

6. Consejo breve por profesionales en salud mental: buen trato y paz en migración¹

SILVIA MORALES CHAINÉ*

MARÍA GUDELIA RANGEL GÓMEZ**

ISAURA ANGÉLICA LIRA CHÁVEZ***

VIOLETA FÉLIX ROMERO****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.241.06>

Resumen

La formación de profesionales para reducir la brecha de atención en salud mental genera un panorama de esperanza en la promoción del buen trato, respeto a los derechos humanos y la interacción basada en la paz para las personas que transitan, permanecen o retornan de EE. UU. El objetivo del estudio consistió en que las y los profesionales que interactúan con personas en condición migrante, adquirieran conocimientos y habilidades en consejo breve para reducir la brecha de atención en salud mental. Se trabajó con 32 profesionales, 34% hombres y 66% mujeres, que atendían a la población mexicana en la frontera norte de México. Se utilizó un diseño preexperimental en el que se enseñó, practicó y retroalimentaron las habilidades de detección, manejo y seguimiento de riesgos en salud mental. Los

¹ El trabajo fue desarrollado bajo el apoyo de la Comisión Fronteriza México-Estados Unidos en colaboración con la Facultad de Psicología, UNAM convenio 61691-721-25-VII-23.

* Doctora en Análisis Experimental del comportamiento. Profesora de Tiempo Completo Definitivo del área de Ciencias Cognitivas y del Comportamiento de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9269-7877>

** Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora-investigadora del Departamento de Estudios de Población y Secretaría Ejecutiva de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, Colegio de la Frontera Norte. México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3376-152X>

*** Licenciada en Relaciones Comerciales. Asistente Ejecutiva de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5986-3508>

**** Doctora en Psicología. Profesora de Tiempo Completo Interina de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1880-658X>

hallazgos sugieren un incremento en los conocimientos y habilidades para promover el bienestar y la salud mental y, en particular, en las prácticas esenciales de salud en este contexto de respeto a los derechos humanos, buen trato y las condiciones de paz. El dominio de conocimientos y la implementación hipotética de habilidades obedece a su enseñanza, práctica y retroalimentación. La formación continua y el monitoreo del consejo breve para la salud mental son esenciales en contextos reales y con poblaciones migrantes.

Palabras clave: *Consejo breve, salud mental, entrenamiento, migración, paz.*

Introducción

La residencia en un país extranjero implica retos de adaptación a un ambiente social y cultural diferente al de nacimiento. En tales condiciones, es de esperarse que la población mexicana en condición migrante que reside en EE. UU. exponencialmente sufra ansiedad, depresión o estrés postraumático, lo que incrementa también el estigma, la discriminación o la exclusión social del que pueden ser objeto (López-Jaramillo *et al.*, 2023). En este contexto, dentro de la escuela de la autonomía de la migración se ha sugerido que las y los profesionales promovamos ambientes de paz y bienestar para todas las personas en condiciones de movilidad humana (Casas-Cortés y Cobarrubias, 2019). Es decir, las poblaciones migrantes tienen derecho a ser tratadas bajo los principios del respeto, la beneficencia y la justicia social para establecer ambientes de paz y de atención a sus riesgos a la salud mental (Informe Belmont, 1979).

No obstante, ante la necesidad de atención a la salud mental, la Organización Mundial de la Salud ya había reportado que existen sólo 10 profesionales de la salud por cada 100 mil habitantes en el mundo (OMS, 2014). Por lo que la formación de profesionales no especializados y promotores en salud mental para reducir la brecha de atención en salud mental (guía mhGAP, por sus siglas en inglés; OMS, 2019; 2023) con personas en condición migrante genera un panorama de esperanza en la promoción del buen trato, respeto a los derechos humanos y la interacción basada en la paz para

las personas que transitan, permanecen o retornan de EE. UU. y presentan riesgos a su salud mental.

Las intervenciones psicosociales en combinación con las acciones comunitarias y la intervención farmacológica, cuando es requerida, se integran en los algoritmos de decisión de la guía clínica para reducir la brecha de atención en el primer nivel de atención (OMS, 2023). De ahí que el entrenamiento en tales acciones en salud mental, para que las y los profesionales participen activamente en la reducción de la brecha de atención, implica adquirir conocimientos y habilidades para la detección temprana, el manejo, la derivación efectiva y seguimiento de los riesgos a la salud como una estrategia de promoción del respeto a los derechos humanos, el buen trato y la paz, en condiciones de migración. El profesional de la salud, en colaboración con las personas beneficiarias, está en capacidad de aprender e implementar el consejo breve: evaluar las condiciones de riesgo a la salud mental, dialogar sobre los motivadores del cambio, establecer metas de trabajo, acompañar a las personas en la elaboración de planes de acción para el cambio y dar seguimiento al logro de tales metas de vida (Morales-Chainé *et al.*, 2019).

Para el consejo breve basado en la evidencia, la formulación diagnóstica corresponde a la versión más simple de la evolución y el mantenimiento de una problemática específica. Por lo cual, se busca intervenir de una manera efectiva, rápida y económica a partir de una exploración y cambio de las propias conductas o actitudes que favorecen al máximo la resolución de las condiciones de riesgo a la salud mental y física (Robles *et al.*, 2022). En el consejo e intervención breve, los promotores y profesionales de la salud, con base en las recomendaciones de la mhGAP, se ciñen a fenómenos objetivos, a condiciones pragmáticas, centrándose en el análisis de las ideas (constructos) y de las secuencias conductuales repetitivas que rodean la recuperación de la salud mental, en el marco del respeto a los derechos humanos. En tal contexto, Keynejad *et al.* (2021) describieron, con base en la revisión de 59 estudios, cómo el entrenamiento en el uso de la guía mhGAP generó una mejoría en la adquisición de conocimientos, actitudes y autoeficacia para el cuidado de la salud mental. Los autores recomendaron que futuros estudios se realizaran en regiones poco estudiadas, en las que se requiriera una adaptación de los procedimientos al contexto de las intervenciones psicológicas breves y con poblaciones particulares. Por lo que, en

el presente estudio, el objetivo consistió en que las y los profesionales, que interactúan con personas en condición migrante, adquirieran conocimientos y habilidades en consejo breve para reducir la brecha de atención en salud mental. Es decir, se llevó a cabo el entrenamiento de profesionales que interactúan con poblaciones migrantes para el uso del consejo breve y la detección, manejo y seguimiento de riesgos a la salud mental; el entrenamiento ocurre en el marco del programa para reducir la brecha de atención como una estrategia de promoción de respeto a los derechos humanos, el buen trato y la interacción en condiciones de paz.

Método

Participantes

Se integraron 32 profesionales de la psicología con nivel licenciatura, con experiencia entre uno y 10 años de un Instituto público en Migración al entrenamiento, 34% hombres y 66% mujeres. Del total, 75% (24) completaron la evaluación teórica-práctica previa al entrenamiento, mientras que 69% (22) realizaron la ulterior. El 44% de las y los profesionales (14) realizaron ambas evaluaciones. El entrenamiento se llevó a cabo en la Ciudad de Tijuana, Baja California Norte, a finales de 2023.

Instrumentos

Se construyeron dos herramientas para este estudio: el cuestionario de conocimientos en salud mental y las viñetas prácticas del consejo breve para la detección, el manejo y seguimiento de los riesgos a la salud mental. El cuestionario de conocimientos teóricos está conformado por 72 preguntas cerradas con cinco opciones de respuesta: una correcta, tres distractores y la opción “no sé”. Los reactivos se distribuyen en 13 apartados: salud mental, consejo breve, principios esenciales para la promoción de la salud mental, primer apoyo psicológico, depresión, estrés, ansiedad y somatización, consumo de sustancias, trastornos del comportamiento, violencia y funcio-

nalidad, autolesión y suicidio, autocuidado y habilidades para la vida. Se calculó el alfa de Cronbach con un índice resultante del $\alpha = 0.95$.

La evaluación práctica estuvo conformada por tres viñetas que exponen tres casos de riesgo a la salud mental: leve (por ansiedad); moderado (por depresión) y alto (por un trastorno de estrés postraumático o PTSD). Las habilidades de consejo breve se evalúan en función de: la detección temprana de síntomas (en los tres casos de riesgo), su manejo, reversión de riesgos, el establecimiento de planes de acción y el seguimiento. La valoración de habilidades se califica por un evaluador entrenado en el programa, que pondera la respuesta abierta de las personas participantes en 0 —no menciona ningún aspecto de la habilidad (p. ej., manejo-plan de acción)—; 1, cumple un aspecto de la habilidad y 2, cumple con 2 o más aspectos de la habilidad. Para la calificación, se calculó el porcentaje promedio de cada habilidad en función de los tres casos presentados, así como sus alfas de Cronbach, de tal forma que se obtuvieron cuatro puntajes: (a) detección de síntomas ($\alpha = 0.85$); (b) manejo a través de revertir el riesgo ($\alpha = 0.88$); (c) manejo a través del plan de acción ($\alpha = 0.84$) y (d) seguimiento del caso ($\alpha = 0.82$).

Procedimiento

Se trabajó con base en un diseño preexperimental *pretest-postest*, con dos días de entrenamiento. La evaluación tuvo una duración de 45 minutos: 25 para la teórica (conocimientos) y 20 minutos para la práctica (viñetas). El entrenamiento en consejo breve para la salud mental consistió en la revisión teórico-práctica de 11 módulos: seis el primer día (consejo breve, atención a prácticas esenciales de salud, salud física y mental, diagnósticos previos de depresión y ansiedad, somatización y estrés agudo postraumático); y cinco módulos en el segundo día (consumo de sustancias y otros trastornos del control de impulsos, trastornos del comportamiento, violencia, autolesión, suicidio y autocuidado). El tema de habilidades para la vida que forma parte del entrenamiento (segunda etapa en futuros estudios) se consideró como una condición control en este estudio.

Cada módulo se enseñó a lo largo de 50 minutos, en los cuales: (1) se impartía el contenido a través de la exposición de diapositivas; (2) se plan-

teaban cinco preguntas para la verificación de conocimientos con retroalimentación inmediata a cada respuesta verbalizada grupalmente; (3) se conformaron diadas para el análisis de una viñeta representativa de tales condiciones de riesgo a la salud mental (para estas viñetas se debían resolver las preguntas: ¿cuáles son los síntomas o riesgos que reporta el caso?, ¿qué opciones tendría la persona para revertir su condición?, ¿cuál sería el plan de acción que tendría que seguir para revertir totalmente su condición? y ¿cuáles serían las acciones de seguimiento que habría que planear con la persona?); (4) se retroalimentaron grupalmente las respuestas dadas a las viñetas de caso, reconociendo respuestas cuya implementación se refería a estrategias basadas en la evidencia y agregando las habilidades faltantes y (5) se resolvían las dudas del grupo.

Para el análisis: (1) se calificaron los instrumentos y se calcularon los puntajes y porcentajes promedio de cada apartado (p. ej., salud mental). (2) se compararon los porcentajes promedio en la pre y post evaluación con la prueba *t* para muestras relacionadas (con un valor de $p < 0.05$) y (3) se representó la distribución de los participantes en función de sus porcentajes promedio totales de conocimientos y habilidades y para cada apartado de la evaluación, teórica y práctica, a través de las gráficas de caja y bigote, en las cuales se integró visualmente el promedio (*M*) y la desviación estándar (*DE*) de las calificaciones previas y posteriores respectivas. Para los análisis de datos descritos se utilizó: (1) el entorno de programación para análisis de datos de IBM® SPSS®, versión 19.0 y (2) el de RStudio® versión 1.4.1106 con la paquetería ggplot2.

Resultados

En el apéndice A se integraron los puntajes promedios de cada participante en la evaluación de conocimientos y habilidades. En él se muestra que el porcentaje promedio de conocimientos incrementó significativamente de la primera a la segunda evaluación, para todas las temáticas, excepto para la de habilidades para la vida (situación control). Se observó que la calificación en porcentaje promedio más baja fue de 1.39% para la evaluación de habilidades de manejo a través del plan de acción y la más alta fue de a 56.67%

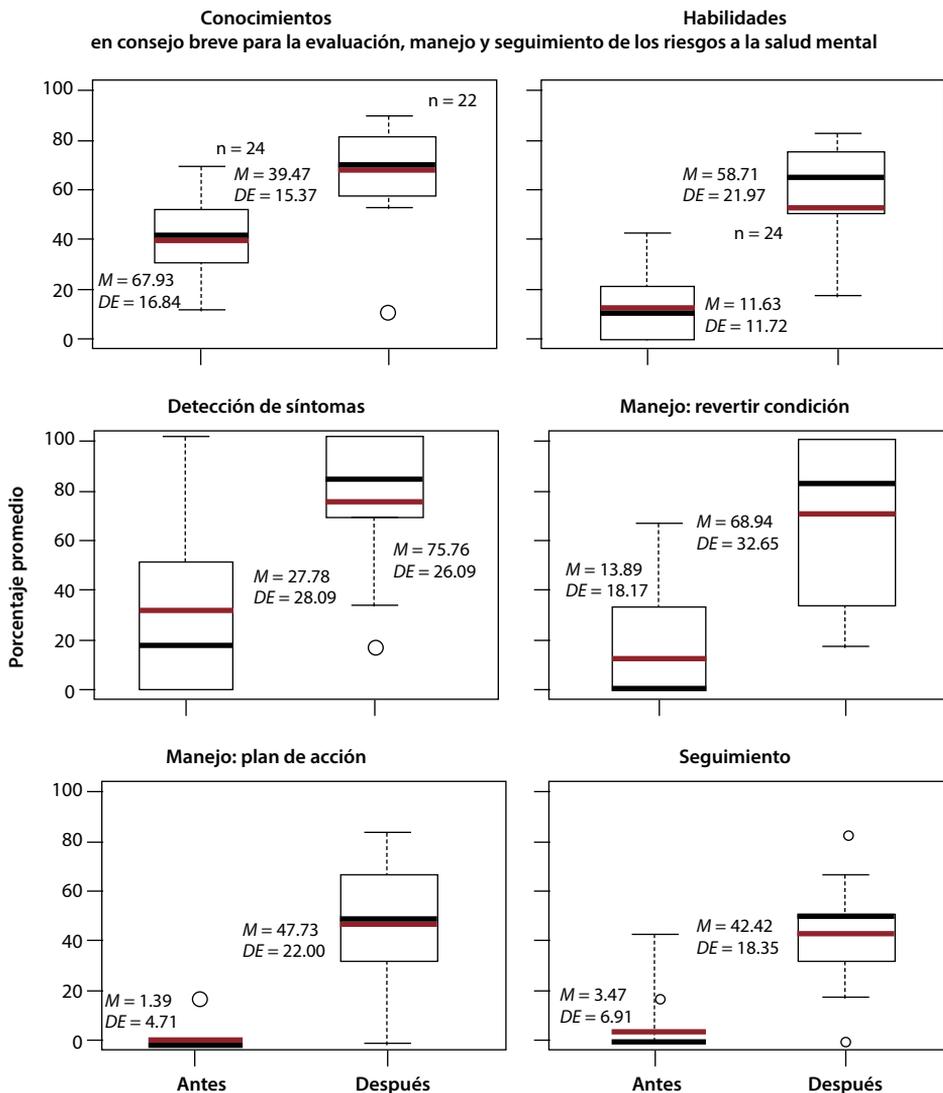
para los temas: primer apoyo psicológico y estrés postraumático. Todo ello en la evaluación previa. En la evaluación posterior, el promedio más bajo fue de 42.42% para las habilidades de seguimiento y la calificación máxima fue de 81.82 para autolesión y suicidio.

En la figura 1, se observa la distribución de personas participantes en función de su porcentaje promedio en la evaluación teórica (conocimientos) y práctica (habilidades), así como para las habilidades en consejo breve: detección, manejo (revertir síntomas y plan de acción) y seguimiento de riesgos a la salud mental. Fue evidente una mayor cantidad de participantes distribuidos por arriba de la mediana y con ello por encima del promedio grupal en las evaluaciones posteriores al entrenamiento. En particular, se observa una mayor distribución de participantes por arriba del promedio en la evaluación posterior al entrenamiento en las cuatro habilidades de consejo breve, incluso para los casos en las que las calificaciones fueron bajas (plan de acción y seguimiento).

En las figuras 2 y 3 se observa que más de la mitad de las y los participantes obtuvo puntajes superiores a la mediana, en la evaluación posterior, para todos los apartados del entrenamiento: salud mental, consejo breve, principios esenciales de salud (específicos en el cumplimiento del buen trato, derechos humanos y promoción de la paz), primer apoyo psicológico, depresión, ansiedad/somatización, estrés postraumático, uso de sustancias psicoactivas, trastornos del comportamiento, autolesión/suicidio, violencia y autocuidado. Para el caso del tema no incluido en el entrenamiento, que funciona como un control: habilidades para la vida, hubo una mayor proporción de participantes por debajo del porcentaje promedio y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el pre y la post evaluación (Apéndice A).

Figura 1

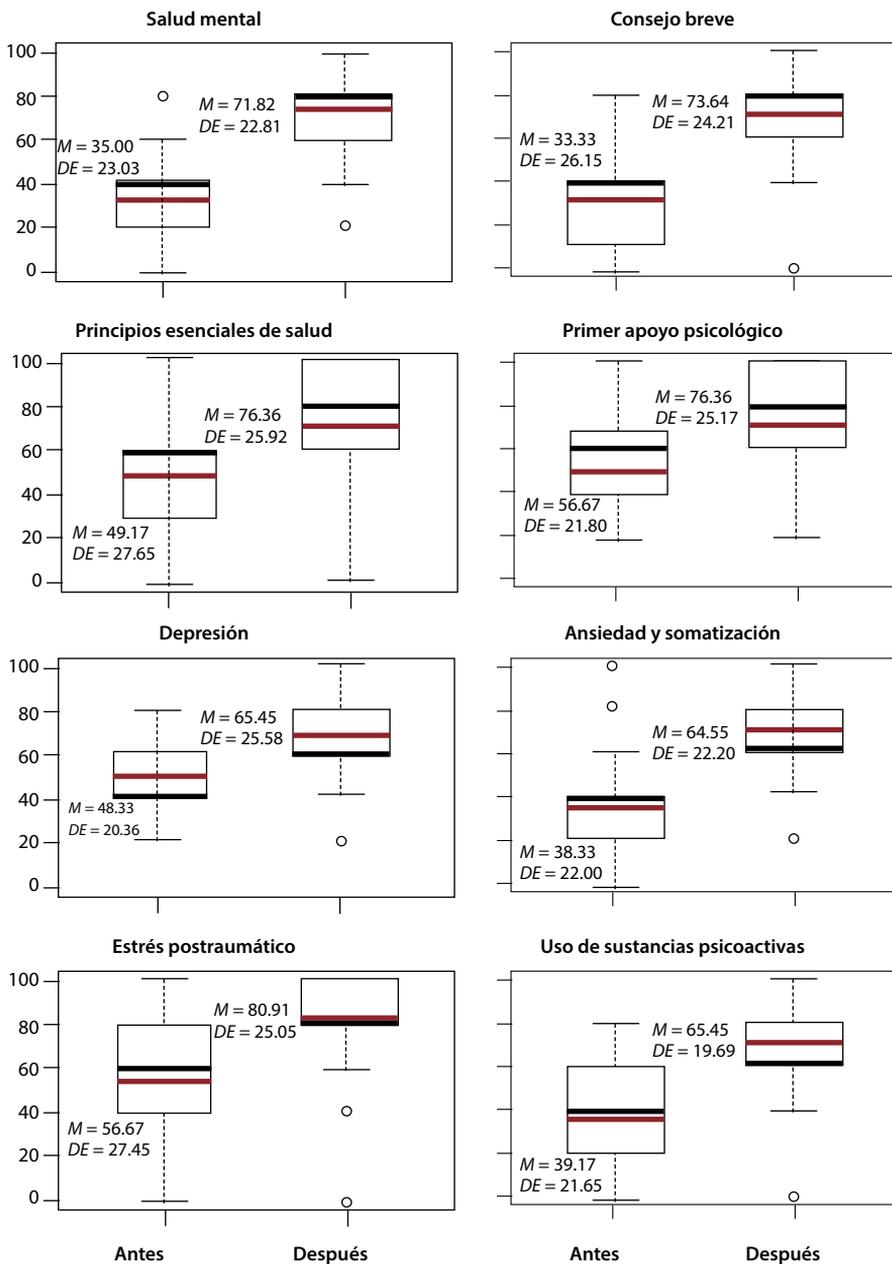
Distribución de participantes en función del porcentaje promedio teórico (conocimientos), práctica (habilidades) y de las habilidades para la detección de síntomas, su manejo (revertir y plan de acción) y seguimiento



Nota: La línea intermedia roja representa la colocación de la mediana en la distribución y la línea roja representa el promedio (M). DE = Desviación estándar. Las diferencias fueron significativas al valor $p < 0.05$

Figura 2

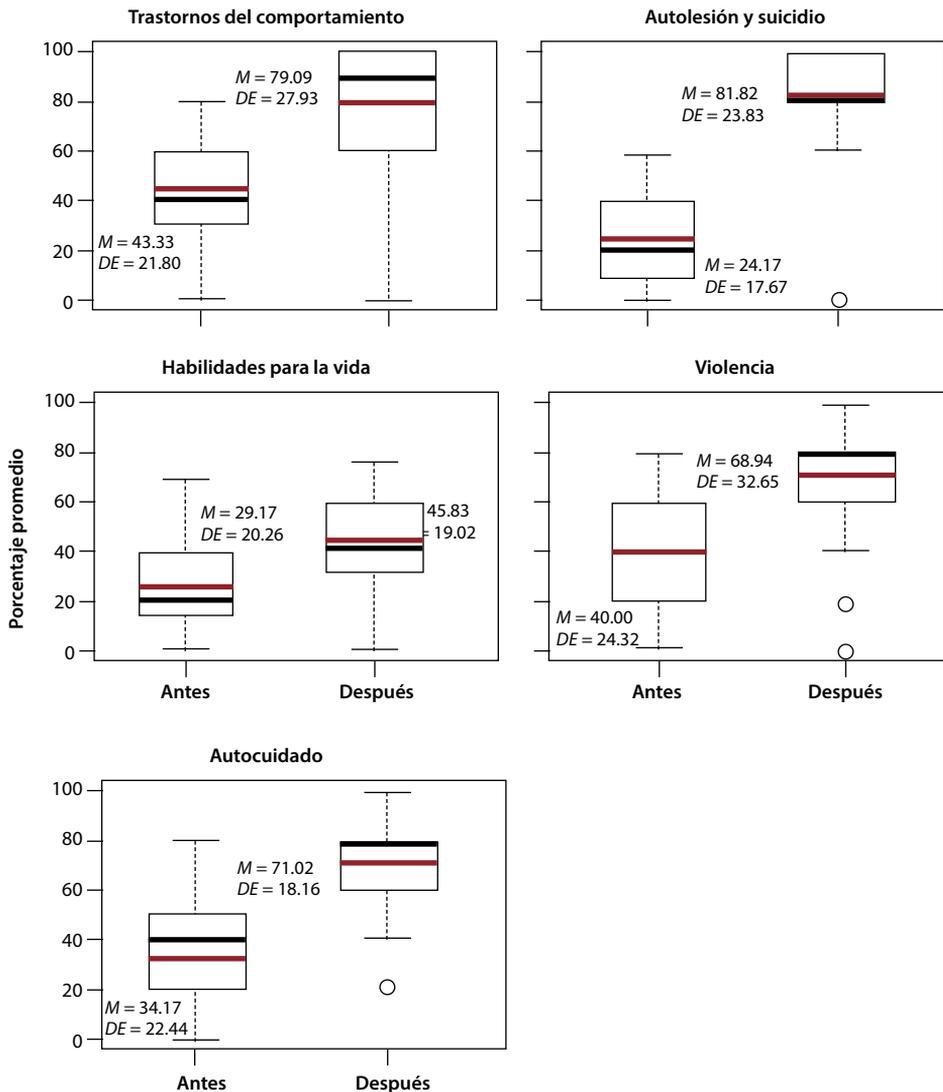
Distribución de participantes en función del porcentaje promedio en los rubros: salud mental, consejo breve, principios esenciales de salud, primer apoyo psicológico, depresión, ansiedad-somatización, estrés postraumático y uso de sustancias psicoactivas



Nota: La línea intermedia roja representa la colocación de la mediana en la distribución y la línea roja representa el promedio (M). DE = Desviación estándar. Las diferencias fueron significativas al valor $p < 0.05$

Figura 3

Distribución de participantes en función del porcentaje promedio en los rubros: trastornos del comportamiento, autolesión/suicidio, habilidades para la vida, violencia y autocuidado



Nota: La línea intermedia roja representa la colocación de la mediana en la distribución y la línea roja representa el promedio (M). DE = Desviación estándar. Las diferencias fueron significativas al valor $p < 0.05$

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio sugieren un incremento en los conocimientos y habilidades para promover el bienestar y la salud mental y, en particular, las prácticas esenciales de salud en este contexto del respeto a los derechos humanos, buen trato y las condiciones de paz. El entrenamiento atendió la formación de profesionales que cotidianamente interactúan con mexicanos en condición de tránsito, permanencia o retorno de EE. UU., en el marco de las recomendaciones internacionales plasmadas en los manuales de la mhGAP (OMS, 2019; 2023).

La adquisición de conocimientos y habilidades para el consejo breve parece haberse alcanzado en función de la retroalimentación del ensayo y su práctica en materia de salud mental (Morales-Chainé *et al.*, 2019). Las y los promotores que cotidianamente interactúan con personas en condición de migración en la frontera norte, que participaron en este entrenamiento, superaron porcentajes promedio aprobatorios de conocimientos en salud mental y más de la mitad de ellas reportaron un dominio de habilidades hipotéticas en consejo breve. Los hallazgos se observaron respecto a los rubros de: salud mental, principios esenciales de salud, primer apoyo psicológico, depresión, ansiedad/somatización, PTSD, uso de sustancias psicoactivas, trastornos del comportamiento, autolesión/suicidio, violencia y autocuidado (OMS, 2023). Dicha aseveración no aplicó para el tópico de habilidades para la vida que no fue parte del entrenamiento y que funciona como esa forma de control. Tal condición sugiere la relevancia de la formación ulterior de profesionales en salud mental, en beneficio de las personas con las que interactúan cotidianamente (p. ej., solución de problemas).

El actual entrenamiento atendió las propuestas de la mhGAP (OMS, 2019; 2023) sobre anteponer al respeto a los derechos humanos de las personas que sufren riesgos a la salud mental, la promoción del buen trato, la destigmatización, la erradicación de la discriminación y la eliminación de la exclusión social; todo ello como una vía directa a vivir en condiciones de paz. Tal conclusión obedece tanto a los hallazgos en los temas de consejo breve y los principios esenciales de salud como a su transversalización en

el resto de las condiciones de riesgo a la salud mental con la población mexicana que transita, permanece o retorna de EE. UU.

El entrenamiento basado en la práctica y retroalimentación de las habilidades de consejo breve para reducir la brecha de atención en salud mental es una estrategia que promete la recuperación del bienestar de mexicanas y mexicanos que viven en situaciones de migración; esto en el marco del respeto a los derechos humanos, buen trato y condiciones de paz, incluso durante la movilidad humana (Casas-Cortés y Cobarrubias, 2019) y de la misma manera que otros entrenamientos de la mhGAP llevados a cabo con poblaciones diferentes (Keynejad *et al.*, 2021). Los hallazgos se refieren, entonces, a la promoción de la salud mental con poblaciones migrantes con derecho a ser tratadas bajo los principios del respeto, beneficencia y justicia social (Informe Belmont, 1979).

Aun así, la limitación esencial del presente estudio se refiere a la práctica simulada que se llevó a cabo como estrategia de evaluación y que debiera obtenerse ya con las poblaciones migrantes, en sus escenarios reales. Así, nuestros hallazgos sugieren esencial el monitoreo constante de dichas habilidades y la formación continua (p. ej., habilidades para la vida), fortaleciendo y practicándolas en contextos reales (p. ej., consejo breve y seguimiento en casos de riesgo moderado y alto).

Referencias

- Casas-Cortés, M., y Cobarrubias, S. (2019). La autonomía de la migración: una perspectiva alternativa sobre la movilidad humana y los controles migratorios. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 46, 65-92. <http://dx.doi.org/10.5944/empiria.46.2020.26967>
- Keynejad, R., Spagnolo, J., y Thornicroft, G. (2021). WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *Evidence-Based Mental Health*, 0,1-7. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300254>
- Informe de Belmont/Belmont Report (1979). *Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación*. EUA: Departamento de Salud, Educación y Bienestar.
- López-Jaramillo, A. M., Rangel-Gómez, M. G., Morales-Chainé, S., López-Montoya, A., Lira-Chávez, I. A., y Cruz-Piñeiro, R. (2023). Mental, neurological and substance use

- disorders among the Latino migrant population in the United States who visited the Health Windows and Mobile Health Units in 2021. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.959535>
- Morales-Chainé, S., Félix, R. V., Palafox, P. G., y Vázquez M. J. L. (2019). Conocimientos, habilidades y actitudes profesionales para la intervención breve en adicciones. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(2), 8-20. <https://doi.org/10.28931/riiad.2019.2.02>
- Organización Mundial de la salud. Mental health atlas. Geneva: WHO; 2014. <https://bit.ly/3eYpues> Organización Mundial de la Salud (OMS)/World Health Organization (WHO). (2019). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) community toolkit: field test version*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)/World Health Organization (WHO). (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) intervention guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva: World Health Organization.
- Robles, R., Ascencio, L., Díaz, D., Ruiz, S., Gálvez, L., Sánchez, M., Espinoza, F., Hernández-Posadas, A., Fresán, A., Vega, H., y Morales-Chainé, S. (2022). Implementation Science of Telepsychotherapy for Anxiety, Depression, and Somatization in Health Care Workers Dealing with COVID-19. *Telemedicine and e-Health*. <https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0155>