

Guías de primeros auxilios en salud mental para Argentina y Chile: un reporte del estudio de adaptación de las guías australianas

Mental Health First Aid Guidelines for Argentina and Chile: Report on the study to adapt the Australian guidelines

Martín Agrest¹, Eduardo A. Leiderman², Sara Ardila-Gómez³, Demián Rodante⁴, Esteban Encina-Zúñiga⁵, Isidora Vidal-Zamora⁶, Fernando Prieto⁷, Norma Geffner⁸, Raquel Gabriel⁹, Rubén Alvarado-Muñoz¹⁰, Nicola Reavley¹¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.542>

Resumen

Introducción: Los problemas de salud mental en la comunidad representan una preocupación global creciente, intensificada desde la pandemia por coronavirus y gracias a una mayor conciencia respecto de su extensión y del bajo nivel de atención que recibieron a lo largo del tiempo. En Australia se crearon las primeras guías de primeros auxilios en salud mental para promover un mayor conocimiento de temas de salud mental en la población general, brindar apoyo oportuno, facilitar el acceso a los servicios de salud por esta problemática, y disminuir el estigma asociado al padecimiento mental. **Método:** Un consorcio de investigadores de Australia, Argentina y Chile, entre marzo de 2020 y mayo de 2023, realizó la adaptación cultural de cinco guías (consumo problemático de alcohol, depresión, riesgo de suicidio, trauma, y psicosis) siguiendo la metodología de consenso Delphi. Profesionales expertos en cada uno de los temas y personas con experiencia vivida (propia o como cuidadores informales) conformaron sendos paneles con miembros de Argentina y de Chile. En dos rondas de consulta evaluaron los ítems provenientes de las guías de Australia y opinaron sobre su pertinencia para formar parte de las guías locales. Adicionalmente, sugirieron ítems que no estaban contemplados en las guías australianas. **Resultados:** El presente reporte presenta el detalle de la metodología empleada y los resultados más significativos de cada una de las cinco guías adaptadas y, particularmente, su aplicabilidad para

RECIBIDO 14/12/2023 - ACEPTADO 6/1/2024

¹Lic. en Psicología. Coordinador de Investigaciones de Proyecto Suma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0003-3756-2229>

²Médico especialista en Psiquiatría. Departamento de Neurociencias, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0001-5870-093X>

³Dra. en Salud Mental Comunitaria. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones <https://orcid.org/0000-0002-0022-7438>

⁴Médico especialista en Psiquiatría. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Instituto de Farmacología, Buenos Aires, Argentina. Fundación Foro para la Salud Mental. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-8888-8547>

⁵Psicólogo, Universidad de Chile. Magister, Análisis Sistemático aplicado a la Sociedad (MASS). Dpto. Antropología. Universidad de Chile. Académico Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina y del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-6711-8538>

⁶Psicóloga, Universidad de Chile. Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

<https://orcid.org/0009-0008-3128-7354>

⁷Lic. en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Equipo de Investigaciones de Proyecto Suma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0003-0193-9258>

⁸Lic. en Psicología, Universidad de Palermo. Proyecto Suma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-2254-9136>

⁹Médica especialista en Psiquiatría. Proyecto Suma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

¹⁰Médico psiquiatra, Universidad de Chile. Dr. en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios (Universidad de Granada, España). Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-8091-0324>

¹¹Doctor of Philosophy, Swinburne University of Technology, Australia. Centre for Mental Health, Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Victoria, Australia. <https://orcid.org/0000-0001-5513-8291>

Autor correspondiente:

Martín Agrest

magrest66@gmail.com

Institución donde se realizó el estudio: Universidad de Palermo, Universidad de Chile, University of Melbourne.



Argentina y Chile. Sobresale la aceptación general del rol del asistente de primeros auxilios en salud mental, aunque también con limitaciones en el rol y funciones en favor del privilegio de profesionales de la salud. Las recomendaciones de auto-ayuda fueron mayoritariamente no aceptadas por los expertos locales, sugiriendo desconfianza respecto de estas estrategias. Otras recomendaciones específicas para cada una de las guías se describen y analizan en este reporte. *Conclusiones:* Se requiere un estudio de la implementación de la capacitación en base a estas guías para realizar ulteriores adaptaciones y determinar su utilidad local.

Palabras clave: primeros auxilios en salud mental, salud mental en la comunidad, alfabetización en salud mental, estigma, Chile, Argentina

Abstract

Background: Mental health problems represent a growing global concern. This has intensified since the coronavirus pandemic and is also partly due to greater awareness of the extent of mental health problems and the lack of attention they have received over time. In many high-income countries, increases in service provision have been accompanied by efforts to increase the mental health literacy of the general population. One example of this in Australia, is the mental health first aid training program which is informed by the mental health first aid guidelines created to promote mental health literacy among the general population, reduce stigma, and enable lay people to provide timely support, and facilitate access to health services for a person developing a mental health problem or in a mental health crisis. Methods: Between March 2020 and May 2023, a consortium of researchers from Australia, Argentina and Chile carried out the cultural adaptation of five guidelines (drinking problems, depression, suicide risk, trauma, and psychosis) using the Delphi consensus methodology. Health professionals with expertise in each of the topics and people with lived experience (their own or as informal caregivers) from Argentina and Chile were grouped into separate panels. Over two survey rounds, they evaluated the items from the Australian guidelines and gave their opinion on the importance of their inclusion in the local guidelines. Additionally, they suggested items not included in the Australian guidelines. Results: This report presents the details of the methodology used and the most significant results of each of the five adapted guidelines, particularly, those of relevance to the Argentinian and Chilean context. The general acceptance of the role of the first aider stands out as an important outcome. However, in comparison to Australia, the first aider's role was reduced and the health professional role was expanded. Self-help recommendations were typically not endorsed by local experts, suggesting skepticism toward these strategies. Other specific recommendations for each of the guidelines are described and analyzed in this report. Conclusions: A study of the implementation of training courses based on these guidelines is required to make the necessary adaptations and determine their local usefulness.

Keywords: mental health first aid, community mental health, mental health literacy, stigma, Chile, Argentina

Introducción

Luego de la pandemia por coronavirus que se manifestó a comienzos del 2020, los problemas de salud mental, desde la presencia de un trastorno mental diagnosticable hasta las crisis o dificultades transitorias, han recibido un renovado reconocimiento por parte de la población general y de los decisores en materia de salud. Distintos estudios han señalado, incluso antes de la pandemia, que una de cada cuatro personas (World Health Organization, 2001) o una de cada tres personas (Ministerio de Salud de Argentina, 2015) podría desarrollar un trastorno mental a lo largo de su vida. El último estudio poblacional en Argentina mostró que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general de la Argentina

en mayores de 18 años de edad fue de 29,1 % (sin contar los trastornos psicóticos no afectivos, que no fueron indagados) y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad fue de 37,1 % (Stagnaro et al., 2018). En Chile, se estimó un 31,5 % de prevalencia de vida para cualquier trastorno y de 22,2 % para el último año (Vicente et al., 2006). En los últimos dos años las ya alarmantes cifras habrían empeorado (Torrente et al., 2020; World Health Organization, 2022).

Si bien en ambos países existe un desarrollo de profesionales de salud mental que sobresale mundialmente, muy particularmente en algunas regiones (Alonso & Klinar, 2015), la brecha entre quienes tienen problemas de salud mental y quienes reciben tratamiento es similarmente elevada comparada con otros países (Cia et al., 2019; Kohn et al., 2018; Leiderman et al., 2012; Mi-

nisterio de Salud de Chile, 2017b; Stagnaro et al., 2018). De acuerdo con un estudio poblacional de Argentina, solo el 27,6 % de las personas con un trastorno mental diagnosticable recibieron atención en el último año (Cia et al., 2019). Los trastornos del ánimo (tomados globalmente) y los de ansiedad mostraron cifras algo más alentadoras (35,5 % y 30,1 %, respectivamente); las personas con abuso de alcohol con dependencia, en cambio, solo consultaron en el 14,5 % de los casos (Cia et al., 2019). Un estudio regional mostró que en Chile la brecha era relativamente más baja, aunque llegaba al 61,5 %, y solo 38,5 % de las personas con algún trastorno mental recibía atención (Kohn et al., 2018).

El problema de los altos niveles de prevalencia de trastornos mentales y la brecha entre éstos y la tasa de consulta no es exclusivo de la Argentina o Chile; su extensión --incluso en países con sistemas de salud robustos como Canadá, Australia o Inglaterra-- llevó a buscar estrategias vinculadas al mejoramiento en el acceso a los servicios, la lucha contra el estigma y el desarrollo de estrategias de delegación de tareas o capacitación de personas de la comunidad en temas de salud mental.

Primeros auxilios en salud mental: ¿en qué consisten?

En esta línea, a comienzos del milenio, Australia avanzó en el desarrollo de una serie de guías para capacitar a personas de la comunidad interesadas en ofrecer ayuda informada a quien pudiera estar experimentando un problema de salud mental, tanto fuera una crisis puntual como problemas más duraderos o una exacerbación de los mismos (Kitchener & Jorm, 2002). El concepto es similar al de los ya conocidos “primeros auxilios”, que incluyen la protección, el dar alerta y el socorro mediante medidas de auxilio imprescindibles para mantener con vida a la persona, dejando a personal especializado el uso de maniobras adicionales.

Los objetivos de los primeros auxilios en salud mental son:

- Preservar la vida cuando una persona pueda estar en riesgo de sufrir daños.
- Proporcionar ayuda para evitar que el problema de salud mental se agrave.
- Promover la recuperación de una buena salud mental.
- Reconfortar a una persona con un problema de salud mental.

Un asistente de primeros auxilios en salud mental, por lo tanto, sería una persona de la comunidad que, sin necesidad de formación profesional previa, recibiendo entrenamiento específico, pudiera llevar a

cabo cuatro acciones básicas: 1) detectar y reconocer cuando otra persona estuviera experimentando un problema de salud mental; 2) acercarse e interactuar de modo de facilitar el contacto y establecer una buena comunicación; 3) mantener segura a la persona y, 4) brindar apoyo hasta tanto se resuelva la situación o que pueda lograr encauzar una consulta con el profesional más apropiado para ese problema.

Para llevar a cabo a estas acciones, el asistente de primeros auxilios en salud mental debe capacitarse para saber en qué consisten una variedad de problemas de salud mental (por ejemplo, cuáles son las formas de manifestarse, la forma en que las personas los pueden experimentar, expresar o disimular, los niveles de gravedad o urgencia de dichos problemas, las fuentes de información para conocer más al respecto, etc.). Luego, aprender una serie de principios básicos de cómo acercarse e interactuar así como también las particularidades acordes a las diferentes situaciones o problemas (por ejemplo, buscar el momento oportuno para poder hablar, centrarse en lo que a la persona pueda preocuparla, utilizar un lenguaje verbal y no verbal que promueva la conversación y la confianza de la persona, intentar deshacerse de los prejuicios que pudiera tener, expresar preocupación genuina, aceptación y empatía, tener paciencia, buscar que la persona se sienta escuchada y comprendida, etc.). Para mantener segura a la persona se requieren aprender pautas de alerta, medidas de cuidado y protección, y cómo obtener ayuda especializada inmediata si fuese necesaria. Por último, el apoyo incluye aspectos emocionales, prácticos, sociales, la provisión de información acerca de cómo obtener ayuda profesional, qué tipos de grupos de ayuda mutua existen y/o qué estrategias de auto-ayuda utilizar.

Su función se propone como complementaria de los recursos de salud existentes, como puente para su mejor utilización y, en modo alguno como sustitución de aquellas tareas que únicamente podría desempeñar un profesional de la salud.

Es importante señalar la diferencia entre este abordaje y las propuestas de Primera Ayuda Psicológica o Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) (World Health Organization, 2013) y Primeros Auxilios Emocionales (PAE) (Bodon, 2020) que están fundamentalmente planteados para crisis vinculadas a situaciones de crisis en emergencias y catástrofes, y no para una variedad de situaciones como podría ser cuando una persona presenta síntomas de psicosis, consumo de sustancias, depresión, ansiedad y, también, por la vivencia de una situación potencialmente traumática.

Luego de la implementación de los primeros auxilios en salud mental en Australia (Kitchener & Jorm, 2004; Morgan et al., 2018) y de la realización de distintos estudios de su eficacia en países de Europa para mejorar el conocimiento de la población respecto de los problemas de salud mental (Jensen et al., 2015; Svensson & Hansson, 2014), estos esfuerzos se extendieron a otros países (como China (Lu et al., 2020), Sri Lanka, (Fernando et al., 2021) y Brasil (Ayoub et al., 2021)). Más recientemente, esta propuesta se diseminó a Argentina y Chile (Agrest et al., 2022; Agrest, Tapia-Muñoz, Encina-Zúñiga, Vidal-Zamora, Ardila-Gómez, et al., 2023; Agrest, Tapia-Muñoz, Encina-Zúñiga, Vidal-Zamora, Geffner, et al., 2023; Encina-Zúñiga E et al., 2023; Encina-Zúñiga, Agrest, et al., 2023).

En base a esto, un equipo de investigadores de Chile y Argentina junto con investigadores de Australia llevaron a cabo un estudio que se propuso realizar la adaptación cultural de cinco guías de primeros auxilios provenientes de Australia (para personas con consumo problemático de alcohol, depresión, riesgo de suicidio, trauma, y psicosis). El presente artículo presenta una síntesis cualitativa y cuantitativa de los cinco estudios.

Método

Cada una de las cinco guías de primeros auxilios en salud mental que estaban en uso en Australia en 2018 fueron formuladas como cuestionarios con conocimientos que debe tener o acciones a desempeñar por un asistente de primeros auxilios (cada uno de ellos fue formulado como un ítem; por ejemplo, “El asistente debe saber que la depresión puede variar en severidad, p.ej. de sentirse irritable a sentirse inclinado/a a quitarse la vida”); dichas acciones fueron organizadas en secciones para que expertos locales pudieran opinar acerca de la importancia de que cada acción formara parte de los conocimientos y tareas a realizar por un asistente de primeros auxilios en salud mental en Chile y Argentina.

Simultáneamente, durante 2019, se tradujeron del inglés al español los ítems de las guías de consumo problemático de alcohol, depresión, riesgo de suicidio, psicosis, y trauma (aunque esta última fue presentada en su versión en proceso de reelaboración y sin haberse aprobado como guía final). Las traducciones originales fueron realizadas por una persona bilingüe de la Universidad de Melbourne (nativa en inglés) y revisada por dos miembros del equipo de investigación. Cada una de las guías tuvo una primera adaptación cultural que incluyó: a) una consideración idiomática

por parte de integrantes bilingües del equipo de investigación de la Universidad de Palermo (en Argentina) y de la Universidad de Chile (nativos en español) para hacer que cada ítem fuera más comprensible y aceptable para la población de Chile y Argentina; b) la eliminación de algún ítem que contemplaba situaciones culturales o del sistema de salud no compatible con ambos países; c) la incorporación de entre uno y 26 ítems de acuerdo a aspectos que no estaban suficientemente desarrollados en las guías originales. Los cambios en la traducción, la eliminación y el agregado de ítems fueron discutidos con una integrante nativa en inglés previa retro-traducción de los ítems específicos. El formulario final para la creación de cada una de las cinco guías fue decidido por consenso entre todos los investigadores, sin incluir modificaciones significativas a esta altura del proceso de adaptación.

Participantes

Los ítems de cada cuestionario fueron evaluados utilizando el método Delphi de consenso entre expertos de ambos países tomados de forma integrada. Se conformaron dos paneles de expertos para evaluar cada cuestionario: un panel estaba formado por profesionales de la salud (tanto de Chile como de Argentina) y otro panel estaba formado por personas con experiencia vivida (tanto propia como cuidando informalmente a una persona con alguno de los siguientes problemas: consumo de alcohol, depresión, riesgo de suicidio, trauma, o psicosis). Treinta expertos integrarían cada uno de los dos paneles para cada una de las guías a ser adaptadas. En total (entre ambos países, tanto con experiencia como profesional de salud como con experiencia vivida) se esperaba contar con 300 expertos para la adaptación de las cinco guías.

Los expertos fueron invitados por medio de diferentes estrategias: mapeo de profesionales de la salud de diferentes especialidades (generalistas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, etc.), con experiencia de trabajo en diferentes tipos de servicios (atención primaria, internación, rehabilitación, etc.), y por “bola de nieve” (recomendaciones de expertos ya contactados). En Chile también se realizaron anuncios en redes sociales de la Universidad de Chile buscando personas con experiencia vivida en cada una de las temáticas de las guías.

Los expertos y expertas serían mayores de 18 años, con al menos 4 años de experiencia en el tema en el caso de los profesionales de salud, y con la auto-percepción y explicitación de tener experiencia vivida en

el tema específico de cada guía para el caso del otro panel (por ejemplo, alguien que manifestaba haber tenido experiencias de psicosis o de depresión respondería como experto en la guía de psicosis o de depresión, respectivamente).

Procedimientos

En marzo de 2020 se inició la recolección de datos, consistente en la consulta con los expertos locales. La primera ronda de los estudios se extendió hasta fin de agosto de 2022, con una demora considerable debido a la pandemia, las dificultades para contar con la colaboración de trabajadores de la salud y la dificultad para contactar a personas con experiencia vivida por recomendación de éstos. La necesaria participación de las mismas personas en ambas rondas también dilató la fase de recolección. Los participantes de las guías de consumo problemático de alcohol y de depresión respondieron más tempranamente y cerraron su participación de la primera ronda en agosto y octubre de 2020, y la segunda ronda en enero y mayo 2021, respectivamente. Los expertos de riesgo de suicidio, trauma y psicosis finalizaron su participación en la segunda ronda en noviembre 2022, diciembre 2022, y mayo 2023, respectivamente.

Los cuestionarios se distribuyeron en papel o a través de la plataforma Qualtrics (disponible en versión para teléfono celular o para computadora), aunque por limitaciones de la pandemia fueron pocos los expertos que llegaron a completar el cuestionario en papel y mayormente lo hicieron a través de Qualtrics.

Los expertos evaluaron mediante una escala Likert cada ítem presentado en la primera ronda recomendando que cada ítem fuera considerado “esencial”, “importante”, “depende/no estoy seguro/a”, “poco importante”, o “no debería estar incluido” en la futura guía para capacitar a personas de la comunidad interesadas en brindar primeros auxilios en salud mental para el tema específico de cada guía. Las respuestas fueron descargadas en una planilla de cálculo que facilitó el recuento del número de expertos de cada panel que, para cada ítem, habían seleccionado que fuera considerado “esencial” o “importante”. El número de expertos que había aprobado cada ítem se transformó en un porcentaje del total de expertos de ese panel y ronda.

La opinión de los expertos se dividió por paneles (profesionales por un lado y personas con experiencia vivida por el otro), en un pie de igualdad. Un ítem sería aceptado si en ambos paneles el 80 % o más de los expertos recomendaban que el ítem fuera “esen-

cial” o “importante”; sería rechazado si 70 % o menos de los expertos de alguno de los dos paneles aceptaba el ítem (independientemente del grado de aceptación por parte del otro panel). Por último, un ítem sería presentado en una segunda ronda si entre 70 % y 80 % de los participantes de alguno de los dos (o ambos) paneles aprobaba el ítem, siempre y cuando al menos el 70 % de los participantes del otro panel lo aceptara. Por ejemplo, un ítem con 100 % de aprobación por un panel y 69 % de aprobación del otro panel podría ser rechazado; otro ítem con 79 % de aprobación en un panel y 100 % de aprobación en el otro panel o, también, el 70 % de aprobación de ambos paneles, sería reevaluado en una segunda ronda. Un ítem evaluado positivamente por 80 % de ambos paneles alcanzaría para ser aprobado. Adicionalmente, los expertos podían sugerir nuevas recomendaciones (ítems) que consideraban importantes y no estaban contemplados en los ítems de la primera ronda. Su presentación en la segunda ronda sería decidida por el equipo de investigación en base a que fuera nuevo y que hubiese una acción que pudiera derivarse de ese ítem. En la segunda ronda la aceptación contempló la posibilidad de que un ítem tuviera al menos 75 % de aprobación en ambos paneles para ser incorporado en la guía.

Los ítems aceptados en la primera y la segunda ronda pasaron a formar parte de la guía de primeros auxilios específicos para el problema o crisis de salud mental correspondiente. [Las guías](#) se encuentran disponibles como material suplementario.

Análisis

El análisis incluyó aspectos cuantitativos de frecuencia (y de comparación de frecuencia) de aceptación de cada ítem entre los dos paneles para cada guía (incluyendo el uso de un coeficiente de correlación), diferencias cuantitativas y cualitativas entre la guía australiana y los ítems recomendados localmente, y aspectos cualitativos del significado inferido respecto de las recomendaciones de los expertos locales. Para algunos aspectos específicos se analizaron los comentarios de los expertos que pudieran asociarse a la discrepancia entre paneles.

En esta ocasión agregamos al análisis por guía una consideración global mediante la comparación entre las cinco guías adaptadas.

Aspectos éticos

Los expertos recibieron una explicación inicial del proyecto (objetivos y forma de participación). Quienes confirmaron su interés recibieron un detalle ma-

yor como parte del consentimiento informado que firmaron junto a un testigo y enviaron a los investigadores por correo electrónico o por WhatsApp.

Los comités de ética de la Universidad de Melbourne, la Universidad de Chile y la Universidad de Palermo revisaron el protocolo y dieron su aprobación.

Los participantes de Argentina recibieron una módica recompensa por el tiempo insumido para completar la encuesta. En Chile, en cambio, el Comité de Ética no avaló el uso de dinero para pagar a los expertos y, por lo tanto, éstos realizaron la tarea de forma honoraria.

Los datos fueron almacenados de manera anonimizada (con un código para cada participante en cada guía).

Resultados

Un total de 283 expertos respondieron en la primera ronda para las cinco guías (rango de 49 a 67 expertos por guía) y 239 en la segunda ronda (rango de 43 a 52 expertos), lo que representó una tasa de participación en las dos rondas por parte de 84,1 % de los participantes de la primera ronda. El panel de profesionales tuvo una tasa ligeramente mayor (85,4 % vs. 82,5 %) y estuvo conformado mayormente por psiquiatras y psicólogos (82 % del total de expertos del panel), aunque también incluyó a enfermeros, trabajadores sociales, médicos generalistas, terapeutas ocupacionales, y otros trabajadores del campo de la salud. El panel de personas con experiencia vivida, en la primera ronda, estuvo compuesto por 82 personas con experiencia propia y 44 con experiencia como cuidadores; en la segunda ronda fueron 72 y 33, respectivamente. *Ver tabla 1.*

Fueron evaluados 966 ítems durante la primera ronda de consulta entre las cinco guías (rango de 158 a 275 ítems por guía), con una tasa de aprobación de ítems de 64,1 % (rango de 58,2 % a 67,4 %). Por otra parte, los expertos sugirieron un total de 253 ítems (rango de 33 a 62 ítems por guía) durante la primera ronda y fueron incorporados 182 en las guías finales, lo cual representó un total de 20,0 % de ítems nuevos sobre el total de 912 ítems aceptados para las cinco guías. Otros 111 ítems que fueron evaluados durante la primera ronda fueron aceptados durante la re-evaluación de la segunda ronda (11,5 %), por lo que el total de aceptación de los ítems originales entre las dos rondas fue de 75,6 %. Es decir, aproximadamente tres de cada cuatro ítems que formaban parte de las guías originales fueron aceptados. *Ver gráfico 1.*

Ambos paneles de expertos tuvieron una moderada coincidencia al evaluar los ítems. Para cada una de las cinco guías se midió el coeficiente de correlación

de Spearman entre paneles y en todos los casos fue superior a $r=0,6$. Como forma adicional de observar el grado de coincidencia entre paneles se vio que en la mayoría de los ítems ambos grupos de expertos coincidieron en el porcentaje de aceptación del ítem con dispersiones menores al 10 % en más del 60 % de los ítems. Asimismo, el porcentaje de ítems que fue aceptado por un panel (con más del 80 % de los expertos a favor de su inclusión) y rechazado por el otro panel (con menos del 70 % de los expertos a favor de su inclusión) fue bajo y osciló entre 2,8 % (en la guía de riesgo de suicidio) y 8,1 % (en la guía de depresión). Sin embargo, también resultó significativo que algunos ítems recibieran evaluaciones particularmente opuestas según los paneles, con una dispersión superior al 30 % en la aceptación, e indicando que las personas con experiencia vivida podían aportar una visión complementaria a la de los profesionales de la salud. Para un análisis de la correlación entre paneles para cada guía se pueden consultar los respectivos artículos publicados (Agrest et al., 2022; Agrest, Tapia-Muñoz, Encina-Zúñiga, Vidal-Zamora, Ardila-Gómez, et al., 2023; Agrest, Tapia-Muñoz, Encina-Zúñiga, Vidal-Zamora, Geffner, et al., 2023; Encina-Zúñiga, Agrest, et al., 2023; Encina-Zúñiga, Rodante, et al., 2023).

A continuación se presentan los resultados más sobresalientes de cada una de las cinco guías.

Consumo problemático de alcohol

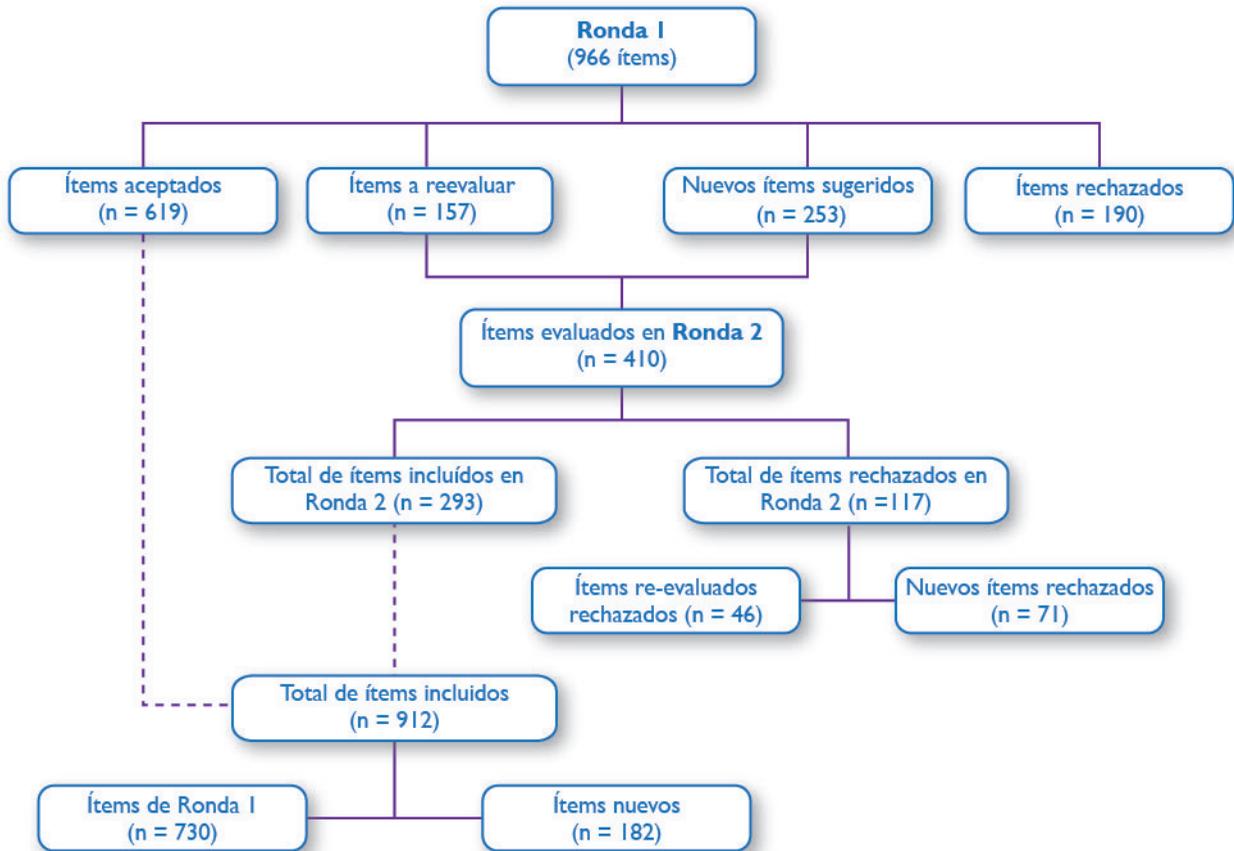
Si bien los expertos locales estuvieron de acuerdo mayoritariamente con las recomendaciones de la guía de Australia para consumo problemático del alcohol, las diferencias fundamentales fueron: 1) la no aceptación de ofrecer información sobre consumo de bajo riesgo o formas de disminuir el consumo de alcohol; 2) algunos aspectos de abordar a una persona con problemas en el consumo de alcohol (por ejemplo, el rechazo de un acercamiento apelando a la conciencia de las consecuencias perjudiciales del consumo excesivo de alcohol, el preguntar de un modo directo sobre el alcohol y el uso de la primera persona (“me preocupa que...”) para abordar a la persona).

Por otra parte, se puso en evidencia la diferencia entre profesionales y personas con experiencia vivida al considerar la importancia de la decisión de la propia persona para encarar un tratamiento y avanzar en su recuperación. Mientras que los profesionales no consideraron que la decisión para dejar de tomar fuera fundamental, sí lo hicieron las personas con experiencia vivida.

Tabla I. Características sociodemográficas de los participante

| | Ronda 1 | | | | Ronda 2 | | | |
|-----------------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | Argentina | | Chile | | Argentina | | Chile | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| EXPERIENCIA VIVIDA | | | | | | | | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Mujer | 38 | 48,7 | 37 | 77,1 | 34 | 50,0 | 29 | 78,4 |
| Hombre | 40 | 51,3 | 11 | 22,9 | 34 | 50,0 | 8 | 21,6 |
| Otro | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 78 | 100,0 | 48 | 100,0 | 68 | 100,0 | 37 | 100,0 |
| TIPO DE EXPERIENCIA VIVIDA | | | | | | | | |
| Propia | 43 | 55,1 | 39 | 81,3 | 38 | 55,9 | 34 | 91,9 |
| Cuidador/a | 35 | 44,9 | 9 | 18,8 | 30 | 44,1 | 3 | 8,1 |
| Total | 78 | 100,0 | 48 | 100,0 | 68 | 100,0 | 37 | 100,0 |
| GRUPOS DE EDAD | | | | | | | | |
| 18-24 | 2 | 2,6 | 11 | 22,9 | 2 | 2,9 | 3 | 8,1 |
| 25-34 | 11 | 14,1 | 20 | 41,7 | 6 | 8,8 | 8 | 21,6 |
| 35-44 | 16 | 20,5 | 8 | 16,7 | 14 | 20,6 | 16 | 43,2 |
| 45-54 | 13 | 16,7 | 3 | 6,3 | 11 | 16,2 | 4 | 10,8 |
| 55-64 | 28 | 35,9 | 4 | 8,3 | 26 | 38,2 | 5 | 13,5 |
| 65+ | 8 | 10,3 | 2 | 4,2 | 9 | 13,2 | 1 | 2,7 |
| Total | 78 | 100,0 | 48 | 100,0 | 68 | 100,0 | 37 | 100,0 |
| PROFESIONALES | | | | | | | | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Mujer | 39 | 46,4 | 47 | 64,4 | 35 | 45,5 | 37 | 64,9 |
| Hombre | 45 | 53,6 | 25 | 34,2 | 42 | 54,5 | 17 | 29,8 |
| Otro | 0 | 0,0 | 1 | 1,4 | 0 | 0,0 | 3 | 5,3 |
| Total | 84 | 100,0 | 73 | 100,0 | 77 | 100,0 | 57 | 100,0 |
| GRUPOS DE EDAD | | | | | | | | |
| 25-34 | 2 | 2,4 | 21 | 28,8 | 1 | 1,3 | 13 | 22,8 |
| 35-44 | 21 | 25,0 | 34 | 46,6 | 19 | 24,7 | 30 | 52,6 |
| 45-54 | 28 | 33,3 | 12 | 16,4 | 19 | 24,7 | 11 | 19,3 |
| 55-64 | 20 | 23,8 | 5 | 6,8 | 26 | 33,8 | 0 | 0,0 |
| 65+ | 13 | 15,5 | 1 | 1,4 | 12 | 15,6 | 3 | 5,3 |
| Total | 84 | 100,0 | 73 | 100,0 | 77 | 100,0 | 57 | 100,0 |
| PROFESIÓN | | | | | | | | |
| Psicólogo/a | 29 | 34,5 | 48 | 65,8 | 25 | 32,5 | 40 | 70,2 |
| Psiquiatra | 48 | 57,1 | 4 | 5,5 | 45 | 58,4 | 1 | 1,8 |
| Enfermero/a | 1 | 1,2 | 5 | 6,8 | 1 | 1,3 | 5 | 8,8 |
| Médico/a generalista | 1 | 1,2 | 3 | 4,1 | 1 | 1,3 | 1 | 1,8 |
| Trabajador/a social | 2 | 2,4 | 4 | 5,5 | 2 | 2,6 | 4 | 7,0 |
| Terapeuta ocupacional | 1 | 1,2 | 4 | 5,5 | 1 | 1,3 | 3 | 5,3 |
| Otra | 2 | 2,4 | 5 | 6,8 | 2 | 2,6 | 3 | 5,3 |
| Total | 84 | 100,0 | 73 | 100,0 | 77 | 100,0 | 57 | 100,0 |

Gráfico 1. Ítems evaluados, aceptados y rechazados por ronda



Asimismo, fue significativo el número de personas convocadas como expertas con experiencia vivida propia (por ejemplo, asistentes a Alcohólicos Anónimos) que en alguna instancia de su participación en el estudio prefirieron identificarse como profesionales de la salud en vez de como personas con uso problemático del alcohol. Al mismo tiempo, numerosos participantes del estudio agradecieron la posibilidad de participar y solicitaron un reconocimiento formal mediante una carta que detallara la tarea que habían realizado.

Depresión

La guía de depresión fue la que tuvo mayores discrepancias en comparación con la guía de Australia, en parte debido a los desacuerdos entre ambos paneles. Mientras que los integrantes del panel con experiencia vivida aceptaron que el asistente de primeros auxilios pudiera enfatizar las fortalezas de la persona con depresión, los profesionales rechazaron la importancia de esta forma de ayuda. También estuvieron en desacuerdo ambos paneles entre sí respecto del valor de que el asistente de primeros auxilios consulte a otras

personas que hubieran experimentado depresión como fuente de conocimiento sobre el tema. El panel de experiencia vivida lo vio de utilidad, en tanto los profesionales no lo hicieron.

Asimismo, ambos paneles estuvieron de acuerdo en no aceptar pautas estrictas acerca de cómo aproximarse a una persona con depresión (por ejemplo, fue rechazado que el asistente “deba sentarse junto a la persona y en ángulo hacia ella, en lugar de directamente enfrente de ella”), algo que formaba parte de la guía australiana. Del mismo modo, fue rechazado por ambos paneles que el asistente deba “alentar a la persona a hacer una lista de preguntas que debe discutir con el profesional de la salud en su primera cita”. De modo global, las estrategias de auto-ayuda fueron mayormente descartadas por los expertos locales (tanto profesionales como personas con experiencia vivida de Argentina las cuestionaron, aunque los expertos de Chile manifestaron su apoyo) y, al tomar los paneles de forma global con participantes de ambos países, no alcanzaron consenso para que el asistente de primeros auxilios pudiera recomendarlas a alguien con depresión. Por ejemplo, a instancias de los expertos de Ar-

gentina se descartó que “si la persona está interesada en estrategias de autoayuda, el asistente debería discutir con ella una variedad de estrategias de autoayuda que podrían ser útiles”, aunque sí se aceptó que el asistente “necesita saber que la capacidad y el deseo de la persona de usar estrategias de autoayuda dependerán de su interés y de la gravedad de su depresión”.

Riesgo de suicidio

La tarea del asistente de primeros auxilios en salud mental para alguien que experimenta riesgo de suicidio mostró, como en el resto de las guías, una elevada correlación entre los dos paneles de expertos. Sin embargo, sobresalió que las personas con experiencia vivida no acordaban con preguntar de manera directa acerca de las ideas de suicidio por más que sí acordaron con que el asistente debía ser consciente de que la pregunta por el suicidio no induciría a la persona a realizarlo, algo que suele ser aceptado en las recomendaciones existentes para estas situaciones (Beyond Blue, 2022; Sally Spencer-Thomas & National Alliance on Mental Illness (NAMI), 2019).

También fue relevante que en el caso de los adolescentes en riesgo de suicidio el asistente debía tener una actitud más directiva y menos consensuada que las recomendaciones provenientes de Australia. Asimismo, los expertos locales sugirieron un capítulo nuevo con recomendaciones específicas para el riesgo de suicidio en adultos mayores, que no estaba contemplado en las guías originales.

Trauma

Para la ayuda de una persona que hubiera estado expuesta a un evento potencialmente traumático o que diera señales de haber experimentado un trauma, las recomendaciones locales acentuaron las limitaciones del rol del asistente, recortaron su autonomía, y se privilegió la actuación de un profesional de la salud mental o de respuesta en catástrofes. En segundo lugar, fue llamativo que el panel de experiencia vivida rechazara la importancia del cuidado personal del asistente, algo que se enfatiza en el entrenamiento en Primera Ayuda Psicológica (World Health Organization, 2013) con el impulso de la Organización Mundial de la Salud y que informa el accionar de la Cruz Roja (Cruz Roja (Argentina), 2023). Un tercer aspecto importante de las recomendaciones locales fue que las familias de personas afectadas por una situación potencialmente traumática también pudieran recibir apoyo de parte del asistente de primeros auxilios.

Psicosis

Las estrategias de auto-ayuda y de mutua-ayuda fueron mayoritariamente descartadas por los expertos locales en favor de los profesionales de la salud. Pero, a diferencia del caso de personas con síntomas de depresión, esto fue descartado tanto por los expertos de Chile como de Argentina. Del mismo modo, las sugerencias sobre evitar el consumo de sustancias como forma de evitar la potenciación de síntomas de psicosis no fueron aceptadas, especialmente en base a la opinión de los profesionales de la salud de ambos países. Casi el 75 % de los miembros del panel de expertos con experiencia vivida sí estuvo de acuerdo con que el asistente alentara a la persona “a probar estrategias de autoayuda, por ejemplo, métodos de relajación, actividad física y buenos hábitos de sueño” o “a participar en un estilo de vida saludable, por ejemplo, ejercicio regular, dieta saludable, no consumir sustancias”. Pero la negativa de los profesionales determinó que esta recomendación no fuera aceptada.

Por otro lado, los expertos locales propusieron tomar recaudos adicionales cuando se conversa con una persona con psicosis en cualquier circunstancia y no solo cuando la persona se comporta agresivamente o está en una crisis severa (por ejemplo, buscando ayuda externa de inmediato si no se siente seguro, ya que nunca deben ponerse en riesgo; considerando que la persona puede actuar a partir de una alucinación o delirio por más que esté fuera de una crisis).

Asimismo, los expertos locales recomendaron que el asistente de primeros auxilios en salud mental estuviera informado de temas de derechos humanos como forma de impedir tratos que no fueran respetuosos. Sin embargo, algunas de las recomendaciones rechazadas daban por supuesto principios de auto-determinación y autonomía y éstas quedaron cuestionadas en favor de una mayor protección de la persona.

Discusión

A partir de los cinco estudios por consenso siguiendo la metodología Delphi con expertos con experiencia vivida o con formación profesional específica en el tema, se pudo observar una serie de aspectos comunes a las cinco guías. El rol del asistente de primeros auxilios en salud mental fue aceptado y surgieron numerosas recomendaciones para hacerlo más apropiado para la cultura de Chile y Argentina. Sin embargo, también resaltó que los expertos locales propusieron limitaciones para dicho rol en comparación con sus pares de Australia y de China (Li et al., 2020; Li et al., 2021; Wang et al., 2021), y prefirieron la intervención

de profesionales de la salud y salud mental, pese a que éstos podrían no estar siempre disponibles.

Asimismo, los expertos locales descartaron una cantidad significativa de consejos para promover recursos de auto-ayuda, una de las recomendaciones esenciales de los primeros auxilios en salud mental en Australia (Kitchener et al., 2017), dando por supuesto que siempre debería poder contarse con profesionales de la salud por más que esto no sea siempre posible o que, pese a su existencia, las personas recurren a éstos limitadamente (Leiderman et al., 2012). Sin embargo, los expertos de Chile y Argentina solo coincidieron en no alentar estos recursos en los casos de psicosis (aunque las personas con experiencia vivida fueron relativamente favorables a su utilización). Para la depresión esto sí fue aceptado en Chile, pero fue mayoritariamente rechazado en Argentina (por ambos paneles).

En diferentes situaciones, los expertos locales fueron menos proclives a aceptar la necesidad de consensuar con la persona que está atravesando una crisis en su salud mental las conductas a seguir y, en cambio, se inclinaron por una mayor directividad por parte del asistente. Los principios contenidos en la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad (United Nations, 2006), y refrendados en los desarrollos basados en los principios de la recuperación (SAMHSA, 2012), según los cuales es prioritario el respeto por la autonomía y se promueve “la dignidad del riesgo” (Basz, 2011), fueron parcialmente apoyados. Sin embargo, por otro lado, los expertos locales enfatizaron la importancia de incluir el tema de los Derechos Humanos en la formación del asistente de primeros auxilios en salud mental. De este modo, parecería que los expertos suscribieron al paraguas de la protección y el respeto inscriptos en los principios de los Derechos Humanos, aunque en menor medida al de la autodeterminación.

Dos aspectos que merecen discutirse fueron: 1) las dudas respecto de preguntar directamente sobre las ideas de suicidio y, 2) la menor valoración de la importancia del cuidado de sí para los asistentes de primeros auxilios en el contexto de dar apoyo a una persona que hubiera experimentado una situación potencialmente traumática. Ambas recomendaciones tienen pleno consenso internacional y forman parte de otras guías en la materia. Sin embargo, en el primer caso las personas con experiencia vivida de Chile y, también de Argentina, en el segundo caso, dieron un parcial apoyo a ambas acciones para ser desarrolladas por un asistente de primeros auxilios. En el pri-

mer caso, es posible que las personas con experiencia vivida hayan dudado de la capacidad de una persona con menor formación para realizar una pregunta tan delicada como la que se refiere a las ideas de suicidio. Por más que aceptaron que la formulación de la pregunta no introduciría en la cabeza de la persona una idea que no estaba con anterioridad, la pregunta directa de parte del asistente no fue convalidada. Esta perspectiva aportada por personas con experiencia vivida podría alertar sobre los recaudos adicionales que puede necesitar una persona de la comunidad cuando se involucra en una conversación tan sensible. En el segundo caso, la menor importancia otorgada al cuidado de sí por parte del asistente indicaría que las personas con experiencia vivida (particularmente en Argentina) podrían estar esperando una ayuda con características “heroicas” y en donde el asistente no necesite resguardarse ni tener en cuenta sus propias necesidades. Nuevamente, aquello que forma parte de consensos más generales sobre el cuidado del cuidador (Brymer M et al., 2006; Cruz Roja (Argentina), 2023) quedó cuestionado. Esto hace pensar que las personas que atraviesan una situación traumática pueden tener expectativas de ayuda ilimitada durante la coyuntura, lo cual exige recalibrar el modo en que un asistente transmite a la persona sus recaudos y necesidades de cuidado propio.

Fortalezas y limitaciones

La adaptación de estas cinco guías de primeros auxilios en salud mental cuenta con algunas fortalezas y también con limitaciones que deben señalarse. Por un lado, las personas con experiencia vivida fueron consideradas en un pie de igualdad con los profesionales de la salud, lo cual dio lugar a guías más respetuosas de quienes finalmente serían los receptores de la ayuda. A su vez, la presencia de expertos de Chile y de Argentina ofreció la posibilidad de contar con documentos que contemplan las particularidades de ambos países; aunque, también, se soslayaron diferencias culturales y de organización de la atención de la salud / salud mental en función de contar con guías que pudieran ser comunes para ambos países. Por ejemplo, Chile se caracteriza por un énfasis en la atención de problemas de salud mental en el marco de la atención primaria de la salud, el uso de guías más estrictas y con un mayor hincapié en aquellas prácticas basadas en evidencia destinadas a problemas específicos (Ministerio de Salud de Chile, 2017a), y la integración del componente de salud mental dentro de la atención

de salud general (Alvarado et al., 2012; Ministerio de Salud de Chile, 2017b). En cambio, Argentina cuenta con una cobertura universal y acceso gratuito para cualquier condición de salud mental y dispone de una ley nacional de salud mental promulgada una década antes que Chile; por otra parte, buscó sustentar e impulsar la transformación de la atención de la salud mental a través de dicha ley, aunque con limitada articulación con médicos generalistas (Agrest et al., 2018; República Argentina, 2010). La realización de guías comunes a sistemas de salud con notables diferencias cabe señalarse como un potencial obstáculo para su futura implementación.

Por otro lado, otros expertos podrían haber realizado recomendaciones diferentes y algunos aspectos que fueron convalidados (o que fueron rechazados) podrían haber sido apreciados de modo diferente por un grupo alternativo de expertos de la región. En la guía de consumo problemático de alcohol numerosos miembros del panel de experiencia vivida estaban relacionados con Alcohólicos Anónimos (AA). Dicha adscripción, siguiendo los principios de ayudar a vivir una vida “sin alcohol”, puede haber determinado que privilegiaran el cese del consumo en vez del intento de moderarlo, pese a que algunas personas podrían presentar dificultades en el consumo sin ser “alcohólicas”. Es posible que una menor proporción de integrantes de AA hubiera arrojado un resultado diferente respecto del consumo de bajo riesgo. Por otra parte, la proporción de expertos en el rol de cuidadores fue marginal respecto de expertas que vivieron el problema en primera persona. Es probable que una representación más equitativa en la muestra pudiera ofrecer un mayor desafío para el consenso en el panel de experiencia vivida (Minoletti A et al., 2015).

La proporción de expertos de ambos países mostró algunas diferencias en términos de edad, profesión de los expertos profesionales de la salud y tasa de respuesta en la segunda ronda, aunque no podemos inferir que esto haya dado lugar a sesgos identificables.

Por último, la realización de dos rondas de consulta (en tanto otros estudios han utilizado tres rondas (Cottrill et al., 2021)) podría haber limitado la inclusión de una mayor cantidad de nuevos ítems o descartado otros que quedaron incluidos al bajar el punto de corte de 80 % a 75 % para la segunda ronda. De todos modos, las modificaciones en una eventual tercera ronda fueron estimadas como mínimas y sin afectación a lo fundamental del producto final consistente en las cinco guías de primeros auxilios en salud mental.

Conclusiones

Los expertos de Argentina y de Chile convalidaron el rol potencial de un asistente de primeros auxilios en salud mental para la región, enriqueciendo su futuro desempeño con aspectos culturalmente más aceptables (por ejemplo, considerando a la familia como destinataria de ayuda en una situación traumática), ampliando algunos detalles de su intervención con grupos especiales (por ejemplo, el suicidio en adultos mayores) o incorporando conocimientos generales (por ejemplo, sobre Derechos Humanos), aunque también limitando sus roles y funciones y privilegiando el rol de los profesionales de la salud.

En el marco de las iniciativas de Salud Mental Global (Patel & Prince, 2010), una propuesta de capacitación formal para miembros de la comunidad proveniente de Australia fue adaptada por medio de un proceso de consulta con expertos locales que resultó exitoso en cuanto al compromiso de los participantes y a la originalidad de los cambios introducidos en las guías de habla inglesa. La implementación de la capacitación basada en estas guías podrá aportar mayor claridad respecto de las especificidades de un rol aún pendiente en la región. Por lo pronto, se anticipa la necesidad de sortear algunos obstáculos que se infieren de la participación de los expertos locales para su mejor aceptación: los profesionales de la salud fueron priorizados por sobre otro tipo de estrategias (tanto por sobre la auto-ayuda como la de un asistente de primeros auxilios) por más que se supone que un asistente de primeros auxilios debiera ayudar a la consulta oportuna cuando ésta fuera necesaria y no pretender reemplazarla; la exigencia por lograr persuadir de un tipo de acción (por ejemplo, la consulta al profesional) por sobre el privilegio del diálogo y el respeto de la autonomía podrían agregar presión al desempeño de un asistente de primeros auxilios en salud mental en la región; la desigual distribución de profesionales y recursos de atención en salud mental podría requerir la reconsideración de estrategias no suficientemente valoradas en los lugares en los que se cuenta con abundantes recursos pero que podrían ser muy valoradas en zonas de menor abundancia. Futuros estudios de la implementación de esta capacitación podrán calibrar las ventajas de su uso en la región tanto en cuanto a una disminución del estigma asociado a los problemas de salud mental como a la consulta oportuna con profesionales de la salud.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Agrest, M., Mascayano, F., Teodoro-de-Assis, R., Molina-Bulla, C., & Ardila-Gómez, S. (2018). Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 334-345.
- Agrest, M., Tapia-Muñoz, T., Encina, E., Wright, J., Ardila-Gómez, S., Alvarado, R., Leiderman, E. A., & Reavley, N. (2022). Development of mental health first aid guidelines for problem drinking: a Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC psychiatry*, 22(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03749-x>
- Agrest, M., Tapia-Muñoz, T., Encina-Zúñiga, E., Vidal-Zamora, I., Ardila-Gómez, S., Alvarado, R., Leiderman, E. A., & Reavley, N. J. (2024). Development of mental health first-aid guidelines for a person after a potentially traumatic event: a Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC Psychiatry* 24: 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05631-4>
- Agrest, M., Tapia-Muñoz, T., Encina-Zúñiga, E., Vidal-Zamora, I., Geffner, N., Ardila-Gómez, S., Alvarado, R., Leiderman, E. A., & Reavley, N. J. (2024). Development of mental health first-aid guidelines for psychosis: a Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC Psychiatry* 24: 113 <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05501-z>
- Alonso, M., & Klínar, D. (2015). Los psicólogos en Argentina: Relevamiento cuantitativo, 2014. VII Congreso Internacional de investigación y práctica en psicología, Ciudad de Buenos Aires.
- Alvarado, R., Minoletti, A., González, F. T., Küstner, B. M., Madariaga, C., & Sepúlveda, R. (2012). Development of Community Care for People with Schizophrenia in Chile. *International Journal of Mental Health*, 41(1), 48-61. <https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411410104>
- Ayoub, I. A., Mesquita Peres, C. H., Vidotto Cerqueira, A., Alves Assumpção, T., Andrade Loch, A., & Reavley, N. J. (2021). Cultural adaptation of the Mental Health First Aid guidelines for Brazilians with problem drinking: a Delphi expert consensus study (in submission).
- Basz, E. (2011). Dignidad del Riesgo. La autonomía del usuario. In E. Blank (Ed.), *Panorámicas de Salud Mental: a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657*. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Beyond Blue. (2022). Worried about someone suicidal. Retrieved Nov 14, 2023 from <https://www.beyondblue.org.au/mental-health/suicide-prevention/worried-about-someone-suicidal>
- Bodon, M. (2020). Intervenciones de primera respuesta en situaciones de emergencias y catastrofes: "primeros auxilios psicologicos / emocionales" XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia., Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. .
- Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P, & (National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD). (2006). *Psychological First Aid (PFA): Field Operation Guide* (2nd Ed.). . https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/PFA/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf
- Cia, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar-Gaxiola, S., Sustas, S., Serfaty, E., Nemirovsky, M., Kessler, R. C., & Benjet, C. (2019). Twelve-month utilization rates and adequacy of treatment for mental health and substance use disorders in Argentina. *Braz J Psychiatry*, 41(3), 238-244. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0036>
- Cottrill, F. A., Bond, K. S., Blee, F. L., Kelly, C. M., Kitchener, B. A., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2021). Offering mental health first aid to a person experiencing psychosis: a Delphi study to redevelop the guidelines published in 2008. *BMC psychology*, 9(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00532-7>
- Cruz Roja (Argentina). (2023). Opciones de cursos. Retrieved August 3rd from <https://www.cruzroja.org.ar/primeros-auxilios/#1677767754149-f9cb8168-3a0c>
- Encina-Zúñiga, E., Agrest, M., Tapia-Munoz, T., Vidal-Zamora, I., Ardila-Gómez, S., Alvarado, R., Leiderman, E. A., & Reavley, N. (2023). Development of mental health first-aid guidelines for depression: a Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC psychiatry*, 23(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04661-8>
- Encina-Zúñiga, E., Rodante, D., Agrest, M., Tapia-Munoz, T., Vidal-Zamora, I., Ardila-Gómez, S., Alvarado, R., Leiderman, E. A., & Reavley, N. (2023). Development of mental health first-aid guidelines for suicide risk: a Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC psychiatry*, 23(1), 928. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05417-0>
- Fernando, M., Chandrasiri, A., Dayabandara, M., & Reavley, N. J. (2021). Cultural adaptation of mental health first aid guidelines for depression for Sri Lanka: a Delphi expert consensus study. *BMC psychiatry*, 21(1), 585. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03598-0>
- Jensen, K. B., Morthorst, B. R., Vendsborg, P. B., Hjorthøj, C. R., & Nordentoft, M. (2015). The effect of the mental health first-aid training course offered employees in Denmark: study protocol for a randomized wait-list-controlled superiority trial mixed with a qualitative study. *BMC psychiatry*, 15, 80. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0466-1>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC psychiatry*, 2, 10. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12359045
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC psychiatry*, 4, 23. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-23> [pii]
- Kitchener, B., Jorm, A., & Kelly, C. (2017). Mental health first aid manual (4th ed.). Mental Health First Aid Australia.
- Kohn, R., Ali, A. A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., Saldivia, S., & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e165.
- Leiderman, E. A., Lolich, M., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2012). Depression: point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *J Affect Disord*, 136(3), 1154-1158. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.032>
- Li, W., Jorm, A. F., Wang, Y., Lu, S., He, Y., & Reavley, N. (2020). Development of Chinese mental health first aid guidelines for psychosis: a Delphi expert consensus study. *BMC psychiatry*, 20(1), 443. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02840-5>
- Li, W., Jorm, A. F., Wang, Y., Lu, S., He, Y., & Reavley, N. J. (2021). Development of Chinese mental health first aid guidelines for problem drinking: a Delphi expert consensus study. *BMC psychiatry*, 21(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03266-3>
- Lu, S., Li, W., Oldenburg, B., Wang, Y., Jorm, A. F., He, Y., & Reavley, N. J. (2020). Cultural adaptation of the mental health first aid guidelines for depression used in English-speaking countries for China: a Delphi expert consensus study. *BMC psychiatry*, 20(1), 336. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02736-4>
- Ministerio de Salud de Argentina. (2015). Salud Mental. Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos. Retrieved Nov 3, 2023 from <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/que-es>
- Ministerio de Salud de Chile. (2017a). Guías Clínicas AUGE: Tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia (Guías Clínicas AUGE, Issue.
- Ministerio de Salud de Chile. (2017b). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Ministerio de Salud.
- Minoletti A, Toro O, Alvarado R, & Rayo X. (2015). Diferencias en percepción de calidad de atención y respeto de derechos en salud mental entre usuarios, familiares y funcionarios. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba*, 72(4), 261-269. <https://doi.org/https://doi.org/10.31053/1853.0605.v72.n4.13833>

- Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One*, *13*(5), e0197102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
- Patel, V., & Prince, M. (2010). Global mental health: a new global health field comes of age. *Jama*, *303*(19), 1976-1977. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.616>
- Sally Spencer-Thomas, & National Alliance on Mental Illness (NAMI). (2019). How to Ask Someone About Suicide. NAMI. Retrieved Nov 14, 2023 from <https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/September-2019/How-to-Ask-Someone-About-Suicide>
- SAMHSA. (2012). SAMHSA's working definition of recovery: Ten guiding principles of recovery. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved Oct. 25th, 2022 from <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Ezequiel, S., Medina, M., Benjet, C., & Aguilar-Gaxiola, S. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, *29*(142), 275-299.
- Svensson, B., & Hansson, L. (2014). Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up. *PLoS One*, *9*(6), e100911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100911>
- Torrente, F., Yoris, A., Low, D. M., López, P., Bekinschtein, P., Manes, F., & Cetkovich, M. (2020). Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *Journal of Affective Disorders*, *282*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.124>
- United Nations. (2006). Convention On The Rights Of Persons With Disabilities (CRPD). <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd>
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry*, *163*(8), 1362-1370. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1362>
- Wang, Y., Li, W., Lu, S., Jorm, A. F., Oldenburg, B., He, Y., & Reavley, N. (2021). Development of Chinese mental health first aid guidelines for assisting a person affected by a traumatic event: a Delphi expert consensus study. *BMC psychiatry*, *21*(1), 600. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03606-3>
- World Health Organization. (2001). The World Health Report, 2001: Mental Health, New Understanding, New Hope. WHO.
- World Health Organization. (2013). Psychological First Aid: Facilitator's Manual for orienting Field Workers. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/unimelb/detail.action?docID=1692759>
- World Health Organization. (2022). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact (WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/Mental_health/2022.1). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>