



ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL DESARROLLADAS EN AMÉRICA LATINA ENTRE 2013 Y 2019

Elmer Valverde Alfaro¹

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

La prevención de la salud mental es una estrategia costo efectiva favorable para los sistemas de salud, dado que disminuye la discapacidad generada por enfermedad mental, así como los gastos generados en la atención de ella.

En este trabajo se pretende revisar las estrategias de prevención de la enfermedad mental llevadas a cabo en diferentes países de América Latina entre los años 2013 y 2019, se tomará en consideración las poblaciones en que se llevaron a cabo, la metodología empleada, los resultados obtenidos y la forma en que se midieron estos y las conclusiones y recomendaciones alcanzadas en cada experiencia estudiada.

Se busca generar una base de experiencias que hayan sido exitosas y que se puedan replicar en diferentes regiones, con el fin de maximizar los recursos disponibles y así, mejorar la calidad de vida de la población.

Palabras Clave: prevención, salud mental, América Latina

Abstract

Prevention in mental health is a favorable cost-effective strategy for health systems, since it decreases the disability generated by mental illness as well as the expenses generated by its care.

This paper intends to review the prevention strategies for mental illness carried out in different countries of Latin America between 2013 and 2019, considering the populations in which they were carried out, the methodology used, the results obtained and the form in which their effectiveness was measured and the conclusions and recommendations reached in each experience studied.

It seeks to generate a base of experiences that have been successful and can be replicated in different regions in order to maximize available resources, and thereby improve the quality of life of the population.

Keywords: Prevention, Mental health, Latin America

¹ Médico Psiquiatra, Hospital Maximiliano Terán Valls, Quepos, Costa Rica, email: psiquiatriaasualcance@gmail.com



Introducción

Según la Organización de las Naciones Unidas, para el año 2004 alrededor de 450 millones de personas padecían trastornos mentales y de conducta a nivel mundial, se estimaba que una de cada cuatro personas desarrollara uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. (1)

De ahí se derivan problemas visibles como los suicidios, violencia doméstica, incapacidades laborales y baja productividad, enfermedades físicas relacionadas con el estrés, y otros que deterioran la salud de las personas y sus familias.

Por mucho tiempo se aisló a quien padecía una enfermedad mental para evitar la burla hacia el «loco» o la familia, sobre todo en los manicomios donde, en ocasiones, se les abandonaba de por vida. Luego de los movimientos de desmanicomialización, este encierro, usualmente, se trasladó a las casas de los individuos como una manera de protección ante la sociedad.

Con el advenimiento de los psicofármacos en la década de los 1950, la calidad de vida de estas personas empezó a beneficiarse con la prescripción de una sustancia que mejoraba el funcionamiento de su cerebro y les daba mejores oportunidades de desempeño. A través de los años el conocimiento del cerebro y su funcionamiento, así como de los mecanismos biológicos implicados en la enfermedad mental, han permitido el

desarrollo de nuevos fármacos con efectos beneficiosos duraderos y menos efectos secundarios.

Asociado a la desmanicomialización, se gestó un movimiento de rehabilitación del enfermo mental según lo permitiera su capacidad, para lo cual se le ayudaba en centros especiales dedicados a la enseñanza.

Sin duda alguna, los avances en materia de tratamiento y rehabilitación han generado un cambio de vida positivo en quienes padecen una enfermedad mental grave y las familias de estas personas; sin embargo, los estigmas que se han mencionado pesan aún en la sociedad y se debe trabajar mucho en su desmitificación.

Pero hay otro tema que no ha sido trabajado de manera amplia, relacionado con toda esta pesada historia que la enfermedad mental arrastra, y es el tema de la prevención de la enfermedad.

Como se ha dicho, se les consideraba a los enfermos seres impuros, poseídos, inútiles, divertidos, y sobretodo, se tenía en mente que nada se podía hacer para evitar su condición, más que encerrarlos o «curarlos» o eliminarlos de la sociedad.

Y como se dijo anteriormente, estos estigmas se acarrean hasta hoy, lo que limita el desarrollo de estrategias preventivas en materia de salud mental para los nuevos males que emergen.



Sin embargo, en la actualidad se busca, como estrategia de intervención en salud, la acción preventiva, y la salud mental no puede escapar a este nuevo enfoque, en ese sentido, Vásquez (2) menciona:

La medicina, como práctica profesional al servicio de la sociedad, en el presente milenio busca el ideal de prevenir la discapacidad y el sufrimiento al reducir los factores de riesgo de las enfermedades graves en forma sistemática y oportuna, cubriendo a la totalidad de la población susceptible.

Este ideal de acción tiene una gran cantidad de implicaciones; por un lado, busca una disminución de la frecuencia con que aparece la enfermedad mental en la población, lo que impacta en los costos de la atención en salud de la población, además, tiene un efecto directo en la salud de las personas trabajadoras lo que beneficia los sistemas económicos.

Por otra parte, al prevenir la discapacidad permite una disminución de la cantidad de personas que están sujetas a la asistencia social, lo cual es importante en economías débiles como es el caso de los países de América Latina.

Vásquez, señala, a su vez, que pueden presentarse tres tipos de prevención en psiquiatría y salud mental: «la universal dirigida a toda la población, la dirigida a la población en riesgo y la indicada en la población enferma». (2)

Como estrategias de acción universal, el autor señala cuestiones que son afines a otras disciplinas como lo son la atención prenatal adecuada y la alimentación saludable, las cuales han demostrado influir de manera positiva en la reducción de mortalidad, así como en la prevención de daños a la salud cerebral que pueden manifestarse como trastornos mentales y del comportamiento.

También se ha hecho énfasis en la mitigación del fumado como forma de prevención en salud mental, esto porque el fumado genera daños físicos que pueden acompañarse de enfermedad mental, además de su discapacidad consecuente, que en muchas ocasiones es causa de depresión y ansiedad, asimismo, se sabe que el uso de tabaco en personas jóvenes es la puerta de entrada al consumo de drogas como lo son el cannabis, la cocaína y otras, que generan mayores efectos a nivel de trastornos mentales.

Sobre este tema se pueden hacer intervenciones no solo con la prescripción de medicamentos, sino también psicológicas como la psico educación y los enfoques cognitivo conductuales, los cuales han probado gran eficacia en las poblaciones en las que se han aplicado. (3)

Buitrago y colaboradores (4), también remarcan la importancia del acompañamiento de adultos y ancianos en procesos como la atención del paciente terminal y de su familia, la preparación para la pérdida



de un familiar o allegado, así como para jubilación (preparación de la red social para la jubilación).

Otros aspectos que estos autores mencionan son: la prevención de los cambios frecuentes de domicilio en el anciano, violencia en la pareja, malos tratos a los ancianos y acoso laboral. (4)

Vásquez (2) también habla de la importancia de educar a la población acerca de signos de alarma de la enfermedad mental y dónde buscar ayuda, pues está comprobado que una temprana intervención de la enfermedad, basada en un correcto diagnóstico, mejora su pronóstico.

Este último punto tiene una relación directa con la prevención enfocada a la población de riesgo, ya que se conoce que existe una carga genética significativa en enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, la enfermedad bipolar, la depresión y la ansiedad. (5)

Si se parte de este conocimiento, se pueden desarrollar programas de detección temprana de síntomas por medio de la educación en salud y en diferentes niveles, sea en la escuela, la atención primaria de salud, grupos religiosos u otros que se involucren en el tema después de un proceso de sensibilización.

Por otra parte, en nuestra sociedad actual existe toda una carga de condiciones estresantes que predisponen a situaciones

de riesgo que repercuten en nuestra vida y salud mental, como lo puede ser *burnout* o “síndrome de quemarse por el trabajo”

Las poblaciones con mayor riesgo de desarrollar este síndrome son: trabajadores de salud, atención de quejas, amas de casa, educadores, bomberos, informáticos, trabajadores judiciales y sacerdotes. (6)

En estas poblaciones también se hace necesario un abordaje preventivo acerca del manejo del estrés, el manejo de conflictos, administración de las finanzas, estilos de vida saludables y otros elementos que prevengan dicha situación.

Otro de los grupos de riesgo en la actualidad es el de los adolescentes, los cuales se ven expuestos a una gran cantidad de presiones sociales que les imponen estándares de belleza, consumo de sustancias, actividad sexual, modas costosas y otros tantos que los hace, en muchos casos, verse acorralados y buscar el suicidio como salida ante estas situaciones.

Por otra parte, el intento de autoeliminación genera secuelas en quien lo vive y sus familias, estas pueden ser inmensas en lo emocional y además, produce un impacto económico para los sistemas de salud, invirtiendo recursos que podrían orientarse hacia una cultura de prevención.

A manera de ejemplo, Ortegón, Martínez y Céspedes (7), realizaron una investigación



acerca del costo de la atención a un adolescente con intento de autoeliminación en Colombia, y su conclusión fue que con el costo promedio de la atención de un intento suicida, se puede realizar un programa de prevención del suicidio con 16 adolescentes de alto riesgo.

Esta es una muestra de cómo los sistemas basados en la prevención son una solución costo efectiva más favorable para las naciones, así como generadoras de un impacto positivo dentro de las poblaciones de riesgo.

Asimismo, se ha mencionado la posibilidad de promover la prevención en las personas que ya padecen una enfermedad mental, con el fin de evitar un empeoramiento de sus síntomas y una recuperación de la funcionalidad.

En este punto Vásquez (2) hace énfasis en el impacto que han tenido los programas nacionales para la detección de casos nuevos de enfermedad mental, los cuales identifican a quienes padecen estas condiciones de salud y los incorporan al sistema de atención.

En términos generales, las recomendaciones acerca de la prevención deben ser bien orientadas, dando prioridad a los programas y políticas preventivas que demuestren evidencia científica de su efectividad con el fin de lograr el uso óptimo de los limitados recursos en esta área. (1)

De ahí radica la importancia de revisar las experiencias que se encuentran disponibles para conocer cuales estrategias se han empleado en diferentes regiones y de qué manera estas pueden adaptarse a las necesidades de cada país.

Sobre este punto particular la ONU señala:

Al tener programas y políticas efectivas ampliamente disponibles, los países y comunidades contarían con una gama de herramientas preventivas para hacer frente a los trastornos mentales. Por lo tanto, urge desarrollar un sistema accesible e integrado de bases de datos internacionales y nacionales para proporcionar a las agencias gubernamentales y no gubernamentales, la información sobre programas y políticas basadas en evidencia, sus resultados y condiciones para su implementación efectiva. (1)

Al ser América Latina una región con una cultura bastante homogénea, se pueden considerar como aplicables en un país algunas experiencias positivas en materia de prevención de la enfermedad mental que se hayan empleado en otro país o región, siempre respetando la idiosincrasia de cada lugar y adaptando según necesidades específicas las actividades.

Otro aspecto que se debe considerar en materia de prevención de la enfermedad



mental es el carácter intersectorial de la actividad preventiva como fuente de éxito.

Sobre este particular, en el documento acerca de estrategias de prevención emitido por la ONU, se resalta:

La prevención y promoción en salud mental se deben integrar en un enfoque de política pública que abarque la acción horizontal a través de los diferentes sectores públicos, tales como el ambiente, vivienda, bienestar social, empleo, educación, justicia penal y derechos humanos. Esto generará situaciones de “ganar-ganar” en todos los sectores, incluyendo una amplia gama de beneficios sociales, económicos y para la salud. (1)

Es común encontrar un desfase entre los diferentes sectores sociales en materia de salud mental, muchas veces basado en el desconocimiento acerca de cómo puede cada uno intervenir para mejorar las condiciones de vida de la población.

Al respecto, podría proponerse que un apoyo coordinado entre gobiernos locales, sistemas de salud, sistema educativo, sistema de justicia, organizaciones no gubernamentales y otros actores sociales, genera una sinergia a favor de los procesos de prevención.

A manera de ejemplo, la creación de espacios seguros de recreación es una

iniciativa que involucra la acción de todos estos sectores y que ofrece a los ciudadanos un espacio de sana interacción entre amigos, familia y hasta desconocidos, que sirva como fuente liberadora de estrés y creadora de vínculos sociales sanos.

En síntesis, la prevención de la enfermedad mental es una estrategia costo efectiva favorable a los sistemas de salud, que disminuye la discapacidad y aumenta la productividad en las personas, ya sea a toda la población, a los individuos en riesgo de padecer una enfermedad mental o a quienes ya padecen una.

La actividad preventiva debe realizarse tomando en cuenta su efectividad en la población que se desea aplicar, para lo cual la recopilación de experiencias exitosas en diferentes países y regiones ofrece un insumo importante; además, se debe tener en cuenta la necesidad de incorporar a todos los actores sociales con el fin de que los esfuerzos conjuntos magnifiquen los resultados.

El objetivo del presente trabajo es analizar estrategias de prevención de enfermedad mental desarrolladas en América Latina entre 2013 y 2019, con el fin de identificar elementos que permitan su replicación en otras regiones, considerando para este fin los grupos poblacionales en los que se realizaron las experiencias, la metodología empleada en cada una de las experiencias de prevención, los resultados obtenidos y la



forma en que se midieron estos, así como las conclusiones y recomendaciones de cada experiencia estudiada.

Metodología

Previo a la realización del trabajo, se revisó bibliografía relacionada con prevención de enfermedad mental que sirviera como guía para la definición de la pregunta de investigación y los objetivos de este trabajo.

Para la realización del presente proyecto, se llevó a cabo una búsqueda minuciosa de artículos en las bases de datos *Redalyc* y *Scielo* bajo las palabras “prevención”, “enfermedad”, “mental”, usando como filtros la selección de países de América Latina que se encontraban disponibles al momento de la búsqueda, se buscó que el idioma de los artículos fuera español o inglés, con el fin de favorecer la comprensión del investigador.

Otro criterio de selección fue que los artículos fueran publicados en los años 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019.

Como resultado de esta búsqueda, se encontraron un total de 7 artículos relacionados con estrategias de prevención de enfermedad mental, llevadas a cabo en América Latina, en los años 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019; todos fueron publicados en idioma español, ninguno fue publicado en inglés.

Estos artículos se analizaron de acuerdo con los objetivos planteados

en la presente investigación, y a partir del análisis se obtuvieron las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo.

Resultados

Grupo poblacional participante

En el artículo de Mendoza y Pedroza (8) relacionado con la capacitación para prevenir el Bullying, la experiencia consistió en la capacitación a ocho maestros de primaria a cargo de 223 alumnos inscritos en ocho grupos escolares de tres escuelas públicas de educación básica.

Del grupo de niños participantes se seleccionó a 28 que fueron identificados como acosadores y a 28 que fueron identificados como víctimas por un mínimo de tres personas en la escuela (profesor, auxiliar, psicólogo escolar y directivo y por nominaciones de los pares).

Los autores indican que ambos grupos, de acosadores y de víctimas, tuvieron características similares en cuanto al género, edad, grupo y grado escolar. Los participantes estaban cursando uno de los seis grados de primaria y tenían entre 6 y 13 años de edad.

En cuanto a la experiencia de Fuentes y Colaboradores (9), esta consistió en la evaluación, por medio de una encuesta en línea, de 165 profesionales y pasantes de carreras de salud en aspectos relacionados



con manejo de estrés y conocimientos sobre este tema.

La experiencia de Leiva y colaboradores (10) consistió en la evaluación a una muestra de 1.336 escolares pertenecientes a 293 colegios de 29 comunas de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, con condiciones de vulnerabilidad escolar similares, basada en los seis factores de riesgo psicosocial que se desprenden del instrumento TOCA-RR y el puntaje total del PSC: atención y concentración, logros cognitivos, aceptación de la autoridad, nivel de actividad, contacto social y madurez emocional.

Estos autores desarrollaron en Chile una experiencia similar a la anterior en estudiantes de secundaria, en la cual evaluaron a 472 adolescentes pertenecientes a 68 colegios de 11 comunas de todo el país aunque de este grupo, solo 212 tuvieron registro de asistencia a los talleres; el resto de los adolescentes ($n = 260$) fueron evaluados con los instrumentos utilizados en este estudio, pero al no contar con su registro de asistencia no fueron considerados en los análisis en la cual consideraron los mismos seis aspectos utilizados en la experiencia con niños de primaria descrita previamente. (11)

Otra de las experiencias a analizar es la de Vizcarra, Poo y Donoso (12), en la cual se aplicó un programa preventivo de la violencia en el noviazgo a un total de 97 estudiantes

de diversas carreras de una universidad del sur de Chile en forma de asignatura electiva.

En otra iniciativa de prevención, Londoño y colaboradores (13) incluyeron a un grupo de 110 universitarios de primer año de carrera en un programa de prevención mediante el diálogo socrático para la depresión y la ansiedad.

En México, se realizó un programa de prevención de la violencia en 132 trabajadores de la salud, basado en un programa para la prevención de la violencia juvenil. (14)

Al revisar esta información, encontramos que de los 7 programas de prevención de la salud mental que se documentaron en América Latina en el periodo de tiempo analizado, dos de ellos se realizaron en trabajadores de la salud, dos se realizaron en estudiantes de primaria, uno se realizó en estudiantes de secundaria y dos en estudiantes universitarios.

Es innegable la importancia de la prevención de los trastornos mentales en todos los grupos sociales, y la realización de estas experiencias en grupos de estudiantes indudablemente demuestran un aspecto positivo, el cual sería que estas personas poseen una inquietud acerca de la prevención de la enfermedad mental, en temas tan sensibles como el bullying y la violencia.

Esta experiencia es más positiva entre más temprano se aplique en la vida, por lo cual



las intervenciones en el escenario escolar son admirables, sin que esto demerite que se realicen experiencias en los estudiantes de secundaria y universitarios.

Por otra parte, los trabajadores de la salud también son un grupo vulnerable a las enfermedades mentales, debido al estrés que implican las jornadas de trabajo, la cantidad de situaciones que se viven y otros elementos que hacen de este grupo, un blanco formidable para el desarrollo de estrategias de prevención de la enfermedad mental, sobre todo basadas en el estrés, como es el caso de las dos analizadas acá.

Sin embargo, existe una falta de documentación de estrategias que se podrían llevar a cabo en otros grupos de la comunidad, como pueden ser los cuidadores de personas enfermas, las amas de casa, trabajadores de otros oficios o profesiones, quienes se enfrentan al riesgo de padecer enfermedades mentales de acuerdo con las actividades cotidianas de cada uno y los elementos predisponentes que estas les generen.

Metodología empleada

En la experiencia de Mendoza y Pedroza (8), se realizó una selección de los niños agresores por medio de entrevistas a personal de la escuela, así como por medio de un “buzón de quejas” de los niños, que permitió identificar a las víctimas de *bullying*.

Posteriormente, se realizó una fase de entrenamiento a los profesores para el manejo de las conductas agresivas en el escenario escolar por medio de un psicólogo; luego, el psicólogo, durante una semana, realizó un modelamiento de las estrategias en el aula a los profesores capacitados y después, cada profesor implementa el proceso en el aula con la supervisión del psicólogo capacitador.

Fuentes y Colaboradores (9) realizaron una intervención interactiva virtual en 5 módulos relacionados con el estrés: Tipos de estrés, Estresores externos e internos, Respuestas al estrés, Reconocimiento de estrés en diferentes áreas y formas de enfrentamiento y Técnicas para el manejo del estrés: Relajación, Solución de Problemas, Manejo de Pensamientos y Comunicación Asertiva.

Leiva et al, usaron como metodología de trabajo la aplicación de un taller grupal, cerrado, mixto que se realiza en la escuela durante el 2° año básico y a cargo, en su mayoría, de psicólogos del equipo ejecutor del programa.(10)

La actividad se desarrolla en 5 fases: (i) integración grupal, (ii) reconocimiento de normas y límites, (iii) identificación y expresión de emociones, (iv) resolución de conflictos y (v) fase de cierre, en la cual se trabaja la integración de las experiencias y la evaluación del taller por el grupo. Se efectúan listas de asistencia por sesión, se registra la evolución individual y del grupo y



el cumplimiento de objetivos y actividades por sesión. (10)

La experiencia de estos autores en los estudiantes de secundaria se realiza en 7° básico y consiste en un taller de 10 sesiones regulares (semanales y continuas) de dos horas con los adolescentes, tres sesiones con los padres y dos sesiones con los profesores, el cual tiene una duración de aproximadamente seis meses, es grupal, cerrado, mixto y se realiza en el centro educativo y está a cargo principalmente de psicólogos que son parte del equipo ejecutor del Programa. (11)

Vizcarra, Poo y Donoso (12) utilizaron el programa *Construyendo una relación de pareja saludable* para la prevención de la violencia en el noviazgo, el cual cuenta con un manual para la persona monitorea y un portafolio para el estudiante; está diseñado en 5 módulos: Bases teóricas de la violencia, Relaciones de pareja saludable, Autoconocimiento y expresión emocional, Resolviendo los conflictos en forma no violenta y al final, un módulo de integración del conocimiento.

El programa está diseñado para ser aplicado en encuentros semanales de dos horas y media. La implementación requiere de dos monitores, idealmente hombre y mujer, con capacidades asertivas y concordancia de criterios que faciliten la transmisión del mensaje. (12)

Londoño y colaboradores (13) dividieron a los participantes en dos grupos, uno experimental en el que aplicaron las sesiones con diálogos socráticos y uno control, que quedó en una “lista de espera”, esto por motivos *éticos de ofrecer la terapia a todos los participantes*.

El estudio de Ramos et al (14) se basó en la aplicación del programa “*Sin Violencia es Mejor*” el cual es un modelo que se deriva de la investigación psicosocial desarrollada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en México, estructurado en 5 módulos: ¿Qué es la violencia?, Violencia en las relaciones familiares, Violencia entre compañeros, amigos o vecinos, en tu escuela y/o vecindario, Violencia en citas o en el noviazgo y Violencia en el espacio público. Este se desarrolló en dos versiones: una para niños y otra para profesionales de la salud, esta segunda versión es la que se aplicó en este programa, por medio de una plataforma tecnológica en la cual cada participante realizaba la experiencia educativa y tenía el apoyo de un tutor.

Como aspectos llamativos de la revisión de estos programas, se observa que seis de ellos están orientados al trabajo en grupos y uno de ellos está diseñado para interacción por medio de internet.

Es importante resaltar estos puntos ya que como se ha dicho, los recursos para la prevención son escasos y en temas de salud mental pueden ser más escasos *aún*, razón



por la cual las estrategias a utilizar deben ir orientadas a intervenciones costo efectivas más favorables.

En ese sentido, la estrategia de intervención en grupos permite la captación y abordaje de varias personas en un mismo periodo de tiempo, lo que maximiza el uso del espacio y el recurso humano, así como el tiempo que se emplea en las intervenciones.

Sin embargo, este recurso debe ser adecuadamente empleado, ya que para muchas personas participar en una experiencia de grupo puede ser amenazante, aburrido o incluso ser menospreciada por desconocimiento.

Además, debe aclararse que no se llevará a cabo un grupo terapéutico, sino que será un grupo educativo con carácter preventivo para evitar aún más resistencias por parte de la población para participar en este.

También, se debe contar con espacios adecuados para tal fin y un equipo de moderadores que tengan las capacidades y las competencias que les permitan manejar de forma efectiva el grupo y abordar cualquier eventualidad que se presente.

En lo relativo a la experiencia en internet, el auge de las tecnologías de la información nos permite realizar experiencias educativas a larga distancia, a nuestro ritmo y nuestro tiempo, sobretodo en una sociedad de alta exigencia que limita a veces el acceso a

medios de capacitación presencial por temas como el tráfico, los largos desplazamientos y las jornadas de trabajo, de igual forma, evita la “amenaza” de participar en una actividad de grupo.

En lo referente a la prevención de la enfermedad mental, muchas personas tienen dudas sobre la experiencia educativa virtual, de modo que, se podría contar con personas dispuestas a aclarar las dudas y a orientar ante cualquier eventualidad que surja, para que, por ejemplo, si alguien descubre que está inmerso en un círculo de violencia, pueda recibir apoyo para afrontar su situación.

Resultados obtenidos y la forma en que fueron medidos

Mendoza y Pedroza (8) obtuvieron los resultados mediante evaluaciones pre y post tratamiento, así como durante la intervención. Las primeras evaluaciones, fueron por medio de observación directa para medir conducta disruptiva y agresiva del alumnado participante; se hicieron tres, de 15 min cada una, durante una semana antes del tratamiento y tres observaciones de 15 min después de terminado el tratamiento. La evaluación durante el tratamiento se realizó a través del autoinforme denominado “buzón de quejas”.

Estos autores reportan, posterior a la realización del programa, una disminución drástica en las conductas agresivas, tanto físicas como verbales, así como la



disminución de las conductas disruptivas en el aula, comparadas con la cantidad de registros que recopilaron una semana antes de empezar la intervención.

En la experiencia de Fuentes y Colaboradores, (9) se utilizó como método de medición una encuesta con 17 afirmaciones acerca de Conocimientos sobre el estrés, 11 sobre Habilidades para manejo del estrés y 20 sobre Actitudes para reaccionar ante el estrés, la cual se aplicó a los participantes antes y después de realizar la experiencia educativa.

Los resultados de esta experiencia fueron un incremento estadístico significativo de las respuestas correctas de dicha encuesta en las tres dimensiones de la encuesta posterior a la experiencia educativa, con respecto a las respuestas de la encuesta aplicada previo a la implementación de los módulos, lo que se asoció a una mejoría en el conocimiento de los participantes acerca del estrés, las habilidades para su manejo y las actitudes para reaccionar ante el estrés.

Leiva y colaboradores (10) realizaron en las escuelas un total de tres mediciones: la primera medición se efectuó cuando los estudiantes se encontraban cursando 1° básico, por medio de los instrumentos TOCA-RR y PSC, la segunda, en 2° básico con la intervención preventiva. Finalmente, la última medición se realizó cuando los niños se encontraban en 3° básico.

Estos autores reportan como resultado de esta experiencia que los niños participantes tuvieron mejorías en los parámetros evaluados, además, el avance fue mayor si los niños participaron en más de 8 sesiones, además, y aún mejor si los padres participaron también en los talleres y si los profesores participaron en al menos uno de los talleres educativos.

La experiencia en estudiantes de secundaria llevada a cabo por Leiva et al, (11) fue medida de forma similar a la experiencia de los estudiantes de primaria: por medio de tres mediciones cuando los estudiantes cursaban sexto grado, con los instrumentos TOCA-RR y PSC; en séptimo año se realizó la intervención educativa y en octavo año una nueva medición con los instrumentos TOCA-RR y PSC.

Los resultados de esta experiencia mostraron que hubo cambios favorables a través del tiempo, los adolescentes aumentaron su nivel de autonomía y disminuyeron sus respuestas agresivas. Sin embargo, también se encontró que los adolescentes muestran peores relaciones con sus pares y un pobre desempeño escolar, estos resultados mejoraron con la asistencia de los padres a los talleres aunque no de forma significativa. (11)

En cuanto al programa llevado a cabo por Vizcarra, Poo y Donoso, (12) los autores refieren que:



En la evaluación de los aprendizajes se han utilizado distintas estrategias: pruebas objetivas, trabajos prácticos, portafolio y una técnica llamada “Carta a una amiga”, que ha resultado particularmente útil. Esta consiste en una carta escrita por una joven en la que cuenta que está viviendo una relación de violencia. La carta es una adaptación de un recurso pedagógico usado en el programa Viraj (Lavoie, Hotton-Paquet, Laprise y Lacerte, 2009). Los estudiantes deben contestar la carta en la última sesión, reflejando en ella los aprendizajes conceptuales y actitudinales.

Los resultados de esta experiencia según los autores muestran un incremento de los conocimientos acerca de la violencia, así como la exclusión de esta en una relación sana de pareja y el desarrollo de métodos adecuados de resolución de conflictos. (12)

Los talleres llevados a cabo por Londoño y colaboradores (13) fueron evaluados por medio de la Escala de depresión del Centro de Estudios epidemiológicos (CES-D), el Cuestionario revisado de 90 síntomas (SCL-90R), el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Revisado (ATQ-TP), y el Cuestionario de Auto manifestaciones Ansiosas (ASSQ).

Los resultados de esta experiencia al comparar las evaluaciones entre los dos grupos, indicaron que el programa resultó

efectivo en la reducción de los pensamientos negativos para el grupo experimental, aunque no se identificaron otros efectos. (13)

Ramos et al, (14) diseñaron para la evaluación de los resultados un instrumento con 58 preguntas dividido en dos partes: una de 37 preguntas basadas en 4 ejes temáticos: ¿Qué es la violencia?, Tipos de violencia (física, emocional y sexual), Espacios o ámbitos donde sucede la violencia, Reconocimiento de la violencia ejercida o vivida y otra con puntuaciones de 1 o 0; y una segunda parte con 20 reactivos que arrojaron información respecto a actitudes de intolerancia hacia personas y grupos en general y por su condición de género, religión, discapacidad, apariencia física, nivel socioeconómico, grupo étnico, orientación sexual o edad valorado con escala de tipo Likert.

Además, estos autores desarrollaron un instrumento para medir la intervención desde la percepción de los participantes, en cinco dimensiones: a) Calidad Temática, b) Calidad Comunicativa, c) Calidad Interactiva, d) Calidad Instruccional y e) Calidad Tecnológica. Este instrumento también se evalúa por medio de una escala tipo Likert. (14)

Los resultados de esta experiencia muestran que, entre los participantes, hubo un incremento general en los conocimientos acerca de la violencia en todos los ejes temáticos planteados, además se notó una



disminución en las respuestas que denotaban intolerancia, aunque, según manifiestan los mismos autores, no tanto como ellos lo esperaban. (14)

La metodología de medición de los resultados en todos los casos se basa en la valoración pre y post test, práctica que parece ser adecuada, pues se aplicó la misma escala, previo a la experiencia educativa y posterior a esta.

Solo en uno de los casos se presentó como medida alternativa el análisis de la “carta” que responde a una experiencia dentro de un proceso constructivista, la cual sí requiere de un adecuado conocimiento por parte del evaluador para identificar aquellos aspectos dentro de la respuesta que muestran un grado de conocimiento mayor al que se tenía al inicio por parte del participante.

En cuanto a los resultados obtenidos, los siete estudios mostraron una mejoría en los aspectos evaluados en los participantes, lo cual debería traducirse en mejores estrategias de afrontamiento de situaciones y de prevención de la enfermedad mental.

Es llamativo que en un caso (Leiva et al, 2015 ²) sí se reporta por parte de los autores una disminución en la relación de los participantes con los pares y el desempeño escolar posterior a la experiencia educativa.

Este elemento es llamativo e invita a la revisión de esta actividad para valorar

posibles sesgos que afectaran el resultado a la hora de las evaluaciones post experiencia, o revisar si existe en la temática o la metodología algún elemento predisponente a esta condición; todo ello con el fin de mejorar la experiencia previo a una nueva aplicación.

También dentro de los resultados en una experiencia (14) se habla de una mejora de los parámetros relacionados con discriminación «pero menos de lo esperado», en este caso es importante cuantificar la expectativa por parte de los investigadores para definir mejor el concepto y evitar subjetividades que afecten la credibilidad de la experiencia de prevención.

Por otra parte, en aquellos casos en que crearon instrumentos con el fin de evaluar la actividad de prevención en particular, sería importante revisar la fiabilidad de estos, ya que puede ser una fuente de resultados inadecuados que impidan una mejoría a futuro de los programas de prevención de la enfermedad mental.

Conclusiones y recomendaciones de cada experiencia estudiada

Mendoza y Pedroza (8) concluyen que el profesor es un importante agente de cambio en el entorno de los estudiantes y que por medio de la aplicación de estrategias conductuales puede generar un impacto positivo en la población.

La recomendación de los autores es la elaboración de más experiencias educativas



relacionadas con el manejo del *bullying* en el escenario escolar para mejorar las relaciones interpersonales y la evaluación de los mismos por medio de experiencias de observación.

Fuentes y Colaboradores (9) concluyeron que su experiencia educativa era efectiva en el manejo del estrés a partir de la mejoría en las puntuaciones de la encuesta aplicada, lo que mostró, según ellos, un incremento en las competencias en este tema de los participantes.

Leiva y colaboradores (10) concluyeron en su estudio que la interacción de los diferentes subsistemas en la escuela por medio de estrategias educativas permite una potenciación del efecto de estos en la mejoría de la conducta de los estudiantes.

En el estudio con adolescentes, Leiva et al (11) concluyeron que los cambios beneficiarían a los estudiantes en el ámbito escolar y recomiendan una mayor participación de padres y otros actores sociales para mejorar las respuestas a estas actividades.

Vizcarra, Poo y Donoso, (12) concluyen que es viable llevar a cabo esta experiencia educativa y resaltan la necesidad de desarrollar espacios de diálogo y reflexión para los jóvenes acerca de temas de violencia.

Londoño y colaboradores (13) concluyeron en su experiencia que el programa de

prevención tiene efectos favorables en la medida que disminuye los factores de riesgo cognitivo para la depresión y la ansiedad como son los pensamientos negativos.

Ramos et al, (14) por su parte, concluyeron que su estudio es una propuesta innovadora, que optimiza recursos con el acceso a internet y permite el alcance a gran parte de la población, además de la efectividad que mostró en cuanto a la prevención de la violencia, eso sí, los autores recomiendan la revisión de los instrumentos utilizados para comprobar su validez y fiabilidad.

En todos los casos los autores concluyeron que su programa de prevención de enfermedad mental es positiva y trajo beneficios a los participantes, siempre considerando los casos mencionados en el análisis del objetivo anterior así como las recomendaciones de revisar aquellos instrumentos que no han sido validados previamente.

En ese sentido, las actividades que se analizaron en el presente trabajo podrían ser replicadas en otras regiones o países, teniendo en cuenta las características de la población y el acceso a los recursos que se necesitan para que se puedan llevar a cabo de forma exitosa, lo que está acorde con los planteamientos hechos por la ONU (2004) acerca de recopilar estrategias exitosas de prevención de la enfermedad mental y ponerlas a disposición de los países y grupos interesados en desarrollarlas.



Conclusiones y recomendaciones

Los grupos poblacionales tomados en cuenta en los programas de prevención analizados son principalmente estudiantes de primaria, secundaria, universitarios y trabajadores del sector salud.

Las metodologías de trabajo utilizadas son, en general, intervenciones a nivel grupal; incluso, en uno de los casos se realizó un programa por medio de internet, en este caso, enfocado en profesionales de la salud.

Las metodologías de evaluación se basaron en encuestas pre y post actividad de prevención, solo en un caso se realizó una evaluación de corte más cualitativo.

Los resultados en la gran mayoría de los casos mostraron mejoría en los aspectos para los cuales se realizó la actividad educativa, salvo en uno de ellos en que se registró un deterioro respecto al estado pre actividad.

Las conclusiones de los trabajos revelan que fueron efectivos y que deberían traducirse en mejores estrategias para la prevención de la enfermedad mental en los participantes.

Estos trabajos podrían replicarse en otras regiones para prevenir la enfermedad mental siempre teniendo en cuenta las características de la población en la que

se aplicará y contando con los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

A manera de recomendación siempre es importante verificar que se cuenta con los recursos humanos, técnicos y de infraestructura necesarios para la realización de las experiencias de prevención de enfermedad mental previo su aplicación. Asimismo, se debe tener en cuenta, a la hora de poner en práctica estas actividades, la idiosincrasia de cada población donde se aplicará.

Es importante motivar a los trabajadores de la salud para investiguen y publiquen más sobre estas experiencias, sea con las técnicas ya mencionadas o con otras, con el fin de incentivar la creación de una base de datos más amplia para difundir la prevención de la enfermedad mental.

Para los trabajadores de la salud también es bueno considerar la realización de este tipo de programas en otras poblaciones como las amas de casa, cuidadores, docentes, entre otros, para evitar el desgaste en estos grupos y así disminuir los costos de atención y la discapacidad que la enfermedad genera.

Se recomienda, en la medida de lo posible, utilizar parámetros cuantitativos para evaluar los resultados de la aplicación de un programa de prevención de la enfermedad mental, con el fin de hacer los resultados



más fáciles de apreciar y compararlos con otras experiencias.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra. 2015.
2. Vázquez, F. **¿Es posible prevenir la enfermedad mental grave?** Acta médica grupo ángeles 2017: 15(2).
3. Pedraza, L. Molerio, O. **Álvarez,** R. Hernández, Y. Rodríguez, Y. Prevención y tratamiento del tabaquismo desde un enfoque psicológico. Psicogente, 2015: 15(28). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4975/497552361017>
4. Buitrago et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria*. 2018: 50(1): 83-108
5. Sadock, B. Sadock, V. Ruiz, P. *Sinopsis de Psiquiatría*. Pensilvania: Wolters Kluiver. 2016.
6. El-Sahili, L. *Burnout: Consecuencias y Soluciones*. México: Manual Moderno. 2015.
7. Ortegón, M. Martínez, Á. Pérez, I. Prevention versus Clinical Management of Suicide Attempts in Adolescents: What are the Costs? *Rev Cienc Salud*. 2018; 16(2):188-202. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6764>
8. Mendoza B. Pedroza, F. Evaluación de un Programa de Intervención para Disminuir el Acoso Escolar y la Conducta Disruptiva. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 2015: 5(2) <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3589/358942803001>
9. Fuentes, P. et al. Evaluación de la efectividad de una intervención interactiva para el manejo del estrés en profesionales de la salud. *Salud Mental* 2015: 38(5).
10. Leiva, L. George, M. Antivilo, A. Squicciarini, A. Simonsohn, A. Vargas, B. Guzmán, J. Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas*, 2015:14(1), <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1710/171033736004>
11. Leiva, L., George, M., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A., & Guzmán,



- J. Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: desafíos para un programa público en comunidades educativas. *Universitas Psychologica*, 2015: 14(4), 1285-1298. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-4.ipsm>
12. Vizcarra, María Beatriz, & Poo, Ana María, & Donoso, Trinidad (2013). Programa educativo para la prevención de la violencia en el noviazgo. *Revista de Psicología*, 2013:22(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=264/26429848007>
13. Londoño, N. et al. Efectividad de un programa de prevención en salud mental mediante el diálogo socrático y el pensamiento crítico. *Salud Uninorte* 2016: 32 (1): 1-24 11.
14. Ramos, L. Fuentes, P. Flores, K. Ruíz, E. Evaluación de una intervención en línea para prevenir la violencia en población juvenil y adolescente. Resultados preliminares sobre su efectividad con profesionales de la salud. *Salud mental*: 2014: 37, (3).