienda, trabajo y educación, servicios de atención de salud e intervenciones de base comunitaria, incluida la atención sin internamiento.
- Vinculación del sector productivo a la creación de mecanismos para la reinserción laboral y educación a la comunidad con el fin de aumentar la credibilidad de que las personas con trastornos mentales pueden insertarse al mercado laboral.
- Estrategias de capacitación del personal de los servicios de salud para reducir el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas, y la promoción de sus derechos humanos.

- Promoción entre las y los usuarios de las UNAP y CPN del uso de los buzones de quejas, sugerencias y reclamos (QSR) para reportar trato inadecuado, atención deficiente o violaciones de derechos de las personas que sufren trastornos MNS, por parte de los prestadores de servicios de salud.

6. El abordaje de las necesidades de atención en salud mental requiere intervenciones integrales, participación social, mecanismos de rendición de cuentas y la integración de beneficios igualitarios en los regímenes de la Seguridad Social.

- Estrategias integrales que incorporen la promoción de la salud mental y la prevención e identificación temprana de los trastornos mentales, así como la atención, el apoyo, el tratamiento y la recuperación de las personas con trastornos MNS.
- Participación de las organizaciones de la sociedad civil, personas con trastornos MNS, familias y personas cuidadoras en los procesos de toma de decisiones en los distintos ámbitos (nacional, regional, provincial y municipal) relativos a sus necesidades y derechos.
- Mecanismos de evaluación de las intervenciones de integración de la salud mental en la atención primaria para la rendición de cuentas frente a la corresponsabilidad para la atención de esta problemática.
- Medidas de mejora continua de la calidad de la atención en salud mental, incluyendo el establecimiento y monitoreo de estándares de calidad de servicios de salud mental desde un enfoque de atención primaria que incorporen: derechos y protección social y legal; accesibilidad, privacidad y confidencialidad; participación de personas afectadas, familias y cuidadores; participación y desarrollo en la comunidad, vida en la comunidad; entornos de apoyo y tratamiento, prevención y promoción de la salud mental; gestión y asequibilidad de recursos, desarrollo de servicios, sistemas de información; y apoyo y formación para las y los trabajadores en salud mental.[185]
- Igualar los beneficios del Régimen Contributivo del seguro familiar de salud con el Subsidiado y el Contributivo-Subsidiado en lo concerniente a salud mental, considerando que las necesidades de la población requieren iguales posibilidades de atención.

185 OMS (2007). Mejora de la calidad de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Politicas de Salud Mental. Ginebra. https://www.who.int/mental_health/policy/quality_module_spanish.pdf

ANEXO

Cuadro básico de psicofármacos en República Dominicana (2018)

Leyenda: H: Hospitales. E: Hospitales especializados. V: Vital

PSICOFÁRMACOS MEDICINAS USADAS EN ENFERMEDADES PSICÓTICAS

C. ATC*	Principio activo	Presentación	Nivel Uso**	V,E, N***
N05AA01	clorpromazina clorhidrato	Comprimido: 25 mg	H,E	E
N05AA01	clorpromazina clorhidrato	Comprimido: 100 mg	H,E	E
N05AA01	clorpromazina clorhidrato	Comprimido: 200 mg	H,E	E
N05AA01	clorpromazina clorhidrato	Inyección: 25 mg/ml en ampollas de 2ml	H,E	E
N05AB02	flufenazina decanoato o enantato	Inyección: 25 mg en ampollas de 1 ml	H,E	V
N05AD01	haloperidol	Tableta o comprimido: 2 mg	H,E	E
N05AD01	haloperidol	Tableta o comprimido: 5 mg	H,E	E
N05AD01	haloperidol	Líquido oral: 2 mg/ml	H,E	E
N05AD01	haloperidol	Inyección: 5 mg en ampollas de 1 ml	H,E	E
N05AH02	clozapina	Tableta o comprimido: 25 mg	H,E	E
N05AH02	clozapina	Tableta o comprimido:100 mg	H,E	E
N05AH04	quetiapina fumarato	Comprimido: 25 mg	H,E	N
N05AH04	quetiapina fumarato	Comprimido: 100 mg	H,E	N
N05AH04	quetiapina fumarato	Comprimido: 300 mg	H,E	N
N05AH03	olanzapina	Comprimido: 5 mg	H,E	N
N05AH03	olanzapina	Comprimido: 10 mg	H, E	N
N05AH03	olanzapina	Comprimido: 20 mg	H,E	N
N05AH03	olanzapina	Polvo para Inyección: 10 mg	H,E	N
N05AX08	risperidona	Tableta o comprimido: 1 mg	H,E	E
N05AX08	risperidona	Tableta o comprimido: 2 mg	H,E	E

*Clasificacion ATC / **Nivel de Uso: Primer Nivel (PN), Hospitales (H), Hospitales especializados (E)
***Vital (V), Esencial (E), No Esencial (N)

PSICOFÁRMACOS — MEDICINAS USADAS EN ENFERMEDADES PSICÓTICAS

C. ATC*	Principio activo	Presentación	Nivel Uso**	V,E, N***
N05AX08	risperidona	Gotas: 1mg/ml		

MEDICINAS USADAS EN TRASTORNOS DEL HUMOR

ANTIDEPRESIVOS

N06AA09	amitriptilina clorhidrato	Comprimido: 25 mg	H,E	E
N06AA04	clomipramina clorhidrato	Cápsulas: 10 mg	H,E	E
N06AA04	clomipramina clorhidrato	Cápsulas: 25 mg	H,E	E
N06AB03	fluoxetina clorhidrato	Tableta o comprimido: 20 mg	H,E	E
N06AB06	sertralina clorhidrato	Comprimido: 50 mg	H, E	N
N06AB06	sertralina clorhidrato	Comprimido: 100 mg	H, E	N
N06AB10	escitalopram	Comprimido: 10 mg	H, E	N
N06AB10	escitalopram	Comprimido: 20 mg	H, E	N
N06AA02	imipramina clorhidrato	Comprimido: 25 mg	H,E	N
N06AA02	imipramina clorhidrato	Comprimido: 50 mg	H,E	N

MEDICINAS TRASTORNOS BIPOLARES

N03AF01	carbamazepina	Comprimidos (ranurados): 100 mg	H,E	V
N03AF01	carbamazepina	Comprimidos (ranurados): 200 mg.	H,E	V
N03AF01	carbamazepina	Comprimidos (ranurados): 400 mg	H,E	V
N05AN01	carbonato de litio	Tableta o comprimido: 300 mg	H,E	V
N03AG01	ácido valproico (valproato sódico)	Comprimidos (con recubrimiento entérico): 200 mg	H,E	V
N03AG01	ácido valproico (valproato sódico)	Comprimidos (con recubrimiento entérico): 500 mg	H,E	V
N03AG01	ácido valproico (valproato sódico)	Líquido oral: 200 mg / 5 ml	H, E	V
N03AG01	ácido valproico (valproato sódico)	Solución oral (gotas): 200mg/ml	H, E	V

MEDICINAS USADAS EN ESTADO DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL SUEÑO

C. ATC*	Principio activo	Presentación	Nivel Uso**	V,E, N***
N05BA12	alprazolam	Comprimido: 250 µg	H,E	N
N05BA01	diazepam	Comprimidos (ranurados): 5 mg	H,E	E
N05BA01	diazepam	Comprimidos (ranurados): 10 mg	H,E	E
N05BA01	diazepam	Inyección: 5 mg/ml	H	E
N05BA06	lorazepam	Comprimido: 1 mg	H,E	N
N05BA06	lorazepam	Comprimido: 2.5 mg	H,E	N
N05BA06	lorazepam	Preparado parenteral: 2 mg/ml en ampollas de 1 ml	H	E
N03AE01	clonazepam	Comprimido: 1 mg	H, E	N
N03AE01	clonazepam	Comprimido: 2 mg	H, E	N
N03AE01	clonazepam	Gotas: 2.5 mg	H, E	N

MEDICINAS USADAS EN ATAQUES DE PÁNICO Y ENFERMEDAD OBSESIVA COMPULSIVA

N06AA04	clomipramina clorhidrato	Cápsulas: 10 mg	H	E
N06AA04	clomipramina clorhidrato	Cápsulas: 25 mg	H	E