

Revisión Narrativa

Problemáticas actuales y perspectivas futuras acerca de la escalabilidad de la atención para la salud mental en Argentina

LARA LUCILA ROZAS, SHADIA CURE PABUENA, ISIS LUCRECIA GRUCCOS, JIMENA ELIANA GRASSO, NICOLÁS ALEJANDRO VIZIOLI

LARA LUCILA ROZAS
Licenciada en Psicología.
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires
(UBA).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

SHADIA CURE PABUENA
Licenciada en Psicología.
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires (UBA).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

ISIS LUCRECIA GRUCCOS
Licenciada en Psicología.
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires (UBA).
San Isidro, Buenos Aires,
R. Argentina.

JIMENA ELIANA GRASSO
Licenciada en Psicología.
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires (UBA).
Remedios de Escalada,
Buenos Aires, R. Argentina.

NICOLÁS ALEJANDRO VIZIOLI
Magíster en Psicodiagnóstico y
Evaluación Psicológica.
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires (UBA).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 01/06/2023
FECHA DE ACEPTACIÓN: 30/07/2023

CORRESPONDENCIA
Mg. Nicolás Alejandro Vizioli.
Nazca 867, C1406AJH,
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
nicovizioli@gmail.com

La salud mental es un derecho humano básico y es una parte de la salud integral. En América Latina, existe un desequilibrio entre el gasto público en salud mental y la carga de morbilidad relacionada a los trastornos mentales. En Argentina, las investigaciones sugieren que la mayoría de las personas que precisan atención psicológica no la reciben. Los ingresos económicos y el acceso a servicios de salud son determinantes en la salud mental de las personas. De manera que se deben buscar alternativas para mejorar el alcance de los servicios de salud mental. El presente manuscrito tiene la finalidad de presentar las alternativas que se están trabajando para mejorar el escalamiento de las intervenciones psicológicas: *Task Shared Psychotherapy* y autoayuda guiada. Se discuten las implicaciones para el contexto local.

Palabras clave: Salud mental – Escalabilidad – Salud pública – *Task Sharing Psychotherapy* – Autoayuda guiada.

Current Problems and Future Prospects About Scalability of Mental Health Care in Argentina

Mental Health is a fundamental human right and is an integral part of health. In Latin America, there is an imbalance between public spending on Mental Health and the burden of diseases related to mental disorders. In Argentina, research suggests that most people who require psychological care do not receive it. Economic income and access to health services determine people's Mental Health. Therefore, alternatives must be sought to improve the scope of Mental Health Services. The purpose of this manuscript is to present the alternatives being worked on to improve the scaling of psychological interventions: *Task-Shared Psychotherapy* and Guided Self-Help. Implications for the local context are discussed.

Keywords: Mental Health – Scalability – Public Health – *Task-Shared Psychological Interventions* – Guided Self-Help.

Introducción

La salud mental es un derecho humano básico y es una parte de la salud integral [56]. Sin embargo, los trastornos mentales y los de consumo de sustancias se encuentran entre los principales contribuyentes mundiales a la carga total de enfermedad, medida por el número de años vividos con una discapacidad [25]. Esta situación puede deberse a que la salud mental tiene una prioridad baja en la mayoría de los países de ingresos económicos bajos y medios, al considerar a los trastornos mentales como un dominio de la salud distinto, con servicios y presupuestos separados, y un costo de oportunidad asequible [39]. En este sentido, habitualmente la calidad de los servicios de salud mental es peor que la de los servicios que atienden a la salud física, con inversiones gubernamentales pequeñas para la asistencia y el desarrollo de la salud mental [38]. En concordancia, en gran medida son inaccesibles los servicios fundamentales para la integración de la salud mental en los sistemas de salud como la atención primaria [18]. En la mayoría de los países de ingresos económicos bajos y medianos, la inequidad en el acceso a la atención de la salud mental también es un factor relevante, dado que el nivel socioeconómico de una persona puede determinar su acceso, o no, a los servicios de salud mental [50].

En América Latina, existe un desequilibrio entre el gasto público en salud mental y la carga de morbilidad relacionada a los trastornos mentales, que afecta de manera desproporcionada a los países de bajos ingresos económicos, de modo tal que puede resultar en falta de tratamientos, aumento de la discapacidad y la mortalidad, disminución de la producción económica nacional y aumento del gasto en salud al nivel del hogar [52]. En este sentido, se estima que el 74.7 % de las personas que precisan tratamiento en Latinoamérica no lo reciben [33]. Si bien algunos países de la región como Perú y Chile han realizado distintos esfuerzos a fines de mejorar la escalabilidad de las intervenciones para la salud mental y mejorar el acceso a estos servicios [2, 49], todavía resta trabajo por hacer para que las personas que lo precisen puedan acceder a servicios de salud mental. Si bien se hicieron distintos lla-

mados a la acción [55, 34, 39], el progreso es muy lento y hasta desalentador [38].

En el caso de Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 promulgada en 2010 [36] propuso una serie de indicaciones para el sistema de salud que se verían reflejadas en cambios, como prestar atención basada en la atención primaria, pero su aplicación aún no ha sido efectiva [59, 5]. Por esta razón, el presente manuscrito pretende: a) evaluar la situación epidemiológica y el acceso a la salud en Argentina y a nivel mundial, y b) examinar posibles vías de acción para mejorar el escalamiento de la atención en salud mental a través de la atención primaria y los servicios basados en la comunidad.

La situación de la salud mental en Argentina y a nivel mundial: datos epidemiológicos

Se estima que, a nivel mundial, casi mil millones de personas conviven con trastornos mentales, con los trastornos de ansiedad y los depresivos entre los más prevalentes [58]. Aproximadamente, un 3.8% de ansiedad, un 3.4 % de depresión, un .5 % de trastorno bipolar, un .3 % esquizofrenia y un .2% de trastornos alimentarios [16].

En Argentina, investigaciones [10, 47] realizadas en una muestra de 3927 adultos de población general de distintas regiones del país, seleccionadas mediante un muestreo probabilístico multietápico informaron que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental fue de 29.1 % y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años fue de 37.1 %. Los trastornos con prevalencia de vida más elevada fueron el trastorno depresivo mayor (8.7 %), el trastorno por abuso de alcohol (8.1 %) y la fobia específica (6.8 %). En cuanto a los grupos de trastornos, los de ansiedad son los de mayor prevalencia (16.4 %), seguidos por los del estado de ánimo (12.3 %), por sustancias (10.4 %), y los del control de impulsos (2.5 %). La prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental fue del 14.8 %, y un cuarto de estos trastornos fueron clasificados como severos.

En una investigación realizada en una muestra de 2547 participantes de distintas regiones del país [19], se halló que 12.51 % de la muestra presentó riesgo de padecer

un trastorno mental, y que a medida que los participantes informaron menor edad y menor nivel socioeconómico percibido, se observaron niveles más altos de sintomatología psicológica inespecífica, ansiosa, depresiva y riesgo suicida. Asimismo, el estudio informó que el consumo de alcohol, drogas y tabaco se asoció significativamente con la sintomatología psicológica, mientras que las personas más jóvenes y de menor nivel socioeconómico percibido presentaron mayor nivel de sintomatología psicológica.

En este sentido, es preciso mencionar que la salud mental incluye determinantes individuales como el manejo de los pensamientos propios, las emociones, los comportamientos e interacciones con los demás, y también sociales, culturales, económicos, políticos y factores ambientales, tales como las políticas nacionales, los niveles de vida, las condiciones de trabajo, la comunidad y los apoyos sociales. Dependiendo del contexto local, ciertos individuos y grupos en la sociedad pueden correr un riesgo significativamente mayor de experimentar problemas de salud mental. Los grupos vulnerables pueden incluir miembros de hogares que viven en la pobreza, personas con problemas de salud crónicos, bebés y niños expuestos al maltrato y al abandono, adolescentes expuestos por primera vez al uso de sustancias, grupos minoritarios, personas mayores, personas que experimentan discriminación y violaciones de derechos humanos, personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero, personas privadas de libertad y personas expuestas a conflictos y emergencias humanitarias [55]. La importancia de considerar estos factores radica en que la salud mental es resultado de una interacción compleja entre la vulnerabilidad individual y los factores ambientales [28].

A nivel mundial, se ha estimado que el desempleo y los ingresos económicos bajos se asocian a una menor salud mental y a mayor sintomatología psicológica [41, 4]. Mientras que investigaciones a nivel local han informado que las personas más jóvenes, de menor nivel socioeconómico, o de género femenino experimentan mayores niveles de sintomatología psicológica [10; 47; 21; 18; 20; 22].

Estos datos resultan de vital importancia a la hora de considerar el valor de la salud mental en Argentina, donde se estima que el 27.7% de las personas vive en situación de pobreza y el 8.8% en situación de indigencia [29]. De acuerdo con la Encuesta Permanente de Hogares, el 52.4% de la población argentina no tiene ni busca trabajo, mientras que el 47.6 % es económicamente activa. De este último sector poblacional, el 7.1% se encuentra desocupado [30]. Es decir, que gran parte de la población de nuestro país podría encontrarse en situación de riesgo respecto de su salud mental. Asimismo, es preciso señalar que las condiciones respecto del acceso a la salud varían en función de la región del país. Por ejemplo, las personas que viven en regiones del Gran Buenos Aires reportaron menor estado de salud percibido, mayor sintomatología ansiosa y depresiva y menos alternativas de cobertura en salud que quienes viven en la Ciudad de Buenos Aires [42]. De manera que el acceso a la salud y la salud percibida pueden ser distintas en función de la región, señalando las desigualdades existentes. En este sentido, se ha sugerido que mejorar las condiciones de vida cotidianas y atacar a las desigualdades económicas, de poder y de recursos deberían ser objetivos para generar mayor equidad en la salud.

El acceso a la salud mental a nivel mundial y en Argentina

A nivel mundial, la escasa inversión en la salud mental en países de ingresos económicos bajos y medios provoca que exista una brecha entre el acceso a servicios de salud mental y la necesidad de recurrir a ellos [9]. En líneas generales, los sistemas de salud aún no han respondido adecuadamente a la carga de los trastornos mentales, por lo que la brecha entre la necesidad de tratamiento y su provisión es grande, estimándose que entre 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento en países de bajos y medianos ingresos económicos, mientras que en países de altos ingresos entre el 35% y el 50% [55]. En este sentido, la mediana a nivel mundial de presupuesto destinado a la salud mental es del 2% [58]. Si bien algunos países de ingresos económicos elevados destinan más del 10% de

su presupuesto a la salud mental, la mediana en países de menores ingresos económicos es del 1%.

Con respecto a Argentina, el estudio epidemiológico realizado por Stagnaro *et al.* [47] informó que únicamente un 13.2% de los participantes recibió algún tratamiento en el último año, mientras que un 11.5% recibió tratamientos por profesionales de la salud. Un 7.7% recibió atención específicamente de salud mental, un 3.8% atención por profesionales en medicina general y un 1.7% por profesionales de otras áreas, consejeros espirituales o religiosos, o por medicinas alternativas. En concordancia, una investigación realizada por Etchevers, Garay, Putrino, Grasso *et al.* [19] reportó que las personas que perciben la necesidad de tratamientos psicológicos han informado no tener acceso a los mismos por carecer de medios económicos. Estos datos son llamativos, teniendo en cuenta que un estudio publicado en 2010 informó que en Argentina existen 145 profesionales de la Psicología cada 100.000 habitantes [1], mientras que la mediana a nivel mundial es de 13 [58]. Además, distintas investigaciones han reportado que la mayoría de los egresados de carreras de Psicología de Argentina se dedica al área clínica [6; 8]. Es decir que, aunque Argentina posee una cantidad relativamente elevada de profesionales y que la mayoría se dedica a la clínica, existe una brecha entre su disponibilidad y el acceso a la salud mental. Esta situación puede deberse al escaso presupuesto destinado a la salud mental pública en dicho país. Más allá de la vacancia de información referida al presupuesto destinado a la salud mental, las partidas con dicho destino han estado lejos del 10% del presupuesto asignado a salud, previsto por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 de 2010 [59], posiblemente porque hasta hace poco no había sido un tema de agenda [3].

Es preciso mencionar que en muchas ocasiones la información acerca de la salud mental debe ser tomada con cautela. A nivel mundial es habitual que la información publicada acerca de la salud mental, y particularmente a su acceso, esté incompleta o sea inadecuada [58], mientras que en Argentina existe una vacancia de datos oficiales. En este sentido,

la investigación en salud mental, así como los recursos destinados para realizarla parecen insuficientes [55].

Los roles de la atención primaria y de los servicios comunitarios

A fin de mejorar el acceso a la atención y la calidad del servicio, algunas de las recomendaciones incluyen al desarrollo de servicios de atención y de salud mental comunitarios; la integración de la atención y el tratamiento de la salud mental en hospitales y en la atención primaria; la continuidad de la atención entre diferentes proveedores y niveles del sistema de salud; la eficaz colaboración entre proveedores de cuidados formales e informales; y la promoción del autocuidado, por ejemplo, mediante el uso de tecnologías [55].

La atención primaria de la salud (APS) se define como un enfoque de salud que incluye a toda la sociedad y tiene como objetivo garantizar el mayor nivel de salud y bienestar y su distribución equitativa a través de la atención centrada en las necesidades de las personas [54]. La APS contempla a las acciones de promoción de la salud, de prevención de enfermedades, de tratamiento, de rehabilitación y de cuidados paliativos, intentando impactar en el entorno cotidiano de las personas. La APS es el primer nivel dentro de un esquema de 3 niveles de atención, que buscan estratificar y ordenar los recursos para satisfacer las necesidades de la población [24; 58].

El primer nivel de atención debiera ser el más cercano a la población y el primer contacto con el sistema de salud. Está planteado para resolver demandas básicas y frecuentes. Este nivel se ocuparía de la mayoría de los problemas de salud más prevalentes y debería ser accesible a gran parte de la población [35]. Para garantizar su funcionamiento, el primer nivel debería contar con distintas vías de acceso y con numerosos establecimientos. El segundo nivel hace referencia a los hospitales generales y, en conjunto con el primer nivel, deberían resolver la mayoría de los problemas de salud. El tercer nivel es el más específico, pensado para recibir a personas con problemas poco prevalentes y de patologías complejas que requieren de tecnologías muy sofisticadas y costosas.

Para que estos niveles se articulen dentro del sistema de salud existe un sistema de referencia y contrarreferencia [51]. La referencia es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud o de una prueba diagnóstica de un usuario, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria. Por ejemplo, si un usuario ingresa a un Centro de Atención Primaria (que corresponden al primer nivel) y desde la institución detectan que este nivel no tiene la capacidad de resolución de la problemática por la que hizo la consulta, entonces se lo deriva a un segundo nivel, dando lugar a la referencia. Una vez que se da este procedimiento y el usuario es atendido en este último nivel y se resuelve su situación, debe ser *contrarreferido* al nivel anterior. Esto se conoce como contrarreferencia, y se trata de un procedimiento inverso, en donde el establecimiento de salud del nivel superior, una vez resuelto el problema de salud del paciente, devuelve la responsabilidad de su cuidado o el resultado de una prueba diagnóstica al establecimiento de salud de menor complejidad para su control y seguimiento [51].

Como se mencionó anteriormente, dentro de la APS deben realizarse tareas de promoción y prevención [26]. La promoción de la salud (PS) consiste en brindarle a la comunidad los medios necesarios para mejorar su salud y así poder ejercer un mayor control sobre ella. Para poder alcanzar el máximo grado de salud, las personas deben poder identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al entorno [51]. Es un concepto positivo que busca potenciar los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Con respecto a la prevención, se trata de la realización de medidas que buscan prevenir la aparición de enfermedades a través de la reducción de los factores de riesgo, así como también interrumpir o enlentecer su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida la enfermedad [37]. La prevención puede darse en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria busca mitigar o reducir los factores de riesgos a los que un grupo poblacional está expuesto. Puede estar dirigida a prohibir o

disminuir la exposición al factor de riesgo hasta niveles no dañinos para la salud [37]. La prevención secundaria apunta a detectar precozmente la enfermedad. Se realiza en sujetos «supuestamente sanos» con o sin síntomas. Además, incluye un tratamiento oportuno una vez detectado el problema. Suelen utilizarse técnicas de *screening* o tamizaje. Una persona puede someterse a una prueba de prevención secundaria y no necesariamente tener una enfermedad. Tal es el caso del examen de Papanicolau; que es preventivo y de control, se practica a personas sanas para intervenir lo antes posible en caso de que se detectara una enfermedad. El lema de la prevención es que cuanto más temprano se intervenga mejor será la calidad de vida de la persona, y estará expuesta a menores riesgos si se detecta en etapas no avanzadas. La prevención terciaria refiere a acciones de recuperación, rehabilitación, tratamiento en casos de cronicidad o cuidados paliativos en casos en los que la enfermedad conlleve la muerte.

Con respecto a los dispositivos comunitarios, se utiliza el término *atención de salud mental basada en la comunidad* para denominar a cualquier atención de salud mental que se brinde fuera de un hospital psiquiátrico, incluyendo los servicios disponibles a través de la atención primaria de salud, programas de salud, hospitales generales regionales, centros y equipos comunitarios de salud mental [58]. La atención comunitaria se presenta como una alternativa a los servicios institucionales de salud [48; 57] que podría permitir que las personas puedan acceder a los servicios más cerca de su hogar, eliminando barreras tales como la distancia, los costos prohibitivos, posibilitando así que los servicios sean más accesibles [55]. Este enfoque está centrado en las personas y en los derechos humanos, organizado en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas, como sujetos activos, por lo que busca respetar la comprensión de las personas sobre la salud mental atendiendo a sus necesidades y preocupaciones [58]. En este sentido, la idea de salud mental basada en la comunidad plantea acercar los servicios de salud a las personas en los lugares donde viven y considerando sus necesidades, permitiendo una mayor accesibilidad.

En nuestro país, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 de 2010 plantea que la atención debe darse por fuera del ámbito de la internación hospitalaria, basándose en los principios de la APS. Sin embargo, desde su promulgación, ha habido pocos signos de su efectiva aplicación [59; 5]. De manera que el acceso a la salud mental aún continúa siendo un desafío que requiere la búsqueda de alternativas.

Alternativas para mejorar la escalabilidad de las intervenciones en salud mental

El término escalamiento se refiere a los esfuerzos, realizados en los servicios de salud, destinados a aumentar el impacto de las innovaciones probadas en estudios piloto o experimentales, para beneficiar a más personas y fomentar el desarrollo de políticas y programas duraderos [44]. Debido a las dificultades de las personas para acceder a servicios de salud mental y a la elevada prevalencia de los trastornos mentales, es preciso que las intervenciones sean breves, eficientes y escalables [12;15]. Teniendo en cuenta que la mayoría de las psicoterapias de primera línea funcionan [53; 12], surge la pregunta acerca de cuál es la unidad mínima de intervención a proveer para producir efectos en la salud mental, a fin de mejorar las posibilidades de escalamiento de los tratamientos [14]. En este sentido, existen diversas formas de hacer más eficientes a las intervenciones psicológicas, reduciendo el número de sesiones, impartándose por teléfono o en grupos, o como intervenciones no guiadas [12;15]. Por ejemplo, se ha propuesto a la terapia de sesión única como una alternativa efectiva, menos costosa y más escalable [27; 43], con base en la premisa de que los cambios positivos no dependen de la duración prolongada de las intervenciones [23].

Otras grandes líneas de investigación que pretenden minimizar las intervenciones psicológicas son, por un lado, la psicoterapia de tareas compartidas, *task shared psychotherapy*, y por otro, la focalizada en la autoayuda guiada [12;15]. La primera se refiere a la delegación de tareas a trabajadores comunitarios o de la atención primaria no especializados, y habitualmente se ha utilizado como una alternativa ante la imposibilidad de acceder a profesionales de la salud mental [46]. Algunos aspectos clave de este enfoque son

la atención equilibrada, la atención colaborativa, la capacitación y la supervisión sostenidas, el uso de intervenciones *transdiagnósticas* basadas en un enfoque dimensional del bienestar y la enfermedad, y el uso de tecnologías digitales emergentes [40]. Existe evidencia de que las intervenciones que comprenden a elementos comunes y son administradas por trabajadores no especializados son eficaces en la reducción de la sintomatología psicológica [45; 32]. La atención de la salud mental se puede brindar de manera efectiva en entornos de atención primaria de la salud, a través de programas basados en la comunidad y enfoques de tareas compartidas [31]. Este enfoque es prometedor dada su eficacia, la relación entre costos y beneficios y la posibilidad de brindar ayuda a través de trabajadores de la salud no especializados.

En cuanto a la segunda línea de investigación, centrada en la autoayuda guiada, existe evidencia que indica que es tan efectiva como los tratamientos presenciales [13], cuesta mucho menos tiempo a los profesionales y también puede ser administrada por trabajadores de la salud mental con menos experiencia. Si bien la mayor parte de la investigación sobre el tema se llevó a cabo en países de ingresos económicos elevados [12;15], existen investigaciones que demuestran su eficacia en otros contextos [11; 12].

Discusión

En Argentina es habitual que gran cantidad de las personas que precisan acceder a servicios de atención de la salud mental no lo puedan hacer [47; 19], como sucede en otros países de bajos ingresos económicos [55] como es la situación de América Latina [33]. Si bien Ley Nacional de Salud Mental 26.657 —promulgada en 2010— presenta lineamientos concordantes con la prestación de servicios con base en la APS, las dificultades en la implementación de la ley, las contrariedades para acceder a información oficial y los bajos presupuestos asignados [59] han provocado que el acceso a dichos servicios no haya mejorado perceptiblemente.

A nivel mundial, se presentan distintas líneas de investigación que indican que se pueden desarrollar intervenciones más escalables y menos costosas, conservando su eficiencia

[11], acciones que podrían ser aplicadas en dispositivos de atención primaria basados en la comunidad [58], con adaptación al contexto local [7]. Por ejemplo, intervenciones de sesión única, de tareas compartidas o centradas en la autoayuda guiada [31], incorporando principios como la capacitación y la supervisión sostenidas, el uso de intervenciones *transdiagnósticas* y el uso de tecnologías digitales emergentes [40]. Se propone que futuras investigaciones indaguen el funcionamiento de servicios de salud que respondan a estas premisas, tomando en cuenta que los servicios deben basarse en evidencia y ser relevantes a nivel local, asegurando que ten-

gan en cuenta todos los aspectos de los sistemas existentes, y que su implementación sea evaluada con el objetivo de la diseminación de los resultados obtenidos [17].

El acceso a la salud mental se relaciona con distintas variables fundamentales, como la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna y la reversión de la propagación del VIH/SIDA [39]. Por lo tanto, la salud mental debe integrarse en el sistema de salud considerando que no hay salud sin salud mental [39].

Referencias

1. Alonso MM, Gago PT, Klinar D. Profesionales de la psicología en la República Argentina: Síntesis cuantitativa 2008. Anu Investig [Internet]. 2010 [cited 2023 May 28];17:375-82. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862010000100038&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Araya R, Alvarado R, Sepúlveda R, Rojas G. Lessons from scaling up a depression treatment program in primary care in Chile. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2012 [cited 2023 May 28];32(3):234-40. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n3/234-240/en>
3. Barrantes Carrasco JC, Adrianzén Guerrero RE, Carranza Guerrero BE, Bravo González KE. El desafío de la política de salud mental en Latinoamérica. Ciencia Latina [Internet]. 2022;6(3):2613-34. DOI: 10.37811/cl_rcm.v6i3.2406
4. Bartelink VHM, Zay Ya K, Guldbrandsson K, Bremberg S. Unemployment among young people and mental health: A systematic review. Scand J Public Health [Internet]. 2020;48(5):544-58. PMID: 31291827 DOI: 10.1177/1403494819852847
5. Bega Martínez R. Avatares de las políticas públicas en salud mental y su atención socio-comunitaria. Rev Estud Polít Públicas [Internet]. 2020;6(2):52-64. DOI: 10.5354/0719-6296.2020.58621
6. Benatui D, Laurito J. El perfil laboral y educativo de los jóvenes psicólogos. Summa Psicol UST [Internet]. 2004 [cited 2023 May 28];6(2):55-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3113448.pdf>
7. Benish SG, Quintana S, Wampold BE. Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. J Couns Psychol [Internet]. 2011;58(3):279-89. PMID: 21604860 DOI: 10.1037/a0023626
8. Casari L, Espeche V, Bustos MG. Inserción laboral de una muestra de egresados recientes en la carrera de Psicología en Argentina. Revista Diálogos. 2012;3(2):69-86. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/206784>
9. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. Lancet Psychiatry [Internet]. 2016;3(5):415-24. PMID: 27083119 DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4
10. Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar Gaxiola S, Vommaro H, Loera G, Medina-Mora ME, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2018;53(4):341-50. PMID: 29459988 DOI: 10.1007/s00127-018-1492-3
11. Cuijpers P, Heim E, Abi Ramia J, Burchert S, Carswell K, Cornelisz I, et al. Effects of a WHO-guided digital health intervention for

- depression in Syrian refugees in Lebanon: A randomized controlled trial. *PLoS Med* [Internet]. 2022;19(6):e1004025. PMID: 35737665 DOI: 10.1371/journal.pmed.1004025
12. Cuijpers P, Heim E, Ramia JA, Burchert S, Carswell K, Cornelisz I, et al. Guided digital health intervention for depression in Lebanon: randomised trial. *Evid Based Ment Health* [Internet]. 2022;25(e1):e34-40. PMID: 35577536 DOI: 10.1136/ebmental-2021-300416
 13. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Cipriani A, Furukawa TA. Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A network meta-analysis: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2019;76(7):700-7. PMID: 30994877 DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0268
 14. Cuijpers P. Minimising interventions in the treatment and prevention of depression. Taking the consequences of the "Dodo Bird Verdict". *J Ment Health* [Internet]. 1998;7(4):355-65. PMID: 29052475 DOI: 10.1080/09638239817950
 15. Cuijpers P. The Dodo Bird and the need for scalable interventions in global mental health-A commentary on the 25th anniversary of Wampold et al. (1997). *Psychother Res* [Internet]. 2023;33(4):524-6. PMID: 36305328 DOI: 10.1080/10503307.2022.2138792
 16. Dattani S, Rodés Guirao L, Ritchie H, Roser M. Mental Health. *Our World in Data* [Internet]. 2023[cited 2023 septiembre 23]; Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>
 17. Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet* [Internet]. 2011;378(9802):1592-603 PMID: 22008429 DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60891-X
 18. Esponda GM, Hartman S, Qureshi O, Sadler E, Cohen A, Kakuma R. Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(1):78-92. PMID: 31474568 DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30125-7
 19. Etchevers MJ, Garay CJ, Putrino N, Grasso J, Helmich N, Rojas, L. Relevamiento del estado psicológico de la población argentina [Internet]. *Observatorio de Psicología Social Aplicada*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2021. Disponible en: <https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/Crisis%20Coronavirus%2016%20-%20Relevamiento%20del%20estado%20psicologico%20de%20la%20poblacion%20argentina.pdf>
 20. Etchevers MJ, Garay CJ, Putrino NI, Helmich N, Lunansky G. Argentinian mental health during the COVID-19 pandemic: A screening study of the general population during two periods of quarantine. *Clin Psychol Eur* [Internet]. 2021;3(1):e4519. PMID: 36397784 DOI: 10.32872/cpe.4519
 21. Fernández RS, Crivelli L, Guimet NM, Allegri RF, Pedreira ME. Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2020;277:75-84. PMID: 32799107 DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.133
 22. Fernández RS, Crivelli L, Magrath Guimet N, Allegri RF, Picco S, Pedreira ME. Psychological distress and mental health trajectories during the COVID-19 pandemic in Argentina: a longitudinal study. *Sci Rep* [Internet]. 2022;12(1):5632. PMID: 35379888 DOI: 10.1038/s41598-022-09663-2
 23. Fullen CT. The therapeutic alliance in a single session: A conversation analysis. *J Syst Ther* [Internet]. 2019;38(4):45-61. DOI: 10.1521/jsyt.2019.38.4.45
 24. García Salabarría J. Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2006 [cited 2023 May 28];32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000100014&script=sci_arttext&tlng=en
 25. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* [Internet]. 2018;392(10159):1923-94. PMID: 30496105 DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6
 26. Gil-Girbau M, Pons-Vigués M, Rubio-Valera M, Murrugarra G, Masluk B, Rodríguez-Martín B, et al. Modelos teóricos de promoción de la

- salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2021;35(1):48-59. DOI: 10.1016/j.gaceta.2019.06.011
27. Hoyt MF, Young J, Rycroft P. Single session thinking 2020. *Aust N Z J Fam Ther* [Internet]. 2020;41(3):218-30. DOI: 10.1002/anzf.1427
 28. Ingram RE, Luxton DD. Vulnerability-Stress Models. In: Hankin BL, Abela JRZ, editors. *Development of Psychopathology: A vulnerability stress perspective*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc; 2005. p. 32-46.
 29. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INDEC, Ministerio de Economía de la República Argentina. Encuesta Permanente de Hogares. Trabajo e ingresos Vol. 6, n° 9. Mercado de Trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2022. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesde prensa/mercado_trabajo_eph_3trim22F4483A3158.pdf
 30. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INDEC. Condiciones de vida Vol. 6, n°12. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Primer semestre de 2022 [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2022. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdepr ensa/eph_pobreza_09_2223ECC71AE4.pdf
 31. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet* [Internet]. 2011;378(9803):1654-63. PMID: 22008420 DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61093-3
 32. Karyotaki E, Araya R, Kessler RC, Waqas A, Bhana A, Rahman A, et al. Association of task-shared psychological interventions with depression outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2022;79(5):430-43. PMID: 35319740 DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0301
 33. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018;42:e165. PMID: 31093193 DOI: 10.26633/RPSP.2018.165
 34. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* [Internet]. 2007;370(9594):1241-52 DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61242-2
 35. Lerea MJ, Tullo JE, López P. Estrategia de atención primaria de salud y su impacto en las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, Paraguay, 2000-2017. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2019;43:e69. PMID: 31456822 DOI: 10.26633/RPSP.2019.69
 36. Ley 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina; sanción 25 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
 37. Organización Mundial de la Salud, División de Comunicación, Educación y Promoción de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1998.
 38. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* [Internet]. 2018;392(10157):1553-98. PMID: 30314863 DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X
 39. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* [Internet]. 2007;370(9590):859-77. PMID: 17804063 DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0
 40. Raviola G, Naslund JA, Smith SL, Patel V. Innovative models in mental health delivery systems: Task sharing care with non-specialist providers to close the mental health treatment gap. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2019;21(6):44. PMID: 31041554 DOI: 10.1007/s11920-019-1028-x
 41. Ribeiro WS, Bauer A, Andrade MCR, York-Smith M, Pan PM, Pingani L, et al. Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017;4(7):554-62. PMID: 28552501 DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30159-1
 42. Rodríguez Espínola SS, Chong Cevallos M, Paternó Manavella MA. Informe técnico: condiciones de la salud en el área metropolitana de Buenos Aires [Internet]. Observatorio de la

- deuda social argentina. Universidad Católica Argentina; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9080/1/informe-condiciones-salud-buenos-aires.pdf>
43. Rosales Piña CR, Sánchez Medina R. Una revisión sistemática sobre la efectividad de la sesión única en terapia. *Perspect Metodol* [Internet]. 2022 [cited 2023 May 28];22:29–29. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/articloe/view/4002/1896>
 44. Simmons R, Fajans P, Ghiron L, editors. *Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2007. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43794/9789241563512_eng.pdf?sequence=1
 45. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: Lessons from low- and middle-income countries. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2017;13:149-81. PMID: 28482687 DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217
 46. Singla DR, Raviola G, Patel V. Scaling up psychological treatments for common mental disorders: a call to action. *World Psychiatry* [Internet]. 2018;17(2):226-7. PMID: 29856556 DOI: 10.1002/wps.20532
 47. Stagnaro JC, Cía A, Vázquez NR, Vommaro H, Nemirovsky M, Sustas SE, et al. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex* [Internet]. 2018;XXIX(142):275-9. PMID: 30785970 Disponible en: <https://www.apsa.org.ar/docs/vertex142.pdf>
 48. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2013;202(4):246-8. PMID: 23549938 DOI: 10.1192/bjp.bp.112.111377
 49. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian mental health reform: A framework for scaling-up mental health services. *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 2017;6(9):501-8. PMID: 28949462 DOI: 10.15171/ijhpm.2017.07
 50. Van't Hof E, Cuijpers P, Waheed W, Stein DJ. Psychological treatments for depression and anxiety disorders in low- and middle- income countries: a meta-analysis. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* [Internet]. 2011;14(3). PMID: 21863204 DOI: 10.4314/ajpsy.v14i3.2
 51. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Intern* [Internet]. 2011 [cited 2023 May 28];33(1):7-11. Disponible en: http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
 52. Vigo DV, Kestel D, Pendakur K, Thornicroft G, Atun R. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *Lancet Public Health* [Internet]. 2019;4(2):e89-96. PMID: 30446416 DOI: 10.1016/s2468-2667(18)30203-2
 53. Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H-N. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychol Bull* [Internet]. 1997;122(3):203-15. DOI: 10.1037/0033-2909.122.3.203
 54. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2018. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1>
 55. World Health Organization. *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2021. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-mental-health-day/2021/mental_health_action_plan_flyer_member_states.pdf?sfvrsn=b420b6f1_7&download=true
 56. World Health Organization. *The World Mental Health Report: transforming mental health for all*. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2022. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/35>

- 6119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1
57. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2021. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1>
58. World Health Organization. Mental health Atlas 2020. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2021. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345946/9789240036703-eng.pdf?sequence=1>
59. Zelasqui IO. La ley de Salud Mental frente al 2020: Desmanicomialización y políticas públicas: avances, tensiones y resistencias. Actas del XX Congreso Nacional y X Latinoamericano de Sociología Jurídica; 26 al 28 de septiembre de 2019; Santa Rosa, La Pampa [Internet]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/94363/Documento_completo._%20Ignacio%20Zelasqui.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Reproducción en nuestra tapa:



Liana Lestard. *En la orilla pasan cosas*, 2018. (Still de video)

Agradecemos a la artista Liana Lestard la autorización para la reproducción del *still* de su video instalación *En la orilla pasan cosas* (ver QR)



Datos de contacto:

Liana Lestard <lianalestard@gmail.com>

Instagram: @lianalestard
