

**LLEGANDO A LAS PERSONAS QUE NECESITAN SERVICIOS DE SALUD
MENTAL A TRAVÉS DE NOVEDOSOS MODELOS DE PRESTACIÓN DE
INTERVENCIONES**

Alan E. Kazdin*

Universidad de Yale

RESUMEN

La brecha de tratamiento se refiere a la diferencia en la proporción de personas que tienen trastornos y la proporción de personas que reciben tratamiento. En los países desarrollados y en desarrollo, la brecha es enorme; es decir, la mayoría de las personas que necesitan servicios de salud mental no recibe tratamiento. Entre las muchas barreras, se encuentra el modelo dominante de realizar intervenciones psicosociales. Ese modelo incluye tratamiento individualizado en persona, con un profesional de salud mental capacitado, proporcionado en un entorno clínico (por ejemplo, clínica, consultorio privado, centro de atención médica). Ese modelo limita en gran medida la escala y el alcance de las intervenciones psicosociales. El artículo analiza muchos modelos novedosos de prestación de intervenciones que permiten ampliar el tratamiento para llegar a las personas que probablemente no recibirán servicios. Se ilustran cuatro modelos (cambio de tareas, mejor compra, intervenciones disruptivas y educación en entretenimiento). Estos y otros modelos están fácilmente disponibles, la mayoría tiene evidencia a su favor, pero aún no se explotan lo suficiente como para cerrar la brecha de tratamiento. El artículo sostiene la necesidad de múltiples modelos para optimizar llegar a los diversos grupos que necesitan atención.

Palabras clave: modelos de prestación de tratamiento, tratamiento basado en evidencia

*Correspondencia: Alan E. Kazdin, PhD, ABPP, Departamento de Psicología, Universidad de Yale, 2 Hillhouse Avenue, New Haven, Connecticut, Estados Unidos de América.

E-mail: alan.kazdin@yale.edu

Fecha de recepción: 03 junio del 2019 Fecha de aceptación: 06 agosto del 2019

Servicios de salud mental

El desarrollo de psicoterapias basadas en evidencia es realmente un avance notable. Como se sabe muy bien, estas se refieren a intervenciones que se han evaluado aleatoriamente en ensayos clínicos controlados, donde los tratamientos, las muestras de los clientes y los resultados se han especificado bien y los efectos se han replicado. En la actualidad, existen decenas de estos tratamientos que se pueden aplicar a una variedad de trastornos clínicos que incluyen diversas formas de depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, tendencias suicidas, trastorno del espectro autista, problemas de conducta y muchos otros (por ejemplo, Nathan y Gorman, 2015; Weisz y Kazdin, 2017). Una prioridad ha sido difundir los tratamientos de la investigación donde los efectos se han establecido a los entornos clínicos donde se lleva a cabo la atención al paciente. Esto es importante, pero descuida el problema que sirve como punto central de este artículo. La mayoría de las personas con problemas de salud mental nunca reciben tratamiento. No reciben tratamiento basado en evidencia o no basado en evidencia ni ninguna sesión de un curandero o profesional. En consecuencia, incluso si todos los clientes que se atienden actualmente en tratamiento recibieran mañana un tratamiento basado en evidencia, esto no ayudaría a proporcionar servicios a las personas que lo necesitan.

El artículo se centra en las formas de administrar tratamientos, para que puedan llegar a la gran mayoría de las personas que necesitan servicios. El artículo comienza aclarando el problema y transmitiendo por qué los tratamientos psicológicos que se administran actualmente no pueden llegar a la mayoría de las personas que lo necesitan. Novedosos modelos de administración de tratamiento permitirían llegar a más personas. Este artículo revisa e ilustra diferentes modelos y cómo lograrían ese objetivo. Los medios para cerrar la brecha del tratamiento están disponibles, pero van mucho más allá de cómo las profesiones tradicionales de salud mental (por ejemplo, psiquiatría, psicología, trabajo social) conciben y proporcionan servicios de tratamiento.

Brecha de tratamiento

Revisión del problema

El problema al que está dedicado este artículo se denomina brecha de tratamiento. Esta es la diferencia en la proporción de personas que padecen trastornos (prevalencia) y la proporción de personas que realmente reciben atención (Kohn et al., 2004; Patel, Maj

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

et al., 2010). En el contexto de la salud mental, la enormidad de la brecha es evidente a partir de la investigación sobre la prevalencia del trastorno y la administración del tratamiento (Andrade et al., 2014; Becker & Kleinman, 2013; Merikangas et al., 2011; Steel et al., 2014; Whiteford et al., 2013). Destaco, en lugar de revisar, la extensa literatura para comunicar los puntos clave.

El problema de las altas tasas de prevalencia y la brecha en la proporción de quienes reciben tratamiento se ha estudiado a nivel internacional. La Organización Mundial de la Salud ([OMS] Consorcio de Encuestas de Salud Mental, 2004) proporcionó datos extensos sobre la brecha de tratamiento a partir de encuestas a más de 60.000 adultos en 14 países de las Américas, Europa, Oriente Medio, África y Asia. La proporción de encuestados que recibieron tratamiento por trastornos emocionales o por uso de sustancias durante los 12 meses anteriores osciló entre un mínimo del 0,8 por ciento (Nigeria) y un máximo del 15,3 por ciento (Estados Unidos). Estos porcentajes se refieren a los que recibieron tratamiento entre quienes lo necesitaban. Estas cifras indican que la gran mayoría, el 99,2 por ciento y el 84,7 por ciento, respectivamente (restando los porcentajes anteriores del 100 por ciento) de las personas necesitadas no recibieron tratamiento.

Estudios adicionales dan un cuadro similar. Por ejemplo, en los Estados Unidos, aproximadamente el 25% de la población estadounidense cumple con los criterios para un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses (Kessler et al., 1994; Kessler, Chiu, et al., 2005). Esto aumenta a aproximadamente el 50% de la población a lo largo de la vida (Kessler, Berglund et al., 2005). Con una población de aproximadamente 330 millones, el 25% y el 50% se traducen en más de 82 y 165 millones de personas, respectivamente, que necesitan tratamiento. De manera similar, en Perú las estimaciones indican que aproximadamente el 20% de las personas experimentan un trastorno mental. Con una población de aproximadamente 33 millones, esto se traduce en aproximadamente 6.6 millones de peruanos que necesitan servicios (Toyama et al., 2017). Otros informes en Perú han mostrado una tasa más baja de 13.5 de individuos (muestreo en 5 ciudades) que cumplen con los criterios para un trastorno mental en los últimos 12 meses y del 29 por ciento para la tasa de por vida (Fiestas & Piazza, 2014; Piazza & Fiestas, 2014). Incluso con estos porcentajes más bajos, la cantidad de personas que necesitan servicios (por ejemplo, 29 por ciento de 33 millones = 9,6 millones de personas) es enorme.

Dentro de un país determinado, la prevalencia del trastorno mental es mayor entre las minorías étnicas y los grupos indígenas, las personas que no pueden cubrir sus necesidades básicas, las personas que viven en áreas rurales o relativamente aisladas y las personas en áreas donde hay un conflicto armado. Además, los datos son escasos sobre las personas que son desplazadas de sus hogares y se ven obligadas a migrar a través de las fronteras. En muchos estudios de prevalencia, algunos trastornos no se cuentan (por ejemplo, esquizofrenia, trastornos subsindrómicos) y se omiten las muestras (por ejemplo, pacientes hospitalizados). En consecuencia, es probable que los porcentajes que he ilustrado sean subestimaciones del problema en términos de porcentajes y número de personas que necesitan servicios de salud mental.

Líneas de investigación separadas han abordado hasta qué punto las personas que necesitan servicios realmente los reciben. Una revisión de la literatura internacional ha encontrado consistentemente que la mayoría de las personas que necesitan servicios no reciben tratamiento. Por ejemplo, informes de la OMS señalan que, en países de ingresos bajos y medianos, entre el 76% y el 86% de las personas con trastornos mentales graves no reciben ningún tratamiento (ver Toyama et al., 2017).

En los países de mayores ingresos, el problema no es necesariamente mucho mejor. Por ejemplo, en los EE. UU., aproximadamente el 70% de los que necesitan servicios no recibe ningún servicio (Kessler, Demler et al., 2005). Los datos de los países individuales a menudo muestran que las minorías étnicas y los grupos indígenas tienen incluso menos probabilidades, que estos porcentajes generales, de recibir tratamiento.

La falta de servicios disponibles para la mayoría de las personas y las disparidades sistemáticas entre esos servicios en una cultura determinada subrayan la importancia de brindar servicios de manera que puedan llegar a muchas más personas, así como a grupos especiales. Además, esos servicios deben superar las cargas comúnmente conocidas sobre la búsqueda de atención de salud mental. Por ejemplo, informes del Instituto Nacional de Salud Mental del Perú señalaron que la mayoría de las personas (entre el 69% y el 85%) que manifestaron la necesidad de servicios de salud mental no buscaron tratamiento (ver Toyama et al., 2017). Entre las razones se encuentran la falta de recursos económicos y saber dónde y cómo buscar atención. Un informe anterior señaló que el 67,2% de las personas con trastornos mentales graves no recibió tratamiento (Piazza & Fiestas, 2014).

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

Entre las personas con trastornos moderados o leves, aproximadamente el 82% y el 85%, respectivamente, no recibieron tratamiento.

Entre la pequeña minoría de personas que reciben servicios, ¿qué reciben exactamente? En el estudio de la OMS, “recibir servicios” se basó en preguntar a los encuestados si tenían contacto con alguna persona de una larga lista de cuidadores por problemas con las emociones, los nervios, la salud mental o el uso de alcohol o drogas. Se incluyeron profesionales de la salud mental (por ejemplo, psiquiatra, psicólogo), médicos generales u otros profesionales (por ejemplo, médico general, terapeuta ocupacional), consejeros religiosos (por ejemplo, ministro, jeque) y curanderos tradicionales (por ejemplo, hierbero, espiritista). La lista variaba entre países dependiendo de las circunstancias locales donde los tipos de curanderos pueden variar. No se identificó el servicio preciso prestado por estas personas. Además, no se conocía la duración de la intervención, pero recibir los servicios requería al menos una cita. Por lo tanto, cuando decimos que el 15 por ciento de las personas recibió tratamiento, la información es ambigua y podría ser una cita con alguien que no ha tenido formación en salud mental.

En los EE. UU., se elaboró una encuesta nacional sobre quiénes reciben tratamiento, así como información adicional sobre la naturaleza de ese tratamiento (Wang, Lane et al., 2005). Más de 9,000 personas con trastornos psiquiátricos respondieron preguntas sobre su tratamiento que incluían quién era el proveedor de servicios (por ejemplo, psiquiatra, físico familiar, trabajador social, asesor espiritual y otros) y el tipo de tratamiento que recibieron (por ejemplo, grupo de autoayuda, medicación, admisión hospitalaria). El tratamiento mínimamente adecuado se definió como recibir una intervención (p. ej., medicación, psicoterapia) que siguió las pautas basadas en la evidencia para el trastorno específico e incluyó múltiples citas (en lugar de solo una cita). Para las personas con un trastorno psiquiátrico, el 21,5% recibió tratamiento de un especialista en salud mental; el 41,7% recibió tratamiento si se amplía para incluir la cita con cualquier persona de cuidados de salud, además de los capacitados en salud mental. Para las personas que no cumplían con los criterios de trastorno (trastorno subsindrómico), el 4,4% recibió tratamiento de un especialista en salud mental y el 10,1 por ciento recibió tratamiento si esto se amplía para incluir cualquier cita. En general, en toda la muestra, solo el 32,7% se clasificó como que recibió al menos un tratamiento mínimamente adecuado. Los investigadores concluyeron que solo un tercio de los tratamientos proporcionados

cumplían con los estándares mínimos de adecuación según las pautas de tratamiento basado en evidencia.

Comentarios generales

Los puntos clave resumen el estado de la brecha de tratamiento. Primero, la mayoría de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento y eso se aplica a los países de ingresos bajos, medios y altos. No existe un porcentaje de resumen único que se pueda proporcionar debido a la variación entre los estudios en: los trastornos que se miden (p. ej., trastornos subsindrómicos, uso y abuso de sustancias, trastornos de la personalidad), qué "cuenta" como tratamiento, la lista de quiénes se incluyen como proveedores de servicios potenciales (p. ej., profesional de salud mental, líder religioso) y etnia, cultura y país de la muestra. Y, sin embargo, hay una conclusión consistente que puede respaldarse, a saber, no estamos brindando tratamiento a la gran mayoría de las personas que necesitan servicios.

En segundo lugar, cuando se proporciona tratamiento, incluye una variedad de intervenciones administradas por profesionales de la salud mental, profesionales de la salud en otras áreas (por ejemplo, médicos generales) y por otros (por ejemplo, líderes religiosos, curanderos). Este cuidado suele referirse a algún contacto de clientes. Sin embargo, ese contacto no es necesariamente un tratamiento psicológico o una medicación formalizados.

En tercer lugar y relacionado, los tratamientos basados en la evidencia no se utilizan con mucha frecuencia para los trastornos mentales en las proporcionalmente pocas personas que reciben atención. Las encuestas epidemiológicas no se han diseñado para profundizar con precisión cuáles son las intervenciones, cuánto tiempo se administran y si las personas que administran el tratamiento están capacitadas en su uso. Sin embargo, también sabemos por otras fuentes que, como regla general, los tratamientos basados en la evidencia no se utilizan para los trastornos mentales y por uso de sustancias (Instituto de Medicina [IOM], 2001, 2006). Los objetivos de los pacientes individuales y los proveedores de servicios no son solo recibir y proporcionar cualquier tratamiento, sino recibir y proporcionar los mejores tratamientos y específicamente aquellos que tienen una base de evidencia. Además de garantizar que se brinden las intervenciones mejor

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

respaldadas a quienes buscan y reciben tratamiento, debemos extender estos tratamientos a un grupo mucho más grande de personas necesitadas que no reciben ningún servicio.

Modelo dominante de prestación de tratamiento

Características claves

Hay muchos impedimentos o barreras que se interponen en el camino de las personas que reciben intervenciones de salud mental (por ejemplo, Andrade et al., 2014; Corrigan, Druss y Perlick, 2014; Smith et al., 2019). Estos a menudo se clasifican en problemas de sistema y de actitud. Los problemas del sistema incluyen los obstáculos relacionados con los servicios en sí. Algunos ejemplos serían los costos del tratamiento, la proximidad a los servicios de salud mental y los profesionales de la salud, y si los servicios están incluso disponibles para algunos grupos. Los problemas de actitud incluyen obstáculos tales como el estigma de asistir al tratamiento y la falta de conocimiento sobre las enfermedades mentales y las opciones de tratamiento. Estas y otras barreras se han discutido a fondo, como es evidente en la muestra de citas señaladas anteriormente. Para la presente discusión, considere una barrera relacionada con los tratamientos que desarrollamos y sobre la cual nosotros, como investigadores y proveedores de salud mental, tenemos cierto control. Ese impedimento al que me refiero aquí como el modelo dominante de entrega de tratamiento, es decir, la forma más frecuente en que se brindan intervenciones psicológicas a las personas que buscan tratamiento.

Antes de comenzar, es esencial distinguir una técnica de tratamiento de cómo se administra ese tratamiento. La distinción se transmite fácilmente en el contexto más familiar de las intervenciones para la salud física. En el contexto de la atención de la salud física, algunas vacunas (la intervención) pueden administrarse mediante inyección, aerosol nasal, oral o parche sin aguja (los modelos de administración). Es decir, la intervención no es la característica distintiva aquí, sino más bien la forma en que se entrega o proporciona esa intervención. De manera similar, en el contexto de la atención de salud mental, se puede distinguir la intervención (p. ej., terapia cognitivo-conductual, tratamiento basado en la exposición) de los modelos de entrega (p. ej., proporcionado por un terapeuta en vivo, como un tratamiento de autoayuda, a través la "aplicación" de un teléfono inteligente o de Internet). Un impedimento crítico para la prestación de servicios

psicológicos no es tanto las intervenciones sino el modelo o la forma en que estos se prestan. Ese modelo casi garantiza que no podemos proporcionar tratamiento a gran escala y es una parte importante de la razón por la que existe una brecha de tratamiento tan grande.

El modelo dominante de impartir psicoterapia tiene tres características interrelacionadas.

1. Las sesiones de tratamiento se brindan en persona y uno a uno con un cliente (individual, pareja, familia);
2. El tratamiento es administrado por un profesional de salud mental altamente capacitado (p. ej., nivel de maestría o doctorado); y
3. Las sesiones se llevan a cabo en una clínica, oficina privada o centro de atención médica.

Este modelo se aplica a la gran mayoría de los cientos de terapias que existen, ya sean más tradicionales (p. ej., psicodinámicas, humanistas, no directivas) o terapias más contemporáneas (p. ej., terapia cognitivo-conductual, tratamiento basado en la exposición, terapia conductual dialéctica) y si el tratamiento se basa en la evidencia o no. Los tratamientos no siempre se administran de esta manera, pero generalmente lo son.

Limitaciones del modelo para llegar a las personas

Reunirse con un profesional de la salud mental de forma individual en el tratamiento transmite las limitaciones del modelo. Para empezar, en un país determinado hay muy pocos profesionales de la salud mental para satisfacer las demandas utilizando el modelo dominante. Por ejemplo, en los EE. UU., el número estimado de profesionales de la salud mental es de aproximadamente 700.000 (Hoge et al., 2007). Es probable que esto sea una subestimación dada la variedad de proveedores que generalmente no se cuentan, incluidos otros profesionales (por ejemplo, consejeros pastorales) e individuos con varios títulos (por ejemplo, entrenadores personales, curanderos). Aun así, es difícil imaginar que el número pueda ayudar lo suficiente si el 25 por ciento (o aproximadamente 82 millones de personas) de la población estadounidense en un año determinado cumple con los criterios para un trastorno psiquiátrico dejando de lado a aquellos con trastornos subclínicos. Asimismo, en Perú el número de profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, trabajadores especializados) es

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

relativamente pequeño. Por ejemplo, solo considerando psiquiatras se han identificado aproximadamente 600 - 700 en Perú (Rondon, 2009; Toyama et al., 2017). Si el 20 por ciento de las personas en Perú (aproximadamente 6,6 millones) necesitan servicios, se puede ver lo difícil que sería brindar tratamiento en el modelo tradicional (dominante). Sin duda, los servicios los brindan otras personas que no son psiquiatras (por ejemplo, psicólogos, trabajadores sociales, proveedores sin licencia), pero sería difícil imaginar una fuerza laboral suficiente para manejar la necesidad de millones de servicios.

Una reacción inicial podría ser afirmar que el problema no es el modelo de entrega, sino el hecho de que solo necesitamos más profesionales de salud mental capacitados que puedan brindar tratamiento. Tener más profesionales de la salud mental puede ser valioso, pero no se puede esperar que por sí solo tenga un impacto significativo para llegar a muchas más personas. Las principales razones se relacionan con la distribución geográfica, los intereses y la composición de la fuerza laboral profesional. Considere estos a su vez. Primero, en los EE. UU., por ejemplo, los profesionales de la salud mental se concentran en áreas urbanas ricas y densamente pobladas y en ciudades con universidades importantes (Health Resources and Services Administration, 2010). Todos los estados de los EE. UU. incluyen áreas rurales donde la concentración de personas en millas cuadradas de tierra es baja (www.hrsa.gov/ruralhealth/aboutus/definition.html). Para estas áreas y pueblos pequeños en general, es posible que muy pocos y más comúnmente ningún profesional de la salud mental estén disponibles. De manera similar, en Perú, la gran mayoría de los profesionales de la salud mental viven en Lima, y algunos otros se extienden a otras ciudades. No pueden comenzar a servir a las diversas áreas rurales del país (Rondon, 2009). En otras palabras, proporcionar más profesionales no necesariamente ayudaría en absoluto dado el lugar donde se congregan.

En segundo lugar, la mayoría de los profesionales de la salud mental no brindan atención a poblaciones y problemas clínicos para los que existe una demanda especialmente grande (niños y ancianos, individuos de grupos minoritarios e indígenas, poblaciones especiales necesitadas como víctimas de violencia, solteros). madres, personas de menores ingresos). Por ejemplo, la mayoría de los trastornos psiquiátricos comienzan en la infancia y la adolescencia, pero la mayoría de las personas en las profesiones de la salud mental están capacitadas en el tratamiento de adultos. En el otro extremo del espectro de edades, la proporción de personas mayores se está expandiendo

rápidamente en el mundo y cada vez están más desatendidas en los servicios de salud mental (y física) (OIM, 2011a, 2012). Muy pocos profesionales de la salud mental están capacitados para brindar servicios tanto a los niños como a los ancianos.

Finalmente, desproporcionadamente pocos profesionales de la salud mental reflejan las características culturales y étnicas de quienes necesitan atención. Los individuos no necesariamente tienen que ser tratados por personas del mismo grupo étnico y cultural con el que se identifican. Sin embargo, entrar en tratamiento, formar una alianza, ser capaz de comunicarse en el idioma principal de uno y tener una visión compartida de los problemas psicológicos puede depender de tener un terapeuta y un paciente que coincidan con la etnia, la cultura y el idioma. Un desajuste de etnia y cultura entre el posible cliente y el terapeuta, como mínimo, agrega otro obstáculo para recibir los servicios.

Por las razones anteriores, no es probable que la expansión de la fuerza laboral para brindar tratamiento con el modelo de atención habitual, en persona, uno a uno, con un profesional de salud mental capacitado tenga un impacto importante en llegar a la gran cantidad de personas necesitadas. de servicios. No es probable que el aumento del poder personal proporcione tratamientos donde se necesitan, para los problemas que se necesitan, y atraerá la mezcla cultural y étnica de la clientela que son esenciales. Como señalé, podría ser útil contar con más profesionales, pero eso por sí solo no es muy útil o probablemente tenga un impacto importante en la brecha del tratamiento.

Otra característica del modelo dominante plantea preocupaciones similares a la hora de llegar a las personas necesitadas. Exigir que los clientes vayan a un entorno especial (por ejemplo, una clínica, una oficina privada o un hospital) también es una limitación. Los entornos donde se brindan los servicios no están disponibles para la mayoría de las personas. Y "ir" a un entorno plantea una serie de otras barreras que son tanto problemas del sistema (por ejemplo, transporte) como de actitud (por ejemplo, tener un conocimiento adecuado sobre los problemas psicológicos y las opciones de tratamiento).

Comentarios generales

Aquí se hace referencia a la terapia individualizada en persona como el modelo dominante porque la práctica clínica, la formación de posgrado y en la escuela de medicina, la acreditación de programas clínicos, la concesión de licencias a los médicos, las pasantías pre y posdoctorales y la investigación sobre intervenciones psicosociales

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

atraen fuertemente en este modelo. El modelo dominante tiene beneficios que ya son bien conocidos. Por ejemplo, ese modelo ha servido de base para identificar y desarrollar terapias basadas en evidencia y para administrar los tratamientos en el trabajo clínico. Nada de mis comentarios resta valor a estos beneficios. Y para relativamente pocas personas que tienen acceso a ese modelo, puede haber poca necesidad de proporcionar nuevos modelos de administración de tratamiento. Mi enfoque se refiere a lo que se necesitaría para llegar a la mayoría de las personas que, en gran medida, no reciben servicios de salud mental.

La necesidad de pasar a modelos adicionales ha sido reconocida durante muchas décadas (por ejemplo, A. Christensen, Miller y Muñoz, 1978; Collins et al., 2013; Ryder, 1988). Y, dentro de las profesiones de la salud mental, se han ampliado los modelos de prestación de intervenciones psicosociales. Muchos de estos implican el uso de tecnología y versiones en línea del tratamiento que se basan en Internet y otros medios, incluidos video, teléfono y software de aplicación (aplicaciones) para teléfonos inteligentes y tabletas. Además, ha aumentado la atención integrada en la que los establecimientos de salud brindan servicios de salud tanto física como mental. Aun así, el modelo dominante sigue siendo la base principal para la prestación de servicios y ayuda a mantener la brecha de tratamiento. Hay muchas opciones para corregir esta situación.

Nuevos modelos de prestación de intervenciones

Actualmente, contamos con muchas intervenciones basadas en evidencia que se administran en el modelo dominante de entrega que es esencialmente una terapia individual uno a uno. Queremos modelos de entrega que puedan reducir la brecha de tratamiento. Un punto de partida útil es comenzar con la pregunta: “¿Cuáles son las características clave que deseamos de los modelos de entrega para asegurarnos de que estamos cerrando la brecha del tratamiento? La Tabla 1 enumera varias características, pero considere solo las dos primeras por un momento. El primero es la escalabilidad y se refiere a si el modelo permite que el tratamiento llegue a un gran número de personas que lo necesitan. La segunda característica es el alcance del modelo y se refiere a si el modelo permite que el tratamiento se extienda a aquellos individuos y subgrupos que tienen mayor probabilidad de ser excluidos del tratamiento (por ejemplo, niños, miembros de grupos indígenas y minoritarios, padres solteros y otros) , como se mencionó antes? Se puede lograr la escalabilidad (muchas más personas que reciben tratamiento) sin mejorar

el alcance (extendiendo el tratamiento a quienes generalmente están excluidos de los servicios). Sabemos que el modelo dominante es particularmente débil en cuanto a escalabilidad y alcance de los criterios. Otras características de la Tabla 1 también son importantes, pero el desafío comienza con estas dos primeras.

Tabla 1

Características clave de los modelos de prestación de tratamiento para llegar a las personas que necesitan servicios

Característica	Definición
Escalabilidad	La capacidad de la intervención de aplicarse de manera que llegue a un gran número de personas
Alcance	Capacidad para extender el tratamiento a las personas que generalmente no reciben o bien reciben el modelo de prestación de servicios tradicional dominante.
Asequibilidad	Costo relativamente bajo en comparación con el modelo habitual que se basa en el tratamiento individual por parte de profesionales altamente capacitados (maestría, doctorado).
Expansión de la fuerza laboral no profesional.	Aumentar la cantidad de proveedores que pueden realizar intervenciones.
Expansión de los entornos donde se brindan las intervenciones	Llevar las intervenciones a los lugares y entornos cotidianos donde es probable que las personas necesitadas participen o asistan ya.
Viabilidad	Asegurar que las intervenciones se puedan implementar y adaptar a las diversas condiciones locales para llegar a los diversos grupos necesitados.
Flexibilidad	Asegúrese de que haya opciones y elecciones porque es probable que ningún modelo de entrega tenga el alcance necesario.
Aceptabilidad del modelo de entrega.	Acceptability usually is used to refer to judgments by laypersons, clients, and others of whether the intervention procedures are appropriate, fair, and reasonable for the problem that is to be treated. The extension here is that the model of delivery must be acceptable and is separate from the acceptability of the intervention.

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

Han surgido múltiples modelos de la atención médica global, los negocios, la economía y los medios de comunicación, todos fuera de la atención tradicional dentro de las profesiones de salud mental (Kazdin, 2018). La Tabla 2 destaca estos modelos de entrega y sus características clave. En general, se han aplicado a la atención de la salud física, pero ahora muchos se han trasladado a la atención de la salud mental. Destaco aquí cuatro modelos para transmitir diferentes formas en las que los tratamientos pueden llegar a un gran número de personas.

Tabla 2

Ilustraciones de modelos novedosos de prestación de servicios de salud para ampliar el alcance de las intervenciones

Modelo	Característica	Ejemplos y aplicaciones	Referencia
Cambio de tareas	Expandir la fuerza laboral mediante el uso de personas no profesionales para administrar intervenciones que, de otro modo, podrían realizar los profesionales de la salud.	Se utiliza en todo el mundo para el tratamiento y la prevención del VIH / SIDA. Ahora se extiende a la prestación de servicios de salud mental en varios estudios.	WHO (2008b) Patel, Weiss et al. (2010).
Innovaciones disruptivas	Proceso en el que los servicios o productos que son costosos, complicados y difíciles de entregar se mueven de formas novedosas para alterar estas características. En el cuidado de la salud, los servicios se brindan a las personas más que llevarlos a los servicios.	La entrega de exámenes de salud y tratamiento en centros comerciales, farmacias y supermercados. Uso de teléfonos inteligentes, aplicaciones, tabletas para evaluar y realizar intervenciones de salud mental.	Christensen et al. (2009) Rotheram-Boris et al. (2012)
Intervenciones en la vida diaria (entornos no convencionales)	Expansión de la atención médica más allá de las clínicas y los entornos tradicionales a lugares a los que la gente suele asistir por otras razones. Los entornos han incluido escuelas, lugares de trabajo, iglesias, peluquerías y peluquerías, entre otros.	Entrega de mensajes de educación y exámenes de salud en peluquerías. Para niños y adolescentes, aplicaciones en las escuelas y otros entornos indicados en innovaciones disruptivas.	Linnan et al. (2001) Madigan et al. (2007)
Intervenciones de Mejor Compra	Intervenciones seleccionadas en función de su rentabilidad, asequibilidad, viabilidad para el entorno (por ejemplo, país, ciudad) y otros criterios. Concebido como una herramienta económica para ayudar a los países a seleccionar entre las opciones disponibles.	Reducir el consumo de tabaco, aumentar los impuestos, proteger a las personas del humo del cigarrillo, advertir sobre los peligros de fumar y hacer cumplir las prohibiciones.	Chisholm et al. (2007) WHO (2011a)
Cambios en el estilo de vida	Una variedad de comportamientos que las personas pueden adoptar y que se sabe que tienen un impacto en la salud física y / o mental, incluidos el control de la dieta, el ejercicio, la meditación, la interacción con la naturaleza y el mantenimiento de buenas relaciones sociales.	El ejercicio y el mantenimiento de relaciones sociales sólidas son dos características del estilo de vida que tienen un gran impacto en la salud y la salud física (y la mortalidad).	Frumkin et al. (2017); Pietromonaco & Collins (2017). Walsh (2011)

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

Uso de redes sociales	Uso de material ampliamente disponible que incluye redes sociales (p. ej., Facebook, Twitter, mensajes de texto, YouTube, Skype) que unen a las personas de formas novedosas y para presentar información, obtener evaluaciones y proporcionar comentarios o realizar intervenciones.	Uso de material ampliamente disponible que incluye redes sociales (p. ej., Facebook, Twitter, mensajes de texto, YouTube, Skype) que unen a las personas de formas novedosas y para presentar información, obtener evaluaciones y proporcionar comentarios o realizar intervenciones.	Baker & Moore (2008) Gorini et al. (2007)
Educación de entretenimiento	Uso de la televisión o la radio para transmitir mensajes de atención médica y modelar comportamientos que promueven la salud. Una serie de larga duración culturalmente sensible (p. ej., series de televisión) en la que diferentes personajes asumen diferentes roles, se enfrentan a los desafíos relacionados con el enfoque de la intervención y modelan estrategias de adaptación.	Aplicación temprana enfocada a reducir la tasa de natalidad y el uso de anticonceptivos en México.	Singhal & Rogers (1999) Singhal et al. (2003)
Uso de tecnologías	Uso de intervenciones basadas en la web realizadas de forma remota. Varios procedimientos de autoayuda se basan en el tratamiento basado en la web, también se incluyen aquí aplicaciones móviles.	Uso del tratamiento basado en Internet para el tabaquismo. Tratamiento de autoayuda basado en la web para la depresión clínica.	Muñoz et al. (2016); Titov et al. (2015)
Robótica socialmente asistida	Robots que pueden interactuar y responder a las personas. Pueden brindar apoyo, compañerismo, alentar y motivar.	Las aplicaciones relacionadas con la salud mental se han centrado principalmente en adultos mayores (soledad, aislamiento social) y niños con trastorno del espectro autista (socialización, comunicación).	Broadbent (2017); Rabbitt et al. (2015)
Intervenciones en redes sociales	Las redes sociales se refieren a las formas en que los individuos están conectados a un grupo más grande, su grado de separación y las características (por ejemplo, creencias, trastornos mentales y físicos) se propagan o se agrupan entre los individuos.	Muchos problemas mentales y físicos (por ejemplo, obesidad, tendencias suicidas) están influenciados por las conexiones de las redes sociales. Las intervenciones en red han alterado el tabaquismo y la actividad física en adolescentes y niños, respectivamente.	Christakis & Fowler (2013); Valente et al. (2007).

Nota. Estos modelos ocasionalmente tienen características que se superponen (por ejemplo, llevar intervenciones a las personas necesitadas en lugar de pedirles a las personas necesitadas que vengan a entornos especiales) pero vale la pena distinguirlos porque provienen de diferentes tradiciones, disciplinas y colaboraciones. Cada uno de los modelos de la tabla está elaborado e ilustrado con mayor profundidad en otro lugar, más allá de las referencias específicas enumeradas en la tabla (Kazdin, 2018)

Ilustraciones de prestación de modelos novedosos

Cambio de tareas. El cambio de tareas es un método para fortalecer y expandir la fuerza laboral del cuidado de la salud mediante la redistribución de las tareas de prestación de servicios a una amplia gama de personas con menos capacitación y menos calificaciones que los trabajadores tradicionales (por ejemplo, médicos, enfermeras) (ver OMS, 2008¹). Esta redistribución permite un aumento en el número total de trabajadores de la salud (por ejemplo, no profesionales, personas no profesionales) para ampliar el alcance de la prestación de servicios. El concepto y la práctica del cambio de tareas no son nuevos y actualmente existen en muchos países en desarrollo y desarrollados donde enfermeras, asistentes de enfermería, parteras y trabajadores de la salud comunitaria brindan servicios (por ejemplo, parto, atención neonatal, inmunización) que antes estaban reservados para los médicos. (por ejemplo, Bang et al., 2005; Greenwood et al., 1989).

El cambio de tareas surgió de iniciativas de salud global, particularmente en los países en desarrollo. Estas iniciativas se centraron en el tratamiento y la prevención de enfermedades infecciosas (por ejemplo, malaria, VIH / SIDA, tuberculosis) y no transmisibles (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias) y mejorar las condiciones de vida y la educación (por ejemplo, OIM, 2010, 2011b; Naciones Unidas, 2000; OMS, 2011a). Estas iniciativas brindan un contexto importante porque enfrentaron desafíos y barreras clave para satisfacer las necesidades de atención médica en muchas culturas, bajo una variedad de condiciones (p. ej., enormes limitaciones de recursos, obstáculos geográficos) y donde las personas que necesitaban servicios no estaban recibiendo ellos. La mayoría de las aplicaciones de transferencia de tareas se han centrado en la salud física en los países en desarrollo (por ejemplo, Etiopía, Haití, Malawi y Namibia) donde la escasez de recursos humanos y la carga de enfermedad (por ejemplo, VIH / SIDA) son graves. Las evaluaciones empíricas han demostrado que la tarea cambia para aumentar rápidamente

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

el acceso a los servicios, llegar a un gran número de personas necesitadas, producir buenos resultados de salud y tener altos niveles de satisfacción de pacientes y consejeros (OMS, 2008).

La transferencia de tareas se ha extendido a los problemas de salud mental debido a su capacidad de ampliarse para brindar servicios a personas que de otra manera no tendrían acceso a la atención y su adaptabilidad a diversos países, culturas y condiciones locales. Un ejemplo en Perú es el Proyecto Allillanchu² en Lima (Diez-Canseco et al., 2018). Era un programa integral que incluía la detección temprana de enfermedades mentales, la derivación y el tratamiento en los servicios de salud pública. Como parte de esto, el cambio de tareas atrajo a profesionales (enfermeras, parteras y auxiliares de enfermería) que participaron en la prestación de servicios de diagnóstico, detección y tratamiento. Todo esto se realizó en 22 servicios de atención primaria de salud. Los servicios se brindaron a solo 70 pacientes, pero sirvieron como una excelente demostración que muestra formas factibles de integrar la atención de la salud mental y física y de recurrir a los profesionales para realizar procedimientos críticos.

El cambio de tareas se ha evaluado en muchos ensayos controlados para el tratamiento de la depresión, la ansiedad, los trastornos alimentarios, el trauma, la esquizofrenia y el abuso del alcohol, en los que individuos no especializados administran tratamientos basados en la evidencia (Balaji et al., 2012; Bolton et al., 2014; Kilpela et al., 2014; Nadkarni, et al., 2016; Patel et al., 2016; Rahman et al., 2008, 2016). Estas demostraciones no solo establecen la utilidad clínica del cambio de tareas, sino que se suman a la evidencia de que los consejeros legos pueden ofrecer intervenciones basadas en la evidencia y lograr resultados de tratamiento favorables. Es fundamental subrayar este último punto. El modelo dominante de prestación de tratamiento psicológico incluye profesionales de la salud mental altamente capacitados. Múltiples estudios, en múltiples entornos y con múltiples trastornos psiquiátricos, han demostrado que tal capacitación no es necesaria para la aplicación efectiva del tratamiento. Los legos pueden recibir formación en los procedimientos y ser igualmente eficaces para lograr cambios terapéuticos.

Como cualquier modelo individual de administración de tratamiento, el cambio de tareas tiene sus propios desafíos únicos. Entre ellos se encuentra la tarea de reclutar

individuos que brindarán tratamiento. En la mayoría de las circunstancias, esto es más fácil que obtener profesionales capacitados en salud mental, pero aún puede ser un problema según el alcance y la escala del tratamiento que se administrará y otras posibles limitaciones (por ejemplo, aplicaciones en múltiples entornos rurales). El desafío relacionado es obtener un número suficiente de capacitadores para desarrollar las habilidades de quienes brindan tratamiento directo. En algunos de los trabajos de cambio de tareas de salud física, la administración del tratamiento (por ejemplo, la medicación) fue más sencilla que la administración de psicoterapia. Estos desafíos no disminuyen en absoluto las contribuciones del cambio de tareas. Además, muchas de las preocupaciones que destaco aquí de pasada se han abordado empíricamente en las primeras aplicaciones del cambio de tareas (OMS, 2008) y ahora en muchos estudios he observado en aplicaciones a los trastornos psiquiátricos.

Intervenciones Mejor Compra. La mejor compra se refiere a intervenciones que son asequibles, factibles y adecuadas a las características del sistema local de atención de la salud (OMS, 2011a). Mejor Compra considera características tales como idoneidad para el entorno (p. ej., cultura, recursos), capacidad del sistema de salud para brindar una determinada intervención a la población destinataria, complejidad técnica de la intervención (p. ej., nivel de capacitación que podría ser necesario), y aceptabilidad de la intervención basada en las normas culturales, religiosas y sociales locales.

El modelo surgió de las preocupaciones económicas del cuidado de la salud física. La discapacidad y la mortalidad ejercen un impacto económico en las personas, las familias y los hogares, así como en las industrias y las sociedades a través del consumo de servicios de salud, la pérdida de ingresos, la productividad y los gastos de capital (Bloom et al., 2011; OMS, 2011b). el modelo Mejor Compra surgió de este contexto para designar intervenciones para enfermedades físicas, particularmente el control de enfermedades crónicas a nivel mundial (Chisholm, Lund y Saxena, 2007; Chisholm y Saxena, 2012; IOM, 2010).

Las intervenciones de Mejor Compra se basan en estimaciones de utilización e impacto y se basan en modelos matemáticos (por ejemplo, Chisolm et al., 2007). Luego se realizan pruebas empíricas de los modelos para garantizar que las intervenciones bien intencionadas, factibles y escalables produzcan los resultados esperados y, de hecho, sean

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

las mejores compras. Algunas intervenciones de mejor compra (p. ej., impuestos selectivos, prohibiciones de publicidad para reducir el uso y abuso de sustancias) difieren de las intervenciones psicológicas habituales y no requieren el cumplimiento por parte de los clientes de la misma manera que los tratamientos psicosociales generalmente lo hacen y no requieren el cumplimiento de normas específicas. protocolos de tratamiento por terapeutas. Por ejemplo, para el consumo de alcohol, las intervenciones de mejor compra incluyen una mayor fiscalidad de las bebidas alcohólicas y prohibiciones completas de la publicidad y el marketing. Estas estrategias han sido las mejores compras a la luz de su bajo costo en relación con la eficacia, su asequibilidad dentro de una cultura determinada y su viabilidad. Se ha identificado el uso excesivo de alcohol como un enfoque para ayudar a reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cánceres, pero el impacto probablemente se extendería a otras condiciones onerosas (por ejemplo, cirrosis hepática, depresión, lesiones de tránsito y muertes) asociadas con el consumo de alcohol y abuso (OMS, 2011a).

Una característica única de la intervención Mejor Compra como modelo de entrega es que proporciona criterios para seleccionar entre tratamientos basados en evidencia, al menos en relación con la aplicación generalizada. Uno comienza con la escalabilidad y el alcance como dimensiones críticas junto con el costo, la viabilidad y las dimensiones relacionadas. Con esto en mente, uno puede ver fácilmente por qué la administración del tratamiento en el modelo dominante actualmente en uso probablemente no sea una buena compra. Es decir, para la mayoría, si no todas las culturas, el modelo no puede llegar a muchas personas, no es asequible ni factible.

Innovaciones disruptivas. La tecnología disruptiva o las innovaciones disruptivas surgieron de los negocios en lugar de la atención médica (Bower & Christensen, 1995; C. Christensen, 2003; C. Christensen et al., 2009). El concepto se refiere a un cambio en un producto o servicio que no es un paso lineal, evolutivo o incremental. Más bien, el producto o servicio a menudo proporciona un salto disruptivo, disyuntivo o cualitativo y desarrolla o amplía un mercado que de otra manera no estaría siendo atendido.

La teoría de la innovación disruptiva se refiere al proceso mediante el cual los productos o servicios que son complicados, costosos y menos asequibles pasan a nuevos modelos de entrega y productos que cambian estas características. Muchos productos y

servicios innovadores que forman parte de nuestra vida diaria ilustran la aplicación del proceso. Los ejemplos incluyen innovaciones en la fabricación (p. ej., piezas intercambiables, línea de montaje en la producción de automóviles), negocios (p. ej., teléfonos inteligentes, relojes inteligentes, tabletas), compras del consumidor (p. ej., mediante tarjetas de crédito, teléfonos inteligentes y PayPal), redes sociales (p. ej., Facebook, Twitter, LinkedIn) y atención médica (p. ej., pruebas de embarazo en el hogar, robótica médica y clínicas de urgencia, sin cita previa y de minutos) (ver Christensen et al., 2009). Estas innovaciones a menudo brindan soluciones más simples, menos costosas o más convenientes a los problemas y, a menudo, se pueden escalar para llegar a personas que de otro modo no tendrían acceso.

La telemedicina, que se refiere al uso de la tecnología de la información y la comunicación para extender el alcance de la práctica médica, es un ejemplo de una innovación disruptiva que ha cambiado cómo y dónde algunos pacientes reciben atención médica (p. ej., Roine, Ohinmaa y Hailey, 2001). La telemedicina se ha utilizado durante muchas décadas (Cipolat & Geiges, 2003) y ahora abarca muchas áreas de especialidad dentro de la medicina (p. ej., telepsiquiatría, telecirugía, teleoftalmología, teleaudiología y teleneurología) (p. ej., Buck et al., 2016; Martini et al., 2013; Wooton, 2003). Otras innovaciones disruptivas en el cuidado de la salud han utilizado entornos no médicos, como farmacias y centros comerciales, para proporcionar una gama de servicios para medir la presión arterial o el colesterol, tratar diversas enfermedades (por ejemplo, alergias, conjuntivitis, faringitis estreptocócica) y afecciones de la piel (por ejemplo, herpes labial, quemaduras leves, eliminación de verrugas) y proporcionar vacunas (por ejemplo, vacunas contra la gripe). Se pueden hacer referencias de pacientes si las pruebas revelan la necesidad de más trabajo de diagnóstico o intervención.

Las innovaciones disruptivas proporcionarían formas más accesibles de realizar intervenciones de salud mental (ver Rotheram-Borus et al., 2012). Muchas intervenciones ya se han extendido a la atención de la salud mental a través de "aplicaciones", la Web y videoconferencias (Backhaus et al., 2012; Bennett-Levy et al., 2010; Parikh & Huniewicz, 2015, Price et al., 2014). Por ejemplo, varios dispositivos (por ejemplo, teléfonos inteligentes, relojes inteligentes y ropa inteligente) pueden medir la frecuencia cardíaca, la presión arterial, los niveles de glucosa en sangre y los estados emocionales y pueden proporcionar la retroalimentación necesaria a las propias personas o a su

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

proveedor de atención médica. Los dispositivos también pueden impulsar el uso de intervenciones como relajación, estrategias cognitivas y otras técnicas de autogestión basadas en la evaluación en tiempo real (por ejemplo, Pallavicini et al., 2009; Zhang et al., 2010). La ropa inteligente que rastrea una variedad de medidas biológicas, utilizada más comúnmente en relación con el ejercicio y el atletismo, sin duda encontrará su camino en los circuitos de retroalimentación de evaluación y tratamiento para problemas emocionales y relacionados (por ejemplo, estrés, hipertensión).

La entrega de tratamiento en línea es una intervención disruptiva que se extiende al modelo de terapia dominante. Hay múltiples opciones disponibles en línea para el tratamiento de la ansiedad y la depresión (por ejemplo, Colville, 2019; Staples et al. 2019). Dichos programas a menudo incluyen sesiones de tratamiento cognitivo conductual básico como se usan con el tratamiento en persona (por ejemplo, programación de actividades positivas, identificación y desafío de distorsiones cognitivas) y se dividen en sesiones (con videoclips que describen información clave y tareas asignadas) que los pacientes pueden completar desde casa. Ahora hay decenas de otras intervenciones psicosociales de autoayuda basadas en evidencia para una variedad de problemas psicológicos (Bennett-Levy et al., 2010; Harwood & L'Abate, 2010). Estas intervenciones pueden superar muchas de las barreras habituales de recibir tratamiento y ampliar el modelo dominante de psicoterapia individual en persona en una clínica.

El uso de la tecnología para realizar intervenciones psicosociales varía en la medida en que imitan el modelo dominante. Por ejemplo, una demostración de tratamiento cognitivo conductual se proporcionó en línea como curso (Titov et al., 2015). El apoyo fue brindado por un terapeuta capacitado por teléfono o correo electrónico semanalmente. Aun así, con el uso de terapeutas capacitados (características del modelo dominante), el tratamiento fue de 1.471 individuos que completaron el tratamiento (de 2.049 que se inscribieron). El uso de un terapeuta capacitado (una característica del modelo de tratamiento dominante) aún permitió una aplicación del tratamiento a una escala mayor que la habitual (el tiempo medio del terapeuta por caso fue de 112 minutos).

Un ejemplo de una aplicación a muy gran escala consistió en una intervención basada en la web para dejar de fumar (Muñoz et al., 2016). El programa estaba disponible en dos idiomas (español e inglés) y fue visitado por más de 290.000 personas de 168 países. Los datos reportados para más de 7,000 participantes revelaron tasas de abandono

del hábito de fumar que oscilaban entre el 39 y el 50 por ciento en diferentes puntos de evaluación hasta un seguimiento de 18 meses. Este programa avanzó la noción de Intervenciones Masivas Abiertas en Línea (MOOI) para parecerse al modelo (Cursos Masivos Abiertos en Línea-MOOC) en educación. MOOI pondría a disposición intervenciones que podrían llegar a las personas en una escala como la demostración en el contexto del tabaquismo.

Como señalé, la tecnología tiene muchas formas y formatos. Es útil considerar la tecnología en una etapa temprana, aunque las facetas (por ejemplo, telepsiquiatría) no son nuevas. Y, sin embargo, otras tecnologías con algún uso en la atención de la salud física y mental (por ejemplo, robótica social) son bastante desconocidas (Broadbent, 2017; Rabbitt, Kazdin y Scassellati, 2015). Por ejemplo, los robots sociales ya han demostrado sus efectos positivos en la mejora de los comportamientos sociales entre los niños con trastorno del espectro autista (Scassellati et al., 2018) y a mayor escala en la mejora de la interacción social, el estado de ánimo y la comunicación entre las personas mayores, incluidas aquellas con demencia (Koh y Kang, 2018; Shibata y Wada, 2011). Sin duda, la literatura sobre robótica social se expandirá enormemente para abordar una variedad de problemas de salud mental, a pesar de que hay una variedad de obstáculos que superar (por ejemplo, robots de bajo costo, evidencia de su efectividad, resistencia de los profesionales de la salud mental).

Surgen varios problemas al considerar las fortalezas, los límites y los usos potenciales de la tecnología. Primero, y lo más relevante para el presente artículo, hay pocas aplicaciones de la tecnología que demuestren que las intervenciones se pueden escalar para alcanzar grandes números y producir resultados significativos (estadísticamente, clínicamente). La evidencia de esto bien podría estar en el horizonte, pero se ha expresado una preocupación convincente de que la contribución del uso de la tecnología pueda estar sobrevenida en este momento o al menos hasta que se obtenga una mejor escala con la evidencia de resultados (Bauer & Mossner, 2013; Tomlinson et al., 2012).

En segundo lugar, las tecnologías traen su propio conjunto de limitaciones relacionadas con la adopción, incluida la aceptabilidad del público en el contexto del "tratamiento", el mantenimiento de la participación en un programa que puede no ser o parecer individualizado y el acceso a Internet donde estos tratamientos están disponibles.

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

Curiosamente, la utilidad y la adopción de tecnología (por parte de los servicios clínicos, terapeutas y clientes) bien pueden mejorar en la próxima década en función de los efectos de cohorte. Las personas más jóvenes se sienten cada vez más en casa con la tecnología y las redes sociales y los niños pequeños charlan habitualmente con familiares a través de teléfonos móviles y Skype.

Si la tecnología como medio para proporcionar servicios de salud mental toma el camino de otras innovaciones disruptivas, el panorama del tratamiento puede cambiar considerablemente. Cuando surgen por primera vez innovaciones disruptivas (por ejemplo, computadora personal, teléfono celular), no compiten cabeza a cabeza con el producto tradicional (por ejemplo, computadoras mainframe, teléfonos fijos). Con el tiempo, la innovación puede comenzar a competir y hacerse cargo a medida que se desarrolla el producto y se expande el uso. Las expansiones incluyen una mayor comodidad, facilidad de uso y portabilidad en relación con los productos originales. Quizás los modelos innovadores de administración de tratamientos que son disruptivos, incluidos los que involucran tecnología, tendrán un curso similar.

Educación en entretenimiento. La educación en entretenimiento se refiere a un modelo de entrega que proporciona una intervención a través de la televisión (o la radio si la televisión no está disponible en el país o región de interés). Se trata de una serie de larga duración culturalmente sensible en la que diferentes personajes asumen diferentes roles, se enfrentan a los desafíos relacionados con el enfoque de la intervención y modelan estrategias de adaptación. La serie puede transmitir mensajes sobre el cuidado de la salud, pero más que eso puede cambiar el comportamiento en la sociedad de manera significativa.

El proceso de desarrollo de la serie comienza con el estudio de individuos dentro de una cultura determinada (por ejemplo, encuestas, grupos focales) y el desarrollo de personajes para una serie dramática de televisión extendida que refleja la cultura local y las personas que funcionan en su vida diaria. Los personajes asumen diferentes roles, lidian con los desafíos diarios de la vida dentro de la cultura y modelan el cambio social en los temas críticos, basados en los objetivos del programa. El enfoque de la intervención se integra en interpretaciones realistas de la vida de las personas en la cultura y cómo surge un problema y cómo lo tratan los personajes dentro de los episodios de la serie. El propósito es desarrollar una serie atractiva con múltiples personajes con los que la

audiencia se identificará e integrará en la serie eventos dramáticos que promoverán el cambio de audiencia.

Una aplicación temprana surgió en Perú en 1969, con una telenovela conocida como *Simplemente María*. María vivió una vida con la que otros podían identificarse como una madre soltera con dificultades y trató de mejorarse y finalmente lo hizo convirtiéndose en diseñadora de moda a través de su costura. El espectáculo fomentó el fomento de la mejora de la movilidad y la superación de desafíos como el bajo nivel socioeconómico, el abandono por parte de una pareja y los problemas culturales. La serie fue muy popular incluso más allá de Perú y dio lugar a otras series similares.

La formalización de la Educación en Entretenimiento comenzó como una aplicación en México como una telenovela diseñada para mejorar la planificación familiar y reducir las tasas de fertilidad (Singhal & Rogers, 1999). La vida familiar, las relaciones matrimoniales y el drama diario y los factores estresantes se transmitieron en detalle a medida que se desarrollaba la serie televisada. La familia ficticia ganó el control de sus vidas y se benefició de la planificación familiar, todo en episodios realistas que mostraban las luchas y la toma de decisiones que atraviesan los individuos y las parejas. Los personajes modelados afrontan dilemas y toman decisiones de manera realista y utilizan personajes (actores) que la audiencia llega a conocer bien con el tiempo. En términos de impacto, en este programa inicial en México, las ventas de anticonceptivos en la comunidad aumentaron drásticamente y hubo una caída del 34 por ciento en las tasas de natalidad durante un período de 5 años.

El modelo se ha aplicado ampliamente con muchos enfoques, incluida la prevención del VIH / SIDA, la abstinencia sexual para adolescentes, la crianza de los hijos, la violencia doméstica, la salud sexual y reproductiva y la promoción de un medio ambiente sostenible y la mitigación del cambio climático y con aplicaciones en África, China, América Latina e India, Filipinas, Estados Unidos y otros (por ejemplo, Singhal et al., 2003; Vaughan et al., 2000; Wang & Singhal, 2016, 2016; Yue, Wang, & Singhal, 2019). El alcance del modelo puede ser enorme. Por ejemplo, en Perú, el programa *Bienvenida Salud*, producido por Minga Perú en la Amazonía peruana, ha tenido 120.000 oyentes habituales a través de su programa radial de educación en entretenimiento enfocado en la salud (Durá et al., 2013). Más de 15.000 cartas de los oyentes han detallado las experiencias de las personas y su agradecimiento por el programa. En India, el

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

programa de Educación en Entretenimiento llegó a aproximadamente 400 millones de personas (Wang & Singhal, 2018). Dados los logros ya notables en muchos países diferentes, el modelo de educación en entretenimiento podría extenderse con un enfoque a gran escala en los problemas de salud mental, quizás comenzando con condiciones generalizadas como la depresión y la ansiedad. Además, el desarrollo de estrategias que reduzcan los trastornos mentales y físicos mediante el tratamiento y la prevención (por ejemplo, cambios en el estilo de vida, ver Tabla 2) también podrían ser focos viables para el modelo.

Comentarios generales

He ilustrado solo algunos de los modelos (véase la Tabla 2), pero transmiten los puntos principales, a saber, que hay disponibles modelos novedosos de entrega, que ya se han aplicado y plantean la posibilidad de proporcionar intervenciones a gran escala. Para algunos de los modelos, se proporcionan tratamientos psicológicos familiares, pero con un modelo de entrega que es diferente del modelo dominante. El cambio de tareas es un ejemplo en el que los tratamientos basados en la evidencia (por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal), bien establecidos en el modelo dominante, son administrados por personas no profesionales. En otros modelos, tanto la intervención como la técnica del parto quedan fuera de lo que habitualmente se considera una intervención por parte de las profesiones de la salud mental. Por ejemplo, las intervenciones de mejor compra pueden estar muy por fuera de las técnicas psicosociales habituales (por ejemplo, impuestos, publicidad) y se realizan de formas muy distintas al tratamiento tradicional (por ejemplo, leyes, política social). Del mismo modo, la Educación en Entretenimiento incluye una intervención especial (telenovela) proporcionada a través de la televisión (o la radio), casi nada parecido a las intervenciones psicosociales habituales. El mensaje más amplio podría ser que si queremos llegar a las personas que lo necesitan, brindar servicios a gran escala y, en el proceso, reducir la carga de las enfermedades mentales, debemos ir mucho más allá de lo que normalmente ofrecen las profesiones de salud mental.

Muchos de los modelos han surgido y se han aplicado a la salud física (p. ej., enfermedades crónicas e infecciosas), pero provocaron extensiones a la salud mental por algunas razones clave. Primero, las iniciativas de salud mundial para abordar los servicios de salud física revelaron brechas en los servicios de salud mental (OIM, 2010; OMS,

2011b). Se reconoció que muchas de las barreras que surgen al brindar atención de salud física a grandes franjas de personas necesitadas, particularmente en los países en desarrollo, son similares a las barreras de brindar atención de salud mental (Lancet Global Mental Health Group, 2007; Sharan et al., 2009). En consecuencia, los modelos para brindar tratamiento demostraron ser aplicables tanto a los servicios de salud mental como física. Además, como se señaló con las intervenciones de mejor compra, una intervención con el objetivo principal de reducir un tipo de disfunción (por ejemplo, uso y abuso de sustancias) puede tener consecuencias directas sobre otros tipos de disfunción (por ejemplo, enfermedad física y mortalidad).

En segundo lugar, se ha vuelto cada vez más claro que la salud física y mental están indisolublemente entrelazadas, con relaciones bidireccionales, recíprocas y comórbidas. Por ejemplo, la depresión mayor aumenta la probabilidad de más de 20 enfermedades físicas (Mulugeta et al., 2019). Más allá de un trastorno específico, como la depresión, una variedad de influencias comunes promueve enfermedades tanto físicas como mentales. Algunos de los culpables más familiares incluyen la inflamación y el estrés, pero ahora hay muchos otros como contaminantes del aire y partículas (p. ej., Bakian et al., 2015; Lim et al., 2012), prácticas de lactancia materna (p. ej., Krol et al., 2014; Oddy et al., 2010), microbiota en nuestros intestinos (p. ej., Kleiman et al., 2015; Nowakowski et al., 2016) y anomalías mitocondriales (Rezin et al., 2009; Rossignol & Frye, 2015). Además, los factores psicológicos (p. ej., depresión) pueden influir directamente en el curso de las enfermedades físicas (p. ej., enfermedades cardíacas, VIH al disminuir la adherencia a la medicación). De manera más general, la reducción de la carga de la salud física no puede descuidar la salud mental, como se refleja en la declaración frecuentemente citada de que “no hay salud sin salud mental” (Prince et al., 2007, p. 859; OMS, 2005, p. 11) . En cualquier caso, los modelos de administración de tratamientos pueden aplicarse tanto a la salud física como a la mental y se puede esperar que varios tratamientos también tengan un impacto en ambos.

Finalmente, en muchos países ha habido un movimiento hacia la atención integrada, que se refiere a brindar servicios coordinados para la salud física, así como para la salud mental y el uso de sustancias en el mismo entorno de servicio (p. ej., Collins et al., 2013; Crowley & Kirschner, 2015; Diez-Canseco et al., 2018; Vasan et al., 2014). La integración brinda una mayor oportunidad para llegar a un segmento de la población que

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

busca atención de salud física y, en ese proceso, también tendrá acceso a atención de salud mental. Es de suponer que existen menos barreras (por ejemplo, el estigma) cuando uno puede buscar un problema de salud física y ser clasificado sin problemas en los servicios para problemas de salud mental. Por supuesto, hay muchos que no buscan ni obtienen atención médica física. Sin embargo, el punto clave es tener múltiples modelos de prestación de servicios de salud mental para captar una porción cada vez mayor de las personas que de otra manera no recibirían servicios. La atención integrada no tiene por qué ser la solución, pero podría ser una parte importante de múltiples estrategias.

Los modelos que he ilustrado y enumerado se suman al modelo dominante y aumentan la probabilidad de llegar a más personas que necesitan atención de salud mental pero que no reciben servicios. Los países varían considerablemente en la heterogeneidad de la cultura, la etnia, la geografía, los recursos, la infraestructura y muchas otras características que influyen en la prestación del tratamiento. Dentro de un país, la variación puede ser enorme como, por ejemplo, se refleja en muchos países donde las áreas donde algunas subpoblaciones (por ejemplo, grupos indígenas) están lejos de las ciudades donde los tratamientos pueden estar disponibles. Los diferentes subgrupos dentro de un país pueden variar ampliamente en lo que consideran un problema psicológico y una intervención adecuada.

Algunos de los modelos mencionados tienen como punto de partida la sensibilidad cultural y étnica. También están diseñados para adaptarse a las condiciones locales, incluido lo que es factible, no solo económicamente, sino lo que es aceptable para aquellos que serían los destinatarios de la intervención. Por ejemplo, en el cambio de tareas, los miembros laicos de las comunidades en las que se brinda el tratamiento están directamente involucrados en la prestación de la atención. Por lo tanto, uno está realizando y recibiendo intervenciones entre sus compañeros de la misma cultura, etnia y tradiciones. En las intervenciones de mejor compra, precisamente qué intervenciones probablemente sean apropiadas está determinado por las condiciones y los recursos locales (por ejemplo, el gobierno, el impacto político, probable) y, en ese sentido, también son compatibles con la cultura y la sociedad. Y, la educación en entretenimiento comienza por comprender y representar a las personas dentro de una sociedad determinada y los problemas que enfrentan y pueden superar. Es posible que se necesiten diferentes

enfoques (modelos de tratamiento y prestación) para garantizar que lleguemos a todos o al menos a la mayoría de los segmentos de la población que necesitan servicios.

Múltiples modelos son esenciales

Representación pictórica del desafío

He destacado algunos de los muchos modelos disponibles de ejecución de intervenciones. La diversidad de modelos es una característica clave. Si queremos llegar a las personas que necesitan servicios, debemos ir más allá del modelo dominante de proporcionar tratamiento. De hecho, no se puede esperar que un solo modelo logre una reducción significativa de la brecha de tratamiento. Necesitaremos varios modelos.

La Figura 1 proporciona una ilustración gráfica de cómo varios modelos desempeñan un papel fundamental. Considere la parte superior de la figura (A) para representar a todas las personas que necesitan servicios de salud mental. Esto incluiría a individuos con disfunción clínica, trastornos subclínicos y otros que están deteriorados debido a algunas facetas de su funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social (por ejemplo, estrés y angustia, soledad, tendencias suicidas).

La parte central de la figura (B) muestra un círculo pequeño (subgrupo muy pequeño) que cubre parte del círculo más grande. Ese pequeño círculo representa la proporción de personas que reciben tratamiento y lo reciben a través del modelo dominante de terapia individual. Una característica obvia de B es que la mayoría de las personas que necesitan tratamiento (porción A) todavía no reciben intervenciones. B es donde nos encontramos ahora en la prestación de servicios y refleja la brecha de tratamiento.

Inserte la Figura 1 aquí

La parte C de la figura refleja el uso de múltiples modelos de entrega y tiene algunas características dignas de mención. Primero, los diversos modelos de entrega (cada modelo es un círculo dentro del círculo más grande) se superponen entre sí. Esto es importante porque refleja la probabilidad de que más de un modelo necesite llegar a las personas porque, de lo contrario, podrían pasarlas por alto. Es posible que un modelo determinado

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

no sea aceptable o conveniente, por lo que cada individuo que necesite atención tenga más de una opción si es posible.

En segundo lugar, el modelo dominante de administración de tratamiento (círculo sombreado de B) todavía está presente. No estoy sugiriendo que eliminemos el modelo dominante. Mis comentarios anteriores indicaron que el modelo dominante por sí solo tiene muy poco impacto en llegar a las personas necesitadas. No estoy sugiriendo la eliminación de ese modelo. El modelo dominante puede reducir la carga de la pequeña porción (del pastel, A en la figura) que necesita atención, es decir, un grupo de élite pero aún un grupo que necesita servicios. Esa es una razón para seguir abogando por el modelo, pero lamentando nuestra gran dependencia de su uso.

En tercer lugar, la figura (C) transmite que incluso con varios modelos superpuestos, todavía hay "espacios" en el círculo más grande que no están cubiertos. Estos espacios reflejan a las personas que necesitan tratamiento y que aun así no recibirán tratamiento. Incluso con muchos modelos y superposiciones, no podemos estar seguros de que llegaremos a todos los que lo necesiten. Un objetivo realista es reducir en gran medida la brecha de tratamiento. En este momento, en base a datos mundiales, podemos decir que la gran mayoría de los tratamientos que necesitan tratamiento no reciben nada. Incluso si no llegamos a todos, qué maravilloso sería si pudiéramos revertir esa afirmación y decir que la gran mayoría de las personas que necesitan tratamiento reciben tratamiento e incluso una intervención basada en la evidencia. Hay varios modelos disponibles que lo hacen factible. Entre las ventajas está que difieren en la medida en que se aplican diversas barreras (por ejemplo, costo, estigma, alfabetización en salud mental) e impiden la prestación de servicios.

Guías especialmente prometedoras

La tecnología en sus muchas formas está logrando los avances más rápidos en la prestación de servicios de salud y es probable que lidere la escalabilidad y el alcance de las intervenciones. Entre los avances se encuentran el uso de evaluaciones en tiempo real en la vida cotidiana del cliente, retroalimentación automatizada de la evaluación según sea necesario para los profesionales y los propios individuos, y luego intervenciones programadas para ayudar según sea necesario en función de la información de la evaluación. Como mencioné, los teléfonos inteligentes, los relojes inteligentes y las

aplicaciones pueden realizar la evaluación en tiempo real (p. ej., los clientes pueden ingresar el estado de ánimo o las medidas fisiológicas se evalúan directamente) y la información puede impulsar automáticamente una intervención (p. ej., estrategias de afrontamiento, meditación, atención plena). Si, y según sea necesario, la información se puede retroalimentar automáticamente a un servicio clínico o basado en la web. Además, se encuentran disponibles muchos medios y formatos diferentes que se conectan directamente con las personas.

Muchas facetas que ya se utilizan con fines recreativos (p. ej., realidad virtual, juegos) se han trasladado a la atención de la salud física y mental, al igual que muchas "aplicaciones". Otros, como el uso de drones para brindar servicios de salud física, apenas están comenzando a explorarse (por ejemplo, Claesson et al., 2017). La robótica también está avanzando; con el aprendizaje automático, pueden aprender y capacitarse a través del modelado (observar a los humanos) en la realización de procedimientos y en la toma de decisiones (por ejemplo, Brynjolfsson & Mitchell, 2017). Las aplicaciones terapéuticas de drones o robots muy inteligentes parecen remotas, pero ya es factible mucho que pueda resultar sorprendente.

Como camino potencial hacia la prestación de servicios en el futuro, cabe destacar la combinación de tres avances distinguibles pero interconectados. En primer lugar, está la tecnología en sí misma que permite la evaluación y ejecución de intervenciones de diversas formas, como he señalado anteriormente. En segundo lugar, los avances en inteligencia artificial (IA), con énfasis en el aprendizaje automático y el uso de modelos de redes neuronales, aumentan la sofisticación de lo que se puede lograr. Estos incluyen el aprendizaje, la acumulación de lo aprendido y la generación de nuevos conceptos que se pueden utilizar para ofrecer, mejorar e individualizar intervenciones. En tercer lugar, un avance tanto para la evaluación como para el tratamiento es la disponibilidad y el uso de "macrodatos". Esto permite la evaluación de los resultados, el examen de los moderadores para intervenciones más personalizadas y la integración de información de formas novedosas que se pueden retroalimentar y utilizar en IA para orientar mejor las intervenciones. Considere un ejemplo.

Las tasas de suicidio en el mundo son altas y abarcan un millón de muertes al año (ver Nock et al., 2008) con una tasa de 1 suicidio cada 20 segundos que se anticipó para el año 2020 (Bertolote & Fleischmann, 2015). Las variaciones en los informes entre

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

países, la exclusión de algunos países, la probable subnotificación (atribución) del suicidio como causa de muerte impiden la precisión en cualquier estimación, excepto para decir que el problema es enorme. El suicidio es la segunda causa principal de muerte de adolescentes y adultos jóvenes (de 15 a 29 años). A modo de ilustración, un estudio de adolescentes en Perú (áreas urbanas) mostró que, el 26,3 por ciento informó tener ideación suicida y el 17,5 por ciento informó haber intentado suicidarse durante los últimos 12 meses (Sharma et al., 2015). Otro informe notó aumentos en el suicidio entre 2000 y 2013 en Perú (ver Hernández-Vasquez et al., 2016), sin embargo, por supuesto, este es un problema mundial y Perú no es único en este sentido.

¿Cómo llegar a tanta gente necesitada? Un ejemplo notable es Facebook, con su enorme alcance. Facebook ha estado utilizando inteligencia artificial para examinar la publicación de mensajes de texto relacionados con el suicidio (Facebook, 2017; Tsukayama, 2017). Las personas que corren el riesgo de suicidarse a menudo se publican en Facebook con publicaciones de texto o videos. Mediante IA, estos se leen, se interpretan rápidamente y se contacta a los primeros en responder que se encuentran cerca para una intervención inmediata. El proyecto se ha estado desarrollando durante más de una década, involucrando a expertos, personas con experiencia de primera mano con intentos de suicidio, incluidos los seres queridos de quienes se han suicidado. La información se utiliza para considerar cómo brindar apoyo e intervenir utilizando las autoridades locales, los servicios de emergencia y otros usuarios de Facebook que están cerca y pueden intervenir. La inteligencia artificial se utiliza para evaluar publicaciones y videos anteriores para identificar el riesgo y el riesgo de autolesión. Escalar y llegar a personas que de otro modo no recibirían ninguna intervención es impresionante, cuando se considera en relación con otros modelos más tradicionales de conexión con los individuos.

Sin duda, es fácil identificar todo tipo de problemas con el uso de Facebook (u otros medios del mismo tipo), incluidas cuestiones de privacidad y confidencialidad, falsos positivos y falsos negativos en la identificación de casos, y el hecho de que no todos en el mundo está usando Facebook u otros medios, y otros. Los desafíos empíricos, éticos y prácticos deberán abordarse a fondo, y esto no es fácil de hacer dada la velocidad de los cambios en los medios, el hardware y la inteligencia artificial. No estoy descartando o pasando por alto los obstáculos, pero comenzando con un punto de partida que considero

el más crítico, a saber, que actualmente la principal intervención para las personas con trastornos mentales, incluida la depresión y el suicidio en todo el mundo, es "no tratamiento". Proporcionar algo no siempre es mejor sin hacer nada, pero los modelos que he revisado en su mayor parte tienen datos en su nombre que pueden escalar, llegar a grupos especiales necesitados y producir resultados de salud favorables.

Comentarios finales

Creo que nuestra investigación y aplicación clínica, pero quizás también, las leyes, la política social y las agencias relacionadas con la prestación de servicios de atención médica deberían guiarse por tres preguntas:

1. ¿Estamos cerrando la brecha del tratamiento? Es decir, ¿los reciben proporcionalmente más personas que necesitan servicios de salud mental?
2. ¿Estamos llegando a subpoblaciones dentro de los países que tienen menos probabilidades de recibir atención? Estos son los grupos que se encuentran entre los más desatendidos.
3. Cuando las intervenciones se amplían para llegar a más personas y poblaciones especiales, ¿logramos resultados del tratamiento que tengan un impacto en su funcionamiento?

Estas son preguntas empíricas y los esfuerzos para mejorar la prestación de servicios requieren la recopilación de información pertinente para garantizar que, de hecho, estamos progresando. Hago hincapié en la importancia de la recopilación de datos porque es común asumir que los programas de buenas intenciones son beneficiosos. La evaluación no es un lujo. Ya sabemos que los programas de intervención bien concebidos y bien intencionados pueden dañar (empeorar a los pacientes) o tener poco o ningún impacto (p. ej., Crawford et al., 2016; Dodge et al., 2006; McCord, 2003; Petrosino, Turpin -Petrosino y Finckenauer, 2000; Rozental et al., 2017). Empeorar a las personas generalmente significa que, en un ensayo aleatorizado, estar en un grupo de control sin tratamiento tiene un mejor resultado que estar en el grupo de intervención. Por eso observo que la evaluación es fundamental. Los programas que son ineficaces continúan sufriendo al paciente mientras utilizan recursos (dinero, personal) que podrían usarse

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

mejor en programas que podrían ser más prometedores. No se puede adivinar cuáles serán las respuestas a las tres preguntas que planteo; requieren datos.

Actualmente, existe una rica literatura empírica sobre tratamientos basados en evidencia. Se realizan estudios de resultados altamente controlados para evaluar los matices del tratamiento, para quién el tratamiento es efectivo, si los resultados pueden mejorarse, etc. No desafío estos focos. Sin embargo, las tres preguntas que he señalado generalmente se pasan por alto. Es por eso que ahora tenemos un conjunto de tratamientos basados en evidencia que llegan a la fracción más pequeña de personas que necesitan servicios psicológicos. La prioridad debería pasar a evaluar qué tan bien estamos llegando a las personas necesitadas y reduciendo la carga de las enfermedades mentales en todas sus gradaciones y formas.

Los impedimentos para brindar y recibir atención no dependen del modelo de suministro de tratamiento ni dependen del todo. Por supuesto, existen muchas razones por las que la mayoría de las personas que necesitan servicios psicológicos no reciben tratamiento. Para empezar, recibir servicios para la disfunción psicológica abarca varios pasos que incluyen experimentar síntomas o alguna forma de disfunción, identificarlos como síntomas o algo que necesita ayuda, decidir si es necesario actuar para hacer algo con los síntomas, identificar las opciones de intervención (ej., un “tratamiento” psicosocial u otra cosa), buscando y obteniendo realmente tratamiento si esa es la opción seleccionada, comenzando el tratamiento y permaneciendo en tratamiento según sea necesario, y con trastornos recurrentes atravesando el proceso o variantes abreviadas nuevamente. Estos parecen un flujo natural de pasos y una vez que uno comienza, el resto de los pasos se desarrollan. Sin embargo, existen múltiples obstáculos en cada uno de los pasos que pueden impedir o impedir que la persona avance y reciba cuidados (Jorm, 2012). Por ejemplo, muchas personas (aproximadamente un tercio de las personas en una encuesta de seis países) creen que la atención profesional de la salud mental es peor o igual que ninguna ayuda para los trastornos mentales. Incluso cuando el proceso se desarrolla, hay retrasos notables. Desde la identificación del problema hasta la búsqueda de ayuda, generalmente pasan muchos años (~ 8 años) (Thompson, Issakidis y Hunt, 2008; Wang, Berglund et al., 2005).

En segundo lugar, existen muchas barreras bien conocidas para recibir servicios a las que aludí anteriormente. Estos incluyen la gran escasez de servicios disponibles, el

costo de los servicios y el estigma asociado con la búsqueda de atención de salud mental. Curiosamente, muchos de los modelos novedosos de entrega que he ilustrado o enumerado (Tabla 2) pueden superar o eludir algunas de las barreras. Por ejemplo, los tratamientos de autoayuda y basados en la tecnología (a través de Internet o “aplicaciones”) se pueden realizar de forma privada y es mucho menos probable que evoquen el estigma de acudir a un tratamiento en una clínica. De manera similar, las intervenciones de mejor compra, cuando pertenecen a la política social, también están en gran parte fuera del sistema de atención de salud mental y la búsqueda o la búsqueda de servicios no presentan los obstáculos habituales. Finalmente, la educación en entretenimiento consiste en programas de televisión o radio y, por supuesto, cambia todas las facetas de buscar y recibir atención de salud mental y esquivar muchas de las barreras tradicionales a los servicios de salud mental.

Si reconocemos por un momento que se necesitan modelos novedosos, ¿por dónde podemos empezar? Las intervenciones de mejor compra proporcionan criterios que vale la pena considerar: asequibilidad, viabilidad y alcance, por ejemplo, y estos pueden variar de un país a otro. Otra opción que prefiero es fomentar el uso de intervenciones fácilmente disponibles que se pueden escalar y que pueden tener un impacto amplio. Por ejemplo, las cuestiones relacionadas con el estilo de vida (Tabla 2) incluyen el ejercicio y los paseos en la naturaleza, ambos con evidencia en su nombre y beneficiosos para la salud física y mental. Considere el ejercicio. Esto es de interés porque hay múltiples beneficios para la salud física y mental, porque la forma que adopta el ejercicio puede variar para adaptarse a los gustos individuales y porque la intervención se puede aplicar a múltiples grupos de edad. Como señalé, no se puede esperar que un único modelo llegue a todas las personas necesitadas. Y no estoy sugiriendo que el ejercicio sea la solución a la enfermedad mental. Estoy sugiriendo que una intervención como el ejercicio (pero otras tal vez como las redes sociales, Educación en entretenimiento) puede llegar a muchas personas, probablemente podría usarse para mejorar la salud en general y podría reducir la tasa básica de muchas fuentes de disfunción psicológica. Aunque ningún modelo es la solución, es muy necesario agregar modelos al modelo de atención dominante.

Se necesitan múltiples modelos para optimizar el alcance de las personas que necesitan servicios. Los diferentes modelos superan y presentan un perfil de barreras diferente y juntos alcanzan una mayor proporción de personas necesitadas que el modelo

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

dominante actual o cualquier modelo único. Hemos desarrollado muchas intervenciones basadas en evidencia. Estos representan una condición necesaria para una atención de salud mental eficaz, pero difícilmente una condición suficiente. Es necesario hacer más para extender estos tratamientos y otras formas de intervención a los millones de personas en un país determinado y en todo el mundo que no reciben ningún tipo de atención de salud mental.

REFERENCIAS

- Andrade, L.H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J.E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ... & Kessler, R.C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, *44*(06), 1303-1317.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M.L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., . . . Thorp, S.R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, *9*, 111–131.
- Bakian, A.V., Huber, R.S., Coon, H., Gray, D., Wilson, P., McMahon, W.M., & Renshaw, P.F. (2015). Acute air pollution exposure and risk of suicide completion. *American Journal of Epidemiology*, *181*, 295-303.
- Balaji, M., Chatterjee, S., Koschorke, M., Rangaswamy, T., Chavan, A., Dabholkar, H., . . . Patel, V. (2012). *The development of a lay health worker delivered collaborative community based intervention for people with schizophrenia in India. BioMed Central Health Services Research*, *12*. (On line at www.biomedcentral.com/1472-6963/12/42/)
- Bang, A.T., Reddy, H.M., Deshmukh, M.D., Baitule, S.B., & Bang, R.A. (2005). Neonatal and infant mortality in the 10 years (1993-2003) of the Gadchiroli field trial: Effect of home-based neonatal care. *Journal of Perinatology*, *25*, 92-107.
- Bauer, S., & Moessner, M. (2013). Harnessing the power of technology for the treatment and prevention of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 508–515.
- Becker, A. E., & Kleinman, A. (2013). Mental health and the global agenda. *New England Journal of Medicine*, *369*(1), 66-73.
- Bennett-Levy, J., Richards, D. A., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K. M., Kavanagh, D. J., . . . Williams, C. (Eds.). (2010). *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Phillips, M. R., Botega, N. J., Vijayakumar, L., ... & Wasserman, D. (2015). Repetition of suicide attempts. *Crisis*. *31*(4), 194-201.
- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., . . . Weinstein, C. (2011). *The global economic burden of noncommunicable*

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

diseases. Geneva: World Economic Forum. (available at www.weforum.org/EconomicsOfNCD)

Bolton, P., Lee, C., Haroz, E. E., Murray, L., Dorsey, S., Robinson, C., ... & Bass, J. (2014). A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: Development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. *PLoS Medicine*, *11*(11), e1001757.

Bower, J.L., & Christensen, C.M. (1995). Disruptive technologies: Catching the wave. *Harvard Business Review*, January-February, 43-53

Broadbent, E. (2017). Interactions with robots: The truths we reveal about ourselves. *Annual Review of Psychology*, *68*, 627-652.

Brynjolfsson, E., & Mitchell, T. (2017). What can machine learning do? Workforce implications. *Science*, *358*(6370), 1530-1534.

Buck, J., Manges, K., & Kaboli, P. (2016). Asynchronous teleneurology: A systematic review of electronic provider-to-provider communications (P3. 400). *Neurology*, *86*(16 Supplement), P3-400.

Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Cost effectiveness of strategies to combat neuropsychiatric conditions in sub-Saharan Africa and South East Asia: Mathematical modelling study. *British Medical Journal*, *344*, e609.

Chisholm, D., Lund, C., & Saxena, S. (2007). Cost of scaling up mental healthcare in low- and middle-income countries. *British Journal of Psychiatry*, *191*, 528-535.

Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2013). Social contagion theory: Examining dynamic social networks and human behavior. *Statistics in Medicine*, *32*(4), 556-577.

Christensen, C.M., Grossman, J.H., & Hwang, J. (2009). *The innovator's prescription: A disruptive solution for health care*. New York: McGraw Hill.

Cipolat, C., & Geiges, M. (2003). The history of telemedicine. *Current Problems in Dermatology*, *32*, 6-11.

Claesson, A., Bäckman, A., Ringh, M., Svensson, L., Nordberg, P., Djärv, T., & Hollenberg, J. (2017) Time to delivery of an automated external defibrillator using a

- drone for simulated out-of-hospital cardiac arrests vs emergency medical services. *JAMA*, 317(22), 2332–2334.
- Collins, P.Y., Insel, T.R., Chockalingam, A., Daar, A., & Maddox, Y.T. (2013). Grand challenges in global mental health: Integration in research, policy, and practice. *PLoS Medicine*, 10(4), e1001434.
- Colville, G. (2019). The online treatment tool, ‘Mood Mechanic’, is a viable option for the treatment of anxiety and depression in young adults who do not undertake face-to-face treatment. *Evidence-based Nursing*, ebnurs-2019.
- Corrigan, P.W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., ... Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260–265.
- Crowley, R. A., & Kirschner, N. (2015). The integration of care for mental health, substance abuse, and other behavioral health conditions into primary care: Executive summary of an American College of Physicians Position paper. *Annals of Internal Medicine*, 163(4), 298-299.
- Diez-Canseco, F., Toyama, M., Ipince, A., Perez-Leon, S., Cavero, V., Araya, R., & Miranda, J. J. (2018). Integration of a technology-based mental health screening program into routine practices of primary health care services in Peru (The Allillanchu Project): Development and implementation. *Journal of Medical Internet Research*, 20(3), e100.
- Dodge, K. A., Dishion, T. J., & Lansford, J. E. (Eds.). (2006). *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. New York: Guilford.
- Durá, L., Singhal, A., & Elias, E. (2013). Minga Perú's strategy for social change in the Peruvian Amazon: A rhetorical model for participatory, intercultural practice to advance human rights. *Rhetoric, Professional Communication, and Globalization*, 4(1), 33-54.

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

- Facebook (2017) Suicide Prevention Help Center.
<https://www.facebook.com/help/594991777257121>
- Fiestas, F., & Piazza, M. (2014). Lifetime prevalence and age of onset of mental disorders in Peru: results of the World Mental Health Study, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(1), 39-47.
- Frumkin, H., Bratman, G. N., Breslow, S. J., Cochran, B., Kahn Jr, P. H., Lawler, J. J., ... & Wood, S. A. (2017). Nature contact and human health: A research agenda. *Environmental Health Perspectives*, 125(7), 075001.
- Gorini, A., Gaggioli, A., Vigba, C., & Riva, G. (2008). A second life for ehealth: Prospects for use of 3-D virtual worlds in clinical psychology. *Journal of Medical Internet Research*, 10(3), no pagination.
- Greenwood, B.M., Greenwood, A.M., Snow, R.W., Byass, P., Bennett, S., & Hatib-N'Jie, A.B. (1989). The effects of malaria chemoprophylaxis given by traditional birth attendants on the course and outcome of pregnancy. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene Journal*, 83, 589-594.
- Harwood, T.M., & L'Abate, L. (2010). *Self-help in mental health: A critical review*. New York: Springer.
- Health Resources and Services Administration. (2010). *Health professional shortage areas: Mental health designated populations*. Rural Assistance Center. Retrieved from www.raconline.org/maps/mapfiles/hpsa_mental.png
- Hernández-Vásquez, A., Azañedo, D., Rubilar-González, J., Huarez, B., & Grendas, L. (2016). Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 751-757.
- Hoge, M.A., Morris, J.A., Daniels, A.S., Stuart, G.W., Huey, L.Y., & Adams, N. (2007). *An action plan for behavioral health workforce development*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2006). *Improving the quality of care for mental and substance use conditions*. Washington, DC: National Academies Press.

- Institute of Medicine. (2010). *Promoting cardiovascular health in the developing world: A critical challenge to achieve global health*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2011a). *Child and adolescent health and health care quality: Measuring what matters*. Washington, DC: National Academies Press
- Institute of Medicine. (2011b). *Country-level decision making for control of chronic diseases*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2012). *The mental health and substance use workforce for older adults: In whose hands?* Washington, DC: National Academies Press.
- Jorm, A.F. 2012. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist* 67: 231-243.
- Kazdin, A.E. (2018). *Innovations in psychosocial interventions and their delivery: Leveraging cutting-edge science to improve the world's mental health*. New York: Oxford University Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E., & Zaslavsky, A.M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352, 2515-2523.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-9.

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

- Kilpela, L.S., Hill, K., Kelly, M.C., Elmquist, J., Ottoson, P., Keith, D., ... & Becker, C.B. (2014). Reducing eating disorder risk factors: A controlled investigation of a blended task-shifting/train-the-trainer approach to dissemination and implementation. *Behaviour Research and Therapy*, *63*, 70-82.
- Kleiman, S.C., Watson, H.J., Bulik-Sullivan, E.C., Huh, E.Y., Tarantino, L.M., Bulik, C.M., & Carroll, I.M. (2015). The intestinal microbiota in acute anorexia nervosa and during renourishment: Relationship to depression, anxiety, and eating disorder psychopathology. *Psychosomatic Medicine*, *77*, 969-981.
- Koh, I. S., & Kang, H. S. (2018). Effects of Intervention Using PARO on the Cognition, Emotion, Problem Behavior, and Social Interaction of Elderly People with Dementia. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, *29*(3), 300-309.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, *82* (11), 858-866.
- Krol, K.M., Rajhans, P., Missana, M., & Grossmann, T. (2014). Duration of exclusive breastfeeding is associated with differences in infants' brain responses to emotional body expressions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *8*, 459. Available on line at www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4302883/
- Lancet Global Mental Health Group. (2007). Scale up services for mental disorders: A call for action. *Lancet*, *370*, 1241-1252.
- Lim, Y.H., Kim, H., Kim, J.H., Bae, S., Park, H.Y., & Hong, Y.C. (2012). Air pollution and symptoms of depression in elderly adults. *Environmental Health Perspectives*, *120*(7), 1023-1028.
- Linnan, L.A., Kim, A.E., Wasilewski, Y., Lee, A.M., Yang, J., & Solomon, F. (2001). Working with licensed cosmetologists to promote health: Results from the North Carolina BEAUTY and Health pilot study. *Preventive Medicine*, *33*, 606-612.
- Madigan, M.E., Smith-Wheelock, L., & Krein, S.L. (2007). Healthy hair starts with a healthy body: Hair stylists as lay health advisors to prevent chronic kidney disease. *Preventing Chronic Disease*, *4*, A64.
- Martini, M.G., Hewage, C.T., Nasralla, M.M., Smith, R., Jourdan, I., & Rockall, T. (2013, July). 3-D robotic tele-surgery and training over next generation wireless networks. In

Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), 2013 35th Annual International Conference of the IEEE (pp. 6244-6247).

McCord, J. (2003). Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587(1), 16-30.

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., ... & Olfson, M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: Results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(1), 32-45.

Mulugeta, A., Zhou, A., King, C., & Hyppönen, E. (2019). Association between major depressive disorder and multiple disease outcomes: A phenome-wide Mendelian randomisation study in the UK Biobank. *Molecular Psychiatry*, 1-8.

Muñoz, R.F., Bunge, E.L., Chen, K., Schueller, S.M., Bravin, J.I., Shaughnessy, E.A., & Pérez-Stable, E.J. (2016). Massive open online interventions (MOOIs): A novel model for delivering behavioral health services worldwide. *Clinical Psychological Science*, 4, 194-205.

Nadkarni, A., Weobong, B., Weiss, H.A., McCambridge, J., Bhat, B., Katti, B., . . . Patel, V. (2016). Counselling for Alcohol Problems (CAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India: A randomised controlled trial. *Lancet*. Online December 2016.

Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (Eds). (2015). *Treatments that work* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C. B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154.

Nowakowski, M. E., McCabe, R., Rowa, K., Pellizzari, J., Surette, M., Moayyedi, P., & Anglin, R. (2016). The gut microbiome: Potential innovations for the understanding and treatment of psychopathology. *Canadian Psychology*. Initial posting 2016 <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2016-01249-001/>

Oddy, W.H., Kendall, G.E., Li, J., Jacoby, P., Robinson, M., de Klerk, N.H., ... & Stanley, F.J. (2010). The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

- health: A pregnancy cohort study followed for 14 years. *Journal of Pediatrics*, 156, 568-574.
- Pallavicini, F., Algeri, D., Repetto, C., Gorini, A., & Giuseppe Riva, G. (2009). Biofeedback, virtual reality and mobile phones in the treatment of Generalized Anxiety Disorder (GAD): A phase-2 controlled clinical trial. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, 2, 315-327.
- Parikh, S. V., & Huniewicz, P. (2015). E-health: An overview of the uses of the Internet, social media, apps, and websites for mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 13-17.
- Patel, V., Maj, M., Flisher, A. J., Silva, M. J., Koschorke, M., Prince, M., ... & Risco, L. (2010). Reducing the treatment gap for mental disorders: A WPA survey. *World Psychiatry*, 9(3), 169-176.
- Patel, V., Weiss, H.A., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., ... & Kirkwood, B.R. (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 376, 2086–2095.
- Patel, V., Weiss, H.A., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., . . . Kirkwood, B.R. (2011). Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: Impact on clinical and disability outcomes over 12 months. *British Journal of Psychiatry*, 199, 459–466.
- Patel, V., Weobong, B., Weiss, H. A., Anand, A., Bhat, B., Katti, B., ... & Fairburn, C.G. (2016). The Healthy Activity Program (HAP), A lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: A randomised controlled trial. *Lancet*, 389(10065), 176-185.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., & Finckenauer, J.O. (2000). Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as Scared Straight. *Crime & Delinquency*, 46(3), 354-379.
- Piazza, M., & Fiestas, F. (2014). Annual prevalence of mental disorders and use of mental health services in Peru: Results of the World Mental Health Survey, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(1), 30-38

- Pietromonaco, P.R., & Collins, N.L. (2017). Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *American Psychologist*, *72*(6), 531-542
- Price, M., Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Acierno, R., & Ruggiero, K. J. (2014). mHealth: A mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *21*(5), 427-436.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maserko, J., Phillips, M.R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, *370*, 859-877.
- Rabbitt, S.M., Kazdin, A.E., & Scassellati, B. (2015). Integrating socially assistive robotics into mental healthcare interventions: Applications and recommendations for expanded use. *Clinical Psychology Review*, *35*, 35-46.
- Rahman, A., Malik, A., Sikander, S., Roberts, C., & Creed, F. (2008). Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: A cluster-randomised controlled trial, *Lancet*, *372*, 902-909.
- Rezin, G.T., Amboni, G., Zugno, A.I., Quevedo, J., & Streck, E.L. (2009). Mitochondrial dysfunction and psychiatric disorders. *Neurochemical Research*, *34*(6), 1021-1029.
- Roine, R., Ohinmaa, A., & Hailey, D. (2001). Assessing telemedicine: A systematic review of the literature. *Canadian Medical Association Journal*, *165*, 765-771.
- Rondon, M. B. (2009). Peru: Mental health in a complex country. *International Psychiatry*, *6*(1), 12-14.
- Rossignol, D.A., & Frye, R.E. (2015). Mitochondrial dysfunction in psychiatric disorders. In A. Dietrich-Muszalska, V., Chauhan, & S. Grignon (Eds.), *Studies on psychiatric disorders* (pp. 231-244). New York: Springer.
- Rotheram-Borus, M.J., Swendeman, D., & Chorpita, B.F. (2012). Disruptive innovations for designing and diffusing evidence-based interventions. *American Psychologist*, *67*(6), 463-476.
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*(2), 160-177.

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

- Ryder, D. (1988). Minimal intervention: A little quality for a lot of quantity. *Behaviour Change*, 5, 100–107.
- Scassellati, B., Boccanfuso, L., Huang, C. M., Mademtzi, M., Qin, M., Salomons, N., ... & Shic, F. (2018). Improving social skills in children with ASD using a long-term, in-home social robot. *Science Robotics*, 3(21), eaat7544.
- Sharan, P., Gallo, C., Gureje, O., Lamberte, E., Mari, J.J., Mazzotti, G., . . ., Saxena, S. (2009). Mental health research priorities in low- and middle-income countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *British Journal of Psychiatry*, 195, 354-363.
- Sharma, B., Nam, E. W., Kim, H. Y., & Kim, J. K. (2015). Factors associated with suicidal ideation and suicide attempt among school-going urban adolescents in Peru. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(11), 14842-14856.
- Shibata, T., & Wada, K. (2011). Robot therapy: A new approach for mental healthcare of the elderly—a mini-review. *Gerontology*, 57(4), 378-386.
- Singhal, A., Cody, M.J., Rogers, E.M., & Sabido, M. (Eds.). (2003). *Entertainment-education and social change: History, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Singhal, A. & Rogers, E.M. (1999). *Entertainment-education: A communication strategy for social change*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Smith, M. S., Lawrence, V., Sadler, E., & Easter, A. (2019). Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: Systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ open*, 9(1).
- Staples, L.G., Dear, B. F., Johnson, B., Fogliati, V., Gandy, M., Fogliati, R., ... & Titov, N. (2019). Internet-delivered treatment for young adults with anxiety and depression: Evaluation in routine clinical care and comparison with research trial outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 256, 103-109.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493.

- Thompson, A., Issakidis, C., & Hunt, C. (2008). Delay to seek treatment for anxiety and mood disorders in an Australian clinical sample. *Behaviour Change*, *25*, 71-8 YEA84.
- Titov, N., Dear, B. F., Staples, L. G., Bennett-Levy, J., Klein, B., Rapee, R. M., ... & Purtell, C. (2015). MindSpot clinic: An accessible, efficient, and effective online treatment service for anxiety and depression. *Psychiatric Services*, *66*, 1043-1050.
- Tomlinson, M., Rotheram-Borus, M.J., Swartz, L., & Tsai, A.C. (2013) Scaling up mHealth: Where Is the Evidence? *PLoS Med* *10*(2), e1001382.
- Toyama, M., Castillo, H., Galea, J. T., Brandt, L. R., Mendoza, M., Herrera, V., ... & Miranda, J. J. (2017). Peruvian mental health reform: A framework for scaling-up mental health services. *International Journal of Health Policy and Management*, *6*(9), 501-508.
- Tsukayama, H. (2017, November 27). Facebook is using AI to try to prevent suicide. *The Washington Post*, https://www.washingtonpost.com/news/the-switch/wp/2017/11/27/facebook-is-using-ai-to-try-to-prevent-suicide/?utm_term=.06b2720d0ec6
- United Nations (2000, September). *Resolution adopted by the General Assembly: United Nations Millennium Declaration*. Available on line at www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf.
- Valente, T.W., Ritt-Olson, A., Stacy, A., Unger, J.B., Okamoto, J., & Sussman, S. (2007). Peer acceleration: Effects of a social network tailored substance abuse prevention program among high-risk adolescents. *Addiction*, *102*, 1804–1815.
- Vasan, A., Ellner, A., Lawn, S. D., Gove, S., Anatole, M., Gupta, N., ... & Farmer, P. E. (2014). Integrated care as a means to improve primary care delivery for adults and adolescents in the developing world: A critical analysis of Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI). *BMC Medicine*, *12*(6). Available on line at <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-12-6>
- Vaughan, P.W., Rogers, E.M., Singhal, A., & Swalehe, R.M. (2000). Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: A field experiment in Tanzania. *Journal of Health Communication*, *5*(sup1), 81-100.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, *66*, 579-592.

Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones

- Wang, H., & Singhal, A. (2016). East Los High: Transmedia edutainment to promote the sexual and reproductive health of young Latina/o Americans. *American Journal of Public Health, 106*(6), 1002-1010.
- Wang, H., & Singhal, A. (2018). Audience-centered discourses in communication and social change: The 'Voicebook' of Main Kuch Bhi Kar Sakti Hoon, an entertainment-education initiative in India. *Journal of Multicultural Discourses, 13*(2), 176-191.
- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 603-613.
- Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 629-640.
- Weisz, J.R. & Kazdin, A.E. (Eds.). (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3rd ed.). New York: Guilford Press
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet, 382*(9904), 1575-1586.
- Wooton, R. (Ed.). (2003). *Telepsychiatry and e-mental health*. London: Royal Society of Medicine Press.
- World Health Organization (2005). *Mental health: Facing the challenges, building solutions*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2008). *Task shifting: Global recommendations and guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2011a). *Prevention and control of NCDs: Summary*. First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control. Moscow.

World Health Organization (2011b). Scaling up action against non-communicable diseases: How much will it cost? Geneva: WHO.

World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21) 2581-2590.

Yue, Z., Wang, H., & Singhal, A. (2019). Using television drama as entertainment-education to tackle domestic violence in China. *Journal of Development Communication*, 30(1), 30-44.

Zhang, Z., Wu, H., Wang, W., & Wang, B. (2010). A smartphone based respiratory biofeedback system. *Biomedical Engineering and Informatics (BMEI), 3rd International Conference Proceedings*, 2, 717-720.