



Fondecyt

Fondo Nacional de Desarrollo
Científico y Tecnológico

RESUMEN: DETERMINANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN EN SALUD MENTAL ESCOLAR

FONDECYT de Iniciación N°11220112/2022

(Junio, 2022)



Investigador responsable: Rodrigo Rojas Andrade.
Investigadores asistentes: Karina Keller Santander, Gabriel Prosser Bravo.
Investigadores en práctica: Francisca Morales Jaque, Tamara Rojas, Paula Barraza.

El presente texto fue realizado entre los meses de mayo a junio de 2022 en la ciudad de Santiago, Chile. Corresponde al segundo documento de resultados del proyecto de investigación “No se trata de hacer más de lo mismo, sino de hacerlo mejor”: estudio mixto de determinantes psicológicos de la fidelidad de la implementación en profesionales vinculados a la salud mental escolar en educación pública.” Fondecyt de Iniciación N°11220112/2022.

Contenido

1.	Tabla. Descripción de las barreras de la implementación según estudio incluido	3
2.	Tabla. Asociación de los dominios de las barreras de la implementación en salud mental escolar	15
3.	Tabla. Descripción de los dominios obstaculizadores de la implementación en salud mental escolar	16
4.	TABLA. MODELO DE ESTUDIO PARA LOS FACTORES OBSTACULIZADORES DE LA IMPLEMENTACIÓN EN SALUD MENTAL ESCOLAR	20
5.	Tabla. Descripción de los facilitadores de la implementación según estudio incluido	21
6.	Tabla. Asociación de las temáticas sobre facilitadores de la implementación	31
7.	Tabla. Descripción de los dominios facilitadores de la implementación en salud mental escolar	32
8.	Tabla. MODELO DE ESTUDIO PARA LOS FACTORES FACILITADORES DE LA IMPLEMENTACIÓN EN SALUD MENTAL ESCOLAR	35
9.	Conclusión	36
10.	Referencias	38

1. Tabla. Descripción de los obstaculizadores de la implementación según estudio incluido

AUTOR	DOMINIOS
Gee et al.	Características de la intervención - Entorno terapéutico inadecuado. Practicidad - Los padres/cuidadores con una asistencia decepcionante. - Realizar la terapia de exposición dentro de un entorno escolar. - Organizar la exposición en relación con eventos u objetos infrecuentes, impredecibles o inaccesibles. - Dificultades para planificar adecuadamente jerarquías de exposición idiosincrásicas en un entorno grupal. - Falta de confianza entre los facilitadores de la intervención que no tienen experiencia en el uso de la exposición. - La dificultad de identificar un grupo de estudiantes lo suficientemente homogéneo dentro de una sola escuela. - Riesgo de daño iatrogénico como resultado de una composición grupal inapropiada. Capacidad organizativa - Mantener relaciones positivas con el personal docente que no participaba en la implementación de las intervenciones. Apoyo de la dirección escolar - Intervenciones sin el respaldo claro y el aporte directo del equipo de liderazgo superior de una escuela. Ambiente escolar - Problemas logísticos asociados con la entrega de intervenciones psicológicas dentro del entorno escolar. - Dificultades para programar sesiones dentro de las limitaciones de los horarios escolares. - Falta de espacios apropiados dentro de las escuelas para llevar a cabo las sesiones. Capacitación y asistencia técnica - Necesidad de capacitación de alta calidad de los facilitadores de la intervención. - Supervisión de expertos debidamente calificados y experimentados para respaldar la fidelidad de la entrega. - Profesionales con menos experiencia en la entrega de intervenciones manualizadas para problemas emocionales. - Proteger el tiempo del personal que participa de la supervisión. Características del proveedor - Menos experiencia en la entrega de intervenciones manualizadas para problemas emocionales.

	Capacidad del personal para identificar a los estudiantes elegibles - Capacidad del personal de la escuela para identificar a los estudiantes que podrían beneficiarse de una intervención. Factores comunitarios - Impacto potencial del estigma en la implementación. Prioridades de los sistemas de salud y educación - Necesidad de alinear las prioridades de los sistemas de salud y educación. - La falta de asignación adecuada de recursos para los servicios de apoyo a la salud mental y el bienestar dentro de las escuelas.
Wakida et al.	Actitudes con respecto a la aceptabilidad, adecuación, y credibilidad - La creencia de que la enfermedad mental era un comportamiento extraño y más difícil de diagnosticar que otras enfermedades. - Los curanderos tradicionales eran más efectivos que los practicantes de la medicina moderna. - Creencias de que se debe evitar a cualquier persona que tenga una enfermedad mental. - Pacientes que responden a la evaluación de manera deshonestas. - Insatisfacción con el nivel de conocimiento sobre salud mental. - Integración inapropiada. Conocimientos y habilidades - Incapacidad para diagnosticar y tratar enfermedades mentales con las referencias excesivas asociadas. - Incapacidad para identificar un medicación antipsicótica o antidepresiva. - Falta de conocimiento sobre las intervenciones psicosociales. - Capacitación inadecuada en el uso de herramientas de detección de salud mental y tratamiento actual basado en evidencia. - Conciencia limitada sobre la salud mental en la comunidad. - Falta de conocimiento sobre las estructuras del sistema de salud y los procesos para el manejo de la salud mental. Motivación para cambiar - Bajo interés en brindar atención de salud mental. - Mayor carga de trabajo y tiempo limitado. - Falta de apoyo de salud mental tanto a nivel comunitario como distrital. - Recursos limitados para la prestación de servicios. - Ramificaciones de registrar un diagnóstico de enfermedad mental o cuidar para pacientes con enfermedad mental. - Clientes que asisten a muchas clínicas que conducen a un manejo inconsistente de los problemas de salud.

	Gerencia y/o liderazgo - Falta de capacitación en el servicio en atención de salud mental. - Falta de discusiones formales sobre los trastornos de salud mental con supervisores de nivel superior. - Coordinación inadecuada entre los trabajadores de salud general y los especialistas en salud mental. - Apoyo inadecuado del equipo médico del distrito. - Baja priorización de la atención de la salud mental en los niveles inferiores. - Falta de conocimiento sobre las estructuras del sistema y los procesos de trabajo. - Incapacidad del sistema de salud para responder a las necesidades más amplias de los clientes. - Restricción en la prescripción de medicamentos psicotrópicos. - Desafíos en la gestión de los servicios de extensión. - Falta de horarios integrados de los profesionales de la salud. - Planificación de la atención descoordinada. - Funciones clínicas integradas definidas no claramente. - Servicios desarticulados dentro de un sistema descentralizado. - Cantidad inadecuada de personal más diverso para atender a la minoría lingüística. Recursos financieros - Desigualdades en la financiación. - Falta de beneficios para los empleados. - Falta de reembolso por servicios - Incertidumbre sobre la continuación del financiamiento de los programas/servicios comunitarios. - Cobertura de seguro insuficiente para cumplir con la opción de tratamiento. - El alto costo de contratar personal de enfermería y de apoyo.
Esponda at al.	Características de la intervención - La fuerza de la evidencia, la complejidad y el costo. - Prestar servicios que requieran más tiempo o capacidad (evaluaciones o asesoramiento). Entorno exterior - Necesidades del usuario del servicio. - Baja adherencia al tratamiento. - Diferentes aspectos relacionados con políticas e incentivos externos y cosmopolitismo (es decir, colaboración con otros sectores u organizaciones) - Exposición a factores de riesgo social (violencia doméstica, problemas familiares, violencia relacionada con las drogas, pobreza, baja alfabetización, y hogar pobre infraestructura) fueron percibidos como difíciles de abordar dentro del sistema de atención primaria, dado limitaciones de recursos y experiencia.

- Bajo nivel de búsqueda de ayuda en los establecimientos de salud se atribuyeron a la escasa alfabetización en salud mental.
- Mala adherencia a la atención
- Falta de disponibilidad de medicamentos.
- Efectos secundarios de los medicamentos.
- Percepciones de los usuarios del servicio sobre el tratamiento crónico como dañino, inútil o innecesario.
- Difícil asistir a las citas debido al costo del tratamiento y transporte, largos tiempos de viaje y espera, y pérdida de salarios.
- Preocupado sobre la confidencialidad entre los usuarios del servicio.
- Falta de una política de salud mental.
- Los proveedores identificaron que las regulaciones limitan su capacidad para diagnosticar o prescribir tratamiento a los usuarios del servicio con enfermedades mentales.
- Proveedores informaron que la provisión de servicios de salud mental rara vez es parte de su mandato oficial, lo que dificulta su capacidad para prestar servicios.
- Falta de reconocimiento oficial de la formación en salud mental.
- Ausencia de financiación compensación.

Entorno interior

- Problemas relacionados con la compatibilidad cuando los gerentes de salud y los proveedores no compartieron puntos de vista considerados esenciales para el diseño de programas en atención primaria.
- Falta o mala calidad de los sistemas de información.
- Ausencia de un gestor de salud mental a nivel distrital, estatal o nacional.
- A nivel de las instalaciones, los administradores de las clínicas necesitaban apoyar cambios organizativos para que el personal pueda prestar servicios.
- Los gerentes no podían mostrar apoyo y compromiso cuando la salud mental no es una prioridad en el sistema de salud y deben lograrse objetivos contrapuestos.
- Los proveedores percibían el acceso deficiente al conocimiento y la información.
- Falta de cursos de actualización.
- La capacidad de supervisar a los proveedores de atención primaria.
- Limitada disponibilidad de especialistas en la salud pública sistema.
- La mala comunicación entre la atención primaria y los servicios especializados.

Características de los individuos

- La aceptabilidad y la adherencia de los usuarios se vio obstaculizada cuando percibieron que un proveedor tenía mala comunicación habilidades o no salvaguardó su confidencialidad.
- La colaboración entre cuadros se vio afectada cuando otros son percibidos como poco calificados.

	Proceso - Ausencia de compromiso con partes interesadas importantes, como los curanderos tradicionales y usuarios del servicio. - Falta de planificación sobre la derivación procesos impiden la atención especializada.
Ritcher et al.	Características de intervención - El lenguaje y la forma se identificó como culturalmente inapropiado y un obstáculo para ciertos grupos minoritarios. Entorno exterior - Recabar el consentimiento de los tutores legales individuales de los niños y jóvenes. - Aplicación de diferentes principios de confidencialidad. Factores internos - La necesidad de un diálogo abierto entre los actores para desarrollar la confianza y el respeto entre los actores. - La comunicación disfuncional puede perder información importante sobre los estudiantes que participaron en el programa. - Los diferentes objetivos de varios actores. Proceso - No se logra la participación del grupo objetivo.
Bach et al.	- Falta de recursos financiero. - Falta de recursos de personal/alta rotación de personal. - Falta de tiempo. - Espacio insuficiente para todos los servicios. - Recursos (no especificados). - Falta de recursos para la formación. - Falta de recursos científicos. - Falta de recursos técnicos. - Factores del cliente y de la comunidad. - Problemas de reclutamiento/retención. - Resistencia del cliente y no participación. - Población difícil. - Falta de apoyo comunitario/resistencia comunitaria. - Receptividad y compromiso del cliente. - La asistencia del cliente (individuos y familia) es pobre. - Faltan recursos comunitarios (incluido el tratamiento del abuso de sustancias).

- Estigma.
- Problemas de anonimato.
- Capacidad de entrega.
- Problemas de dificultad/fidelidad de la implementación.
- Falta de conocimientos/experiencia.
- Falta de infraestructura administrativa.
- Barreras culturales/lingüísticas.
- Responsabilidades contrapuestas.
- Problemas de supervisión.
- Necesidades del programa.
- Entrega del EBI en una zona rural.
- Desafíos de programación.
- Planificación estratégica.
- Equilibrar las necesidades entre la CBO y la investigación.
- Cultura organizacional.
- Conflicto con EBI e identificación organizacional/misión/cultura.
- Resistencia del personal.
- Falta de priorización del apoyo de EBI/org.
- Falta de preparación del personal para convertirse en proveedores basados en la evidencia.
- Falta de liderazgo.
- Aceptación incompleta de la organización.
- Resistencia al cambio (mantener el status quo).
- Cambio en el personal y el liderazgo.
- Falta de líderes de EBI.
- Falta de creencia en la eficacia de la intervención.
- Misión poco clara de la organización.
- Mayor nivel de estrés.
- Baja cohesión en la organización.
- EBP devaluando las prácticas existentes por el TSO.
- Cuestiones de adaptación.
- Problemas en la adaptación del EBI.
- Falta de ajuste entre EBI y la población objetivo de TSO.
- Conflicto entre el EBI y el conocimiento experto del proveedor.
- No saber cómo comunicar los problemas de adaptación.
- Cuestiones relativas a la capacidad de formación.

	▪ El personal no está lo suficientemente bien capacitado / La capacitación proporcionada para el EBI no es adecuada. ▪ Falta de capacitación en EBI. ▪ Variación en la capacitación y las perspectivas del personal. ▪ Falta de formación disponible. ▪ Formación de nuevo personal. ▪ Los programas no estaban empaquetados para la capacitación. ▪ Realización de evaluaciones de las necesidades de la comunidad. ▪ Desarrollo de propuestas. ▪ Problemas de supervisión. ▪ No contar con prácticas de monitoreo para evidenciar la efectividad. ▪ Problemas de gestión de datos. ▪ Desafíos de interoperabilidad entre sistemas. ▪ Cuestiones relativas a la evaluación y el seguimiento de la aplicación. ▪ Barreras específicas de la intervención. ▪ Transporte. ▪ Ley estatal de educación en conflicto con EBI. ▪ La ley estatal prohíbe la recopilación de ciertos datos. ▪ La ley estatal requiere la aprobación de la junta escolar y el comité de revisión de los padres. ▪ Evaluación de la actividad ligera versus moderada. ▪ Incorporar la actividad física en el estilo de vida de los participantes. ▪ Las oficinas geográficamente dispersas dificultaron la aplicación sistemática. ▪ Cuestiones logísticas. ▪ Requisitos de puesta en marcha. ▪ El proceso de certificación fue oneroso/lento. ▪ Falta de apoyo por parte del financiador. ▪ Prohibición de la adaptación por parte de los financiadores. ▪ Demanda de financiadores de modificaciones importantes a EBI. ▪ Rechazo del financiador de las modificaciones a EBI. ▪ Problemas de colaboración. ▪ Difícil establecer acuerdos de colaboración. ▪ Falta de estrategias para la movilización comunitaria. ▪ Falta de integración de servicios. ▪ Difícil encontrar socios académicos potenciales. ▪ Asistencia en estrategias para el desarrollo de EBIs. ▪ Otros. ▪ Competencia con otras actividades extraescolares.
--	---

	▪ Desarrollo y análisis de políticas públicas. ▪ Incapacidad para financiar a los socios del programa debido a las políticas de los organismos locales.
Le et al.	Características del cliente ▪ Estatus socioeconómico bajo. ▪ Pobreza. ▪ Desempleo. ▪ Vivienda inestable y falta de vivienda. ▪ Bajos niveles de alfabetización o fluidez del idioma. ▪ Falta de disponibilidad para participar. ▪ Falta de voluntad para participar debido a la falta de incentivos monetarios o incapacidad para comprender los materiales del programa. ▪ Eventos de vida negativos (desplazamiento, pérdida, trauma o situaciones de vida adversas concurrentes, como vivir con VIH/SIDA y sufrir violencia doméstica). ▪ El conocimiento sobre la enfermedad mental. ▪ La conciencia de la disponibilidad de servicios de salud mental y las metas. ▪ La salud y las emociones de los clientes. ▪ No percibir la necesidad o el valor de la atención de salud mental. Familia y comunidad ▪ Los factores relacionados con la familia (cuidado de los niños, las tareas del hogar). ▪ Conflictos familiares obstaculizaban la participación de los clientes en las intervenciones. Factores organizacionales ▪ Recursos clínicos. ▪ Poco personal (largos tiempos de espera y una programación limitada que reducía el compromiso, particularmente para los clientes cuya situación socioeconómica había restringido su disponibilidad para asistir a las citas). ▪ Manejo de grandes cantidades de casos (agotamiento o a una disminución de la calidad de la atención). ▪ Las restricciones de espacio físico en las clínicas de salud. ▪ La limitación de la facilidad para lograr la privacidad de las sesiones privadas de asesoramiento con los usuarios. Factores sociales ▪ Condiciones socioeconómicas de los escenarios de intervención. ▪ Nivel de pobreza de la comunidad. ▪ Normas culturales. ▪ Contexto histórico y político. ▪ Normas de género (Relaciones de género desiguales).

	- La religión o espiritualidad. - Métodos de curación tradicionales. Factores del sistema de salud mental - Infraestructura. - Falta de transporte e instalaciones. - Desorganización general del sistema de salud mental (atención inadecuada). - Sistemas de salud mental pueden tener dificultades para colaborar con los sistemas de curación preexistentes, lo que podría dificultar la capacidad de reducir las brechas en el tratamiento de la salud mental. - Distribución desigual del personal de atención de la salud mental en todo el país. - Entornos de políticas complejas (integración de la atención de la salud mental en la atención primaria a través de tareas compartidas, pero proporcionando pocos recursos). Características de la intervención - Frecuencia y la duración (intervenciones demasiado cortas). - La complejidad. - El costo de la intervención (inaccesible financieramente). Estigma - Auto estigma de las personas con enfermedades mentales para buscar tratamiento psicológico/psiquiátrico). - Estigma hacia la enfermedad mental (experiencias de discriminación de los clientes por parte de la familia y los miembros de la comunidad desalentó la búsqueda de tratamiento y el acceso) - Percepciones de confiabilidad de la comunidad hacia los diagnósticos oficiales de enfermedades de salud mental. - Proveedores de atención médica y los proveedores de tareas compartidas tenían o expresaban actitudes estigmatizantes. - Falta sistémica de capacitación y educación sobre el tratamiento de enfermedades mentales en el nivel de atención primaria.
Powell et al.	- Determinar el alcance y detalle de las estrategias de implementación utilizadas limita la capacidad para comprender el enfoque de implementación. - Identificar la base teórica y conceptual para la selección de estrategias de implementación específicas. - Integrar una gama amplia de resultados de implementación.
Moore et al.	Soporte y priorización - La priorización del equipo de liderazgo respecto de otras tareas ante conflictos (a menudo relacionadas con los resultados académicos) sobre la intervención. - La falta de comunicación y la consiguiente falta de conciencia entre el personal sobre el programa.

	Asignación de recursos ▪ Tener un líder de programa designado. ▪ El rol de coordinador del programa no funcionaba si el miembro del personal individual no tenía suficiente tiempo asignado para cumplir con sus responsabilidades y permanecía en el mismo rol. ▪ La rotación del personal (dificulta la entrega continua). Compromiso personal ▪ Los docentes de las escuelas con puntajes de sostenibilidad más bajos dejaron de usar el programa por completo cuando encontraron un problema. ▪ La falta de disposición de los alumnos a faltar a clases. ▪ Algunos profesores se mostraban “protectores” con el tiempo de los alumnos. Participación de los alumnos y padres ▪ Los bajos niveles de compromiso. ▪ Involucrar a los padres para obtener el consentimiento y el tratamiento. Característica de la intervención ▪ La herramienta de detección prolongada en CCAL. ▪ Tiempo requerido fuera de clase. Recursos ▪ Capacidad del personal para facilitar la ejecución de la intervención. ▪ Las prioridades y responsabilidades contrapuestas para el personal de la escuela. ▪ El tamaño de las clases y el número de casos (clases grandes crearon dificultades con la gestión del aula, pero los grupos pequeños no eran sostenibles, ya que era difícil justificar ofrecer la clase). ▪ Falta de financiación y de recursos apropiados. ▪ Las actividades que requerían fondos adicionales. ▪ Una crisis presupuestaria a un nivel superior. Apoyo externo ▪ Los cambios de liderazgo a nivel de distrito. ▪ Con el nuevo liderazgo llegaron prioridades cambiantes (a menudo hacia el éxito académico).
Mohammandi ET AL.	▪ Tiempos cortos de intervención. ▪ Desafíos de la colaboración entre proveedores de intervención con los administradores escolares. ▪ Falta de información disponible y válida.

	Fuentes de información.
lu et al.	Factores relacionados con los adolescentes - Se encontró que los tipos de trastornos de los adolescentes de minorías (es decir, problemas de internalización o externalización) influyeron negativamente en su uso de los servicios de salud mental. - Los adolescentes percibieron barreras para la atención (p. ej., no querer que los padres supieran, tener miedo de lo que diría el médico) y el estigma autopercibido (p. ej., uso del servicio percibido como problemático, sensación de comodidad). - Otras barreras incluyeron la identidad étnica de los jóvenes (es decir, la afirmación de un individuo y su pertenencia a un grupo étnico) y la edad avanzada. Factores relacionados con los padres/familia: - Se identificaron las percepciones de los padres y las actitudes estigmatizadas como barreras significativas para el uso de los servicios de salud mental por parte de los adolescentes. - Las barreras auto percibidas de los padres para el tratamiento y el temor de que los profesionales etiqueten al niño con un trastorno de salud mental. - En cuanto a los problemas de crianza, se encontró que los adolescentes con padres que dependían en gran medida de la disciplina y que fomentaban un fuerte apego al cuidador tenían menos probabilidades de utilizar los servicios de salud mental que sus contrapartes. - Las barreras demográficas incluyeron edades más avanzadas y menor nivel educativo de los padres. Factores contextuales/estructurales - En cuatro estudios, los bajos ingresos familiares redujeron significativamente la probabilidad de que los adolescentes usaran un tratamiento adecuado en general, servicios de emergencia y servicios para pacientes hospitalizados. - El estado del seguro fue la segunda barrera común. En comparación con los cubiertos por un seguro privado, los adolescentes de minorías con Medicaid, sin seguro o con otro seguro tenían muchas menos probabilidades de utilizar los servicios de salud mental. - Un estudio con jóvenes predominantemente asiáticos y latinos encontró que los jóvenes de hogares con dos padres tenían menos probabilidades de utilizar los servicios de salud mental en la escuela que los de hogares monoparentales. - Se encontró que los jóvenes afroamericanos de vecindarios con una alta proporción de hogares encabezados por mujeres tenían menos probabilidades de usar servicios especializados de salud mental que los jóvenes de hogares encabezados por hombres o con dos jefes. Factores sociales/estructurales

	- Se encontró que los niños latinos con cuidadores menos aculturados tenían más probabilidades de terminar el servicio de salud mental, mientras que aquellos con cuidadores altamente aculturados tenían más probabilidades de no presentarse a los servicios. - La alta afinidad de los padres con otra cultura era un predictor negativo del uso del servicio entre los jóvenes latinos y asiáticos. - En otro estudio con una muestra urbana de familias afroamericanas, los hijos de padres con un moderado refuerzo del orgullo cultural tenían menos probabilidades de haber utilizado los servicios de salud mental. - Relaciones sociales negativas entre estudiantes de secundaria de minorías y discriminación/prejuicio racial percibido por los padres.
aguirre et al.	Estigma - Más de la mitad de los estudios incluidos (n = 30) hicieron referencia a esta y otras actitudes negativas hacia los problemas de salud mental como el principal obstáculo para los comportamientos de búsqueda de ayuda en los adolescentes. Creencias familiares - Barreras relacionadas con el problema con la comunicación y la desconfianza hacia los profesionales de la salud. - Experiencias pasadas negativas con los servicios de salud mental - La creencia de que el tratamiento no va a ser útil. Esto fue especialmente cierto para los estudios que incluyeron poblaciones de inmigrantes y refugiados, que se refirieron a las barreras culturales, incluida la desconfianza en el diagnóstico y los profesionales de la salud mental, y la falta de sensibilidad cultural en los servicios como una barrera significativa. Alfabetización en salud mental - Casi un tercio de los artículos (n = 14) se refirieron a los problemas relacionados con la alfabetización en salud mental como una barrera significativa, incluido el reconocimiento deficiente de las condiciones de salud mental (uno mismo y los demás) y la falta de conocimiento de las fuentes de ayuda disponibles. Autonomía - Las actitudes de los adolescentes hacia la búsqueda de ayuda revelaron una necesidad percibida de autosuficiencia y autonomía que fueron reconocidas como una barrera relevante en doce estudios. - Temores de violaciones de la confidencialidad. Servicio y la disponibilidad de personal y otros factores estructurales - El costo, el transporte y los tiempos de espera se mencionaron como obstáculos para la búsqueda de ayuda (n = 8).

Gee	Wakida	Esponda	Ritcher	Le	Moore	Powell	Bach	Mohammadi	Aguirre	Lu
2021	2018	2019	2022	2022	2022	2014	2018	2020	2020	2021
Características de la intervención	Actitudes con respecto a la aceptabilidad, adecuación, y credibilidad	Características de la intervención	Características de intervención	Características del cliente	Soporte y priorización	S/T	S/T	Tiempo de intervención	Estigma	Factores relacionados con los adolescentes
Practicidad	Conocimientos y habilidades	Entorno exterior	Entorno exterior	Características del proveedor	Apoyo externo			Colaboración	Creencias familiares	Factores relacionados con los padres/familia
Capacidad organizativa	Motivación para cambiar	Entorno interior	Factores internos	Familia y comunidad	Asignación de recursos			Información	Alfabetización	Factores contextuales/estructurales
Apoyo de la dirección escolar	Gerencia y/o liderazgo	Características de los individuos	Proceso	Factores organizacionales	Compromiso del personal				Autonomía	
Ambiente escolar	Recursos financieros	Proceso		Características de la intervención	Participación de los alumnos y padres				Servicios y disponibilidad del personal	
Capacitación y asistencia técnica				Factores del sistema de salud mental	Características de la intervención					
Características del proveedor				Estigma	Recursos					
Capacidad del personal para identificar a los estudiantes elegibles										
Factores comunitarios										
Prioridades de los sistemas de salud y educación										

2.

3. Tabla. Asociación de los dominios de las barreras de la implementación en salud mental escolar

4. Tabla. Descripción de los dominios obstaculizadores de la implementación en salud mental escolar

Dominios	Descripción
Características de la intervención	▪ Entorno terapéutico inadecuado. ▪ La complejidad. ▪ Costo inaccesible. ▪ Servicios que requieren más asesoramiento o evaluación. ▪ Leguaje inapropiado. ▪ Poca frecuencia y duración de la intervención. ▪ Tiempo requerido fuera de clases. ▪ Herramientas de detección prolongadas. ▪ Diálogo abierto entre los actores. ▪ Comunicación disfuncional. ▪ Los diferentes objetivos de varios actores. ▪ Realizar la terapia de exposición dentro del entorno escolar. ▪ Organizar la exposición en relación con eventos u objetos infrecuentes, impredecibles o inaccesibles. ▪ Dificultades para planificar adecuadamente jerarquías de exposición idiosincrásicas en un entorno grupal. ▪ Falta de confianza entre los facilitadores sin experiencia. ▪ Dificultad de identificar un grupo de estudiantes lo suficientemente homogéneo dentro de la escuela. ▪ Riesgo de daño iatrogénico producto de un grupo inapropiado. ▪ Ausencia de compromiso en el proceso. ▪ Falta de planificación sobre la derivación. ▪ No se logra la participación del grupo objetivo. ▪ Incorporar la actividad física en el estilo de vida de los participantes.
Gerencia y/o liderazgo	▪ Intervenciones sin el respaldo claro y el aporte directo. ▪ Falta de capacitación en la atención. ▪ Falta de discusiones formales sobre los trastornos de salud mental con supervisores. ▪ Coordinación inadecuada entre los trabajadores. ▪ Apoyo inadecuado del equipo médico. ▪ Baja priorización de la atención. ▪ Falta de conocimiento sobre las estructuras del sistema y los procesos de trabajo. ▪ Incapacidad del sistema de salud para responder a las necesidades más amplias.

	▪ Restricción en la prescripción de medicamentos psicotrópicos. ▪ Desafíos en la gestión de los servicios de extensión. ▪ Falta de horarios integrados de los profesionales. ▪ Planificación de la atención descoordinada. ▪ Funciones clínicas no definidas claramente. ▪ Servicios desarticulados dentro de un sistema descentralizado. ▪ Cantidad inadecuada de personal para atender a la minoría lingüística. ▪ Priorización de los resultados académicos. ▪ Falta de comunicación y de conciencia entre el personal sobre el programa.
Capacitación, conocimiento y materiales	▪ Necesidad de capacitación de alta calidad. ▪ Supervisión de expertos. ▪ Profesionales con menos experiencia. ▪ Proteger el tiempo del personal. ▪ Incapacidad para diagnosticar y tratar enfermedades. ▪ Incapacidad para identificar un medicación antipsicótica o antidepresiva. ▪ Falta de conocimiento sobre las intervenciones psicosociales. ▪ Capacitación inadecuada en el uso de herramientas de detección. ▪ Conciencia limitada sobre la salud mental en la comunidad. ▪ Falta de conocimiento sobre las estructuras del sistema de salud. ▪ Capacidad de identificar a los estudiantes que podrían beneficiarse de una intervención.
Factores organizacionales	▪ Poco personal o limitada disponibilidad de especialistas. ▪ Mayor carga de trabajo. ▪ Tiempo limitado. ▪ Restricciones de espacio físico. ▪ Limitación para lograr la privacidad de las sesiones. ▪ Desigualdades en la financiación. ▪ Falta de beneficios para los empleados. ▪ Falta de reembolso por servicios. ▪ Incertidumbre sobre la continuación del financiamiento de los programas. ▪ Cobertura de seguro insuficiente para cumplir con el tratamiento. ▪ Alto costo de contratar personal de enfermería y de apoyo. ▪ Actividades que requerían fondos adicionales. ▪ Prioridades y responsabilidades contrapuestas para el personal de la escuela. ▪ Alinear las prioridades de los sistemas de salud y educación. ▪ Líder de programa designado.

	▪ El rol de coordinador del programa. ▪ La rotación del personal. ▪ Cambios de liderazgo. ▪ Prioridades cambiantes. ▪ Bajo interés en brindar atención. ▪ Manejos inconsistentes de las problemáticas. ▪ Relaciones positivas con el personal docente que no participa en la implementación. ▪ Problemas logísticos asociados con la entrega. ▪ Dificultades para programar sesiones dentro de los horarios escolares. ▪ Falta de espacios apropiados dentro de las escuelas. ▪ Falta o mala calidad de los sistemas de información. ▪ Ausencia de un gestor de salud mental. ▪ Los gerentes no podían mostrar apoyo y compromiso cuando la salud mental no es una prioridad en el sistema de salud y deben lograrse objetivos contrapuestos. ▪ Falta de cursos de actualización. ▪ Mala comunicación entre los servicios especializados. ▪ Limitación para comprender el enfoque de implementación. ▪ No identificar la base teórica-conceptual para la selección de estrategias específicas. ▪ Integrar una gama amplia de resultados de implementación. ▪ Cultura organizacional. ▪ Entrega en una zona rural. ▪ Conflicto con la identificación organizacional/misión/cultura. ▪ Resistencia al cambio. ▪ Mayor nivel de estrés. ▪ Baja cohesión en la organización. ▪ Desarrollo de propuestas. ▪ Problemas de gestión de datos.
Características de los individuos	a) Cliente ▪ Percepción sobre un proveedor de mala comunicación o habilidades. ▪ Percepción de poca calificación. ▪ Creencias a) enfermedad mental es un comportamiento extraño y difícil de diagnosticar. b) curanderos tradicionales son más efectivos que los practicantes de la medicina moderna. c) evitar a cualquier persona con enfermedad mental. ▪ Responder a la evaluación deshonestamente. ▪ Insatisfacción con el nivel de conocimiento.

	▪ Integración inapropiada. ▪ Baja búsqueda de ayuda y la adherencia al tratamiento. ▪ Exposición a factores de riesgo social o eventos negativos (violencia doméstica, problemas familiares, violencia relacionada con las drogas, pobreza, baja alfabetización, y hogar pobre infraestructura o falta, VIH/SIDA, desempleo). ▪ Falta de disponibilidad de medicamentos. ▪ Efectos secundarios de los medicamentos. ▪ Percepciones sobre el tratamiento crónico como dañino, inútil o innecesario. ▪ Dificultades para asistir a las citas (costo del tratamiento y transporte, largos tiempos de viaje y espera, y pérdida de salarios). ▪ Preocupación por la confidencialidad. ▪ No percibir la necesidad o el valor de la atención. ▪ Conciencia de la disponibilidad de servicios. ▪ Falta de voluntad para participar (falta de incentivos monetarios o incapacidad para comprender los materiales del programa). ▪ Las emociones de los clientes. ▪ Docentes que dejan de usar el programa cuando encuentran un problema. ▪ Falta de disposición de los alumnos a faltar a clases. ▪ Protección del tiempo de los alumnos por parte de los docentes. b) Proveedor ▪ Menor experiencia en la entrega. ▪ Falta sistémica de capacitación y educación sobre el tratamiento. ▪ Proveedores que expresan actitudes estigmatizantes.
Factores comunitarios	▪ Impacto potencial del estigma. ▪ Factores relacionados con la familia (cuidado de los niños, las tareas del hogar). ▪ Conflictos familiares. ▪ Bajos niveles de compromiso. ▪ Involucrar a los padres para obtener el consentimiento y el tratamiento. ▪ Normas culturales. ▪ Contexto histórico y político. ▪ Normas de género. ▪ La religión o espiritualidad. ▪ Métodos de curación tradicionales.

	▪ Percepciones de confiabilidad hacia los diagnósticos de enfermedades. ▪ Auto estigma de las personas con enfermedades mentales para buscar tratamiento.
--	--

5. TABLA. MODELO DE ESTUDIO PARA LOS FACTORES OBSTACULIZADORES DE LA IMPLEMENTACIÓN EN SALUD MENTAL ESCOLAR

N	FACTORES	GEE ET AL.	WAKIDA ET AL.	ESPONDA ET AL.	RITCHER ET AL.	LE ET AL.	MOORE ET AL.	LU ET AL.	AGUIRRE ET AL.
M A C R O	Contexto socio-político	Prioridades de los sistemas de salud y educación		Entorno exterior		Factores del sistema de salud mental			
E S C O L A R	Organización	Características de la intervención. Apoyo de la dirección escolar Ambiente escolar Capacidad del personal para identificar a los estudiantes elegibles	Motivación para cambiar Recursos financieros	Características de la intervención Entorno exterior Entorno interior Proceso	Factores internos	Factores organizacionales Factores sociales Factores del sistema de salud mental	Característica de la intervención Recursos		Servicio y la disponibilidad de personal y otros factores estructurales
I N D I V I D U A L	Participantes Interacciones de los diversos actores con los programas	Practicidad Factores comunitarios	Actitudes con respecto a la aceptabilidad, adecuación, y credibilidad Conocimientos y habilidades	Entorno exterior Características de los individuos Proceso	Entorno exterior Proceso	Características del cliente Familia y comunidad Factores sociales Estigma	Compromiso personal Participación de los alumnos y padres	Factores relacionados con los adolescentes Factores relacionados con los padres/familia Factores contextuales/estructurales Factores sociales/estructurales	Estigma Creencias familiares Alfabetización en salud mental Autonomía

S O P O R T E	Aspectos y características administrativas Competencias Liderazgo	Capacidad organizativa Capacitación y asistencia técnica Características del proveedor	Gerencia y/o liderazgo		Características de intervención	Características de la intervención Estigma	Soporte y priorización Asignación de recursos Apoyo externo		
---------------------------------	---	--	------------------------	--	---------------------------------	---	---	--	--

6. Tabla. Descripción de los facilitadores de la implementación según estudio incluido

AUTOR	FACILITADORES
Gee et al.	Características de la intervención ▪ Aceptabilidad de las intervenciones (útil, agradable, apropiada para el desarrollo, bien diseñada y con un buen formato de entrega). ▪ Aceptabilidad tiene que coincidir con las necesidades y preferencias de los adolescentes participantes (temas importantes para sus vidas y presentando el material de una manera interactiva, atractiva y accesible pero madura). ▪ Formato en grupo (sentido de pertenencia, el apoyo mutuo y las conexiones sociales). Practicidad ▪ Flexibilidad de la intervención. ▪ Restringir la duración de las sesiones a períodos de una sola clase. ▪ Estructurar el programa de las sesiones alrededor del período escolar. ▪ Minimizar la interferencia (actividades académicas). ▪ Permitir interrupciones en la entrega de la intervención (períodos de exámenes y otros eventos escolares). ▪ El formato de grupo hace un uso más eficiente de los recursos. Capacidad organizativa ▪ Las relaciones positivas entre las personas que realizan la intervención y otros miembros del personal. ▪ Comunicación efectiva desde el personal externo hacia el personal de la escuela. ▪ Contribuir con el personal de la escuela más allá de la intervención en cuestión.

- Aceptación del personal docente.

Apoyo de la dirección escolar

- El apoyo y la participación de los líderes de las escuelas superiores.
- El apoyo en el nivel apropiado dentro de la jerarquía escolar.

Ambiente escolar

- Entorno escolar más amplio conduce a una buena salud mental y proporcionaba un entorno adecuado para el trabajo terapéutico.

Capacitación y asistencia técnica

- Apoyo más informal.

Idoneidad del manual de intervención y otros materiales

- Provisión de un manual de intervención claro y fácil de seguir.
- Materiales de apoyo de buena calidad, como libros de trabajo y recursos para apoyar los ejercicios de tarea.

Características del proveedor

- Profesionales capacitados en las escuelas.

Capacidad del personal para identificar a los estudiantes elegibles

- Estrategias de reclutamiento basadas en referencias de los miembros del personal de la escuela.

Factores comunitarios

- Participar en una intervención en la escuela se consideraba menos estigmatizante que acceder a un tratamiento de salud mental convencional.

Rotación del personal

- La rotación del personal que recibió capacitación en la ejecución de intervenciones.
- Falta de disponibilidad para enviar nuevos miembros del personal a capacitación.
- Maestros que no habían recibido capacitación o materiales e impartían solo partes de la intervención.

Wakida et al.	Actitudes con respecto a la aceptabilidad, adecuación, y credibilidad ▪ Proveedores de atención primaria ven la enfermedad mental como cualquier otra enfermedad que podría tratarse con éxito. ▪ Apoyo para brindar atención dentro de un centro de salud mental. ▪ Uso de entrevistas motivacionales para ayudar a los pacientes a identificar un problema y opciones de tratamiento. ▪ La recomendación de que se realice un examen de salud mental con estricto apego a las normas de la práctica. ▪ Actitud más tolerante hacia los enfermos mentales para brindarles la mejor atención posible. ▪ Reconocimiento que el cuidado de pacientes con enfermedades mentales requiere habilidades específicas y tratamientos basados en evidencia. ▪ El tratamiento de la enfermedad mental en la comunidad mejoró la integración de los pacientes en la vida normal. ▪ Mayor acceso y disponibilidad de atención de salud mental. ▪ El apoyo de gastar más dinero de los impuestos en el cuidado y tratamiento de los enfermos mentales. Conocimientos y habilidades ▪ Competencia percibida en el cuidado de la salud mental. ▪ Conocimiento de los síntomas del trastorno mental. ▪ Formación previa en salud mental. Motivación para cambiar ▪ Los trabajadores de la salud en general podían recetar y administrar medicamentos psicotrópicos. ▪ Un mejor sistema de suministro de medicamentos psicotrópicos. ▪ La confianza de los clientes en los proveedores de atención primaria. ▪ La capacidad de comprender al paciente de una manera más holística. ▪ Conveniencia de la prestación del servicio. ▪ La voluntad de los proveedores de atención primaria de detectar problemas de salud mental. ▪ Apoyo y apropiación de la comunidad. Gerencia y/o liderazgo ▪ La colaboración del equipo con un sistema de registro adecuado que esté conectado con los servicios de atención primaria y salud mental. ▪ Mejorar la capacitación y contratación de trabajadores de la salud especializados y otros afines. ▪ El uso del modelo de atención escalonada (detección, intervenciones terapéuticas, referencias a niveles superiores de atención). ▪ La presencia de comunicación entre los distintos servicios. ▪ Oportunidades de educación para pacientes y proveedores para aumentar la conciencia y la detección de pacientes.
---------------	---

Esponda et al.	Características de la intervención ▪ Capacidad para adaptar las intervenciones a las necesidades locales. ▪ Las ventajas percibidas de utilizar la intervención. ▪ Los impactos positivos en los usuarios desencadenaron actitudes positivas de médicos, mejorando su compromiso. Entorno exterior ▪ Relacionados con el usuario del servicio incluyeron los beneficios percibidos de la intervención. ▪ Los usuarios de los servicios informaron que las intervenciones les ayudó a sentirse mejor, relajados o empoderados. Entorno interior ▪ Creencias compartidas sobre la necesidad de cambio de tareas facilitó el compromiso de los proveedores. ▪ Los climas de aprendizaje. ▪ Los profesionales de la salud informaron los esfuerzos para incentivar el desarrollo profesional. ▪ La supervisión continua y el apoyo profesional. Características de los individuos ▪ Los proveedores que informaron actitudes positivas hacia la intervención también motivaron al usuario del servicio en su compromiso. ▪ Atributos personales de los proveedores (respeto, discreción, cooperatividad y compromiso). Proceso ▪ La evaluación de la implementación del programa. ▪ La planificación, el desarrollo o la adaptación de materiales de formación, directrices o intervenciones ha demostrado mejorar la aceptabilidad cultural y la adecuación de las intervenciones. ▪ Evaluaciones preliminares para identificar los niveles de las necesidades de la comunidad.
Ritcher et al.	Características de intervención ▪ Programas adaptados al contenido de la capacitación del personal. ▪ Forma en que se llevó a cabo el tratamiento dentro del programa. ▪ Evaluación del cumplimiento del tratamiento. ▪ Adaptación del programa a las condiciones locales y al grupo objetivo desde el lenguaje utilizado. ▪ La adaptabilidad de los programas indicados en comparación con los programas universales o selectivos. ▪ Los servicios y las instalaciones del programa en función de las necesidades de los niños y jóvenes en la escuela. Entorno exterior ▪ Tener una red establecida con otras organizaciones. Factores internos ▪ Un departamento de administración de apoyo.

	▪ Objetivos claros y retroalimentación como parte del clima de implementación. ▪ Disponibilidad de recursos para la nueva iniciativa. Características de los individuos ▪ El conocimiento y la creencia de los actores en el programa aumenta la motivación del personal. Proceso ▪ Participación de las partes interesadas y los participantes en las intervenciones.
Bach et al.	▪ Participación del personal y los voluntarios. ▪ Cultura organizacional inclusiva. ▪ Liderazgo de apoyo. ▪ Capacidad organizativa . ▪ Intervención basada en evidencia coincide bien con la misión de organización del tercer sector. . ▪ Apoyo organizativo/priorización para intervención basada en evidencia. ▪ Planificación estratégica. ▪ Estabilidad organizativa. ▪ Flexibilidad interna de recursos. ▪ Motivación del personal para ofrecer intervención basada en evidencia. ▪ Capacidad de entrega. ▪ Experiencia del personal. ▪ Recibir capacitación en intervención. ▪ Formación continua. ▪ Fortaleza del comité de planificación. ▪ Experiencia del personal con la entrega de intervención basada en evidencia. ▪ Infraestructura y capacidad administrativa. ▪ Funciones claras del personal en la implementación de la intervención basada en evidencia. ▪ Responsabilidad. ▪ Eficacia percibida de intervención basada en evidencia. ▪ Evaluación continua de intervención basada en evidencia. ▪ Novedad de EF. ▪ Ventaja relativa de intervención basada en evidencia. ▪ Rentable. ▪ El uso de intervención basada en evidencia mejorará la práctica profesional. ▪ Adaptación. ▪ Flexibilidad en cuanto a la implementación de intervenciones. ▪ Coincidencia con la población objetivo.

- Colaboración/factores externos .
- Invitación a asociarse con otra organización para ofrecer EF.
- Trabajar con un socio con experiencia en la entrega de la intervención basada en evidencia.
- Trabajar con socios experimentados.
- Trabajar con socios con acceso constante a la población objetivo.
- Asociaciones (no especificadas).
- Apoyo político.
- Coordinación y comunicación con otras agencias.
- Soporte externo.
- Factores de clientes/comunidad.
- Uso de incentivos.
- Acceso a la población objetivo a través de los programas existentes.
- Experiencia trabajando con población.
- Capacidad para reclutar y retener clientes IDU.
- Participación del cliente en el establecimiento de objetivos y comentarios.
- Financiadores.
- Acceso y disponibilidad de la formación .
- Apoyo continuo en la entrega de la intervención basada en evidencia.
- Uso de intervención basada en evidencia reconocido por el financiador.
- Estabilidad de la financiación.
- Flexibilidad de priorización de recursos.
- Logística.
- Organización nacional establecida.
- Comunicación.
- Éxito de las pruebas de VIH.
- No. de médicos certificados/empleados al final de la subvención.
- No. de supervisores certificados/empleados al final de la subvención.
- No. de los jóvenes atendidos durante el período de subvención.
- Recursos.
- Disponibilidad de asistencia técnica.
- Apoyo financiero.
- Suministro de los recursos necesarios.
- Factores específicos de la intervención.
- Fácil de usar.
- Disponibilidad de manuales.

	La implementación es gratificante.
Le et al.	Características del cliente - Motivación y optimismo. - Participación con disposición y confianza establecen relaciones efectivas. Características del proveedor - Atributos personales (género, la edad o la educación, se alinean con los contextos locales). - La educación superior aumenta la aceptabilidad en la autoridad y el dominio percibido. - Preferencias por proveedores que fueran hombres adultos mayores, mientras que, en otros, se favoreció a las mujeres que dominaban el idioma local. - Habilidades y la autoeficacia del proveedor. - Las metas, la salud y las emociones de los proveedores; conocimientos, actitudes, creencias, conductas e intenciones de los proveedores. - El papel social y la identidad de los proveedores. - Vínculos de un proveedor con la comunidad o el estatus social. Familia y comunidad - Las relaciones de los proveedores con los miembros de la familia. - El apoyo de la comunidad permitió a los implementadores identificar e involucrar a clientes potenciales de manera segura, y garantizar la aceptabilidad de la intervención por parte de la comunidad. - Las colaboraciones entre los proveedores y la comunidad se basaron en la construcción de la confianza y el respeto mutuo enraizados en la comprensión de las normas socioculturales de la comunidad. Factores organizacionales - Colaboración con otras entidades o trabajadores de la salud. Características de la intervención - La fuente y la justificación de la intervención (solidez de la evidencia y calidad de la intervención; ventaja relativa de la intervención). - Capacitación, supervisión e integración de alta calidad (aumenta la confianza y la competencia del proveedor). - Participación y refuerzos (incorporación de familiares y miembros de la comunidad). - Adaptabilidad y capacidad de prueba (facilidad de adopción temporal para probar la idoneidad).

	▪ Papel de los proveedores de tareas compartidas (movilizadores comunitarios para la salud mental y enlazan a los usuarios y el resto del equipo de intervención). ▪ Aceptabilidad de la comunidad y la sostenibilidad de la intervención (creación de asociaciones con otras instalaciones, la participación de las familias de los usuarios, el reclutamiento de usuarios a través del alcance comunitario y el desarrollo de la conciencia comunitaria sobre los problemas de salud mental). ▪ Flexibilidad de horarios de los proveedores que comparten tareas. ▪ Tratamiento individualizado centrado en el cliente y orientado a la familia. ▪ El entorno comunitario (facilitó el acceso y mitigó las barreras potenciales, también aumentó la aceptación de la intervención, aumentó el compromiso, y fortaleció la relación entre los implementadores y la comunidad). ▪ El costo de la intervención cuando era gratuito o de bajo costo.
Powell et al.	▪ Aceptabilidad. ▪ Adecuación. ▪ El costo. ▪ La factibilidad. ▪ Empleo de estrategias de implementación para mejorar los resultados intermedios o clínicos. ▪ Empleo de estrategias pasivas (difusión de guías o manuales, líderes de opinión) en combinación con otras estrategias. ▪ Vincular las estrategias de implementación en los estudios incluidos a un marco conceptual de implementación. ▪ Intensidad o la dosificación de las estrategias de implementación.
Moore et al.	Soporte y priorización ▪ Los líderes escolares que priorizaron la intervención. ▪ El apoyo del liderazgo era crucial para los docentes en cuanto a garantizar que las actividades de la intervención continuarán en el horario escolar. ▪ Un liderazgo y una comunicación sólida en torno a la intervención (toma de decisiones claras con respecto a las intervenciones y comunican las prioridades al personal). Cultura escolar, valores y políticas ▪ Promoción de una cultura de apoyo por parte del equipo de liderazgo senior para mantener los programas. ▪ Voluntad general de probar cosas nuevas. ▪ Apoyo más pasivo desde el liderazgo también conduce a una mayor motivación y compromiso del personal. ▪ Considerar la intervención parte de la política escolar. Asignación de recursos ▪ Tener un líder de programa designado.

- Un coordinador del programa asignado por el liderazgo facilitó la ejecución del programa (promueve, alienta el uso sostenido y mantiene las relaciones).
- El rol de coordinador del programa funciona si el miembro del personal individual tiene suficiente tiempo asignado para cumplir con sus responsabilidades y permanecía en el mismo rol.
- Apoyo práctico de los líderes (programar la intervención en el cronograma, proporcionar salas para la ejecución de la intervención).
- Acceso a computadoras y recursos técnicos.
- Asignación de tiempo para la capacitación.

Compromiso del personal

- Esfuerzo individual para adaptarse y continuar con la ejecución de la intervención.
- Consulta entre pares para solucionar dificultades.
- Adaptación de los recursos de la intervención para involucrar a los estudiantes de manera más efectiva.
- Los maestros que no tenían tiempo en su semana para reuniones de asesoramiento para los alumnos incorporaron reuniones individuales en la clase.
- El trabajo entre maestro y el capacitador para hacer adaptaciones permite la continuación de la intervención.
- En intervenciones dirigidas el involucramiento de los docentes en el proceso y en asumir un papel activo en la identificación y derivación de los estudiantes.
- El personal de la escuela disfruta de la entrega de las intervenciones, cuando las clases y las sesiones eran divertidas de enseñar y, en algunos casos, representaban un cambio agradable con respecto a las lecciones normales.
- Los miembros individuales del personal permiten que los alumnos pasaran tiempo fuera de clase para recibir las intervenciones y, en algunos casos, incluso acompañaron al niño a su sesión de intervención.

Participación de los alumnos y padres

- La participación de los alumnos.
- La participación de los padres para completar los cuestionarios y trabajar con la escuela.

Características de la intervención

- Aceptabilidad de las intervenciones para el personal.
- Los materiales del programa que eran más aceptables y menos difíciles de implementar.
- La practicidad y facilidad de uso de cada intervención.

Calidad de materiales y capacitación

- Las sesiones y recursos preparadas profesionalmente.

	▪ Suficiente capacitación en la entrega de intervenciones. ▪ Satisfacer las necesidades y adaptarse a la escuela. Recursos ▪ Si las actividades podían integrarse fácilmente en la oferta habitual de la escuela o en las funciones específicas de un miembro del personal. Apoyo externo ▪ Apoyo a nivel de distrito. ▪ La infraestructura, la coordinación y el liderazgo del distrito. ▪ Respaldo político para la prevención.
LU et al.	Factores relacionados con los adolescentes ▪ Uso de los servicios de salud mental relacionado con el estado de diagnóstico/gravedad de los síntomas de los jóvenes pertenecientes a minorías. ▪ Jóvenes con un diagnóstico de un problema de salud mental y/o discapacidad grave tienen más probabilidades de utilizar los servicios que aquellos que no mostraban síntomas. ▪ Tipos de trastornos. ▪ Ser mujer, ser hombres o tener tendencias suicidas aumenta aún más la probabilidad de que los adolescentes usaran los servicios. ▪ Los adolescentes mayores de edad de minorías eran más propensos a utilizar los servicios de salud mental. ▪ Activos internos, como la autoeficacia, la empatía, la autoconciencia y las metas y aspiraciones. ▪ Tener una mala salud autoevaluada y estar en hogares de guarda. Factores relacionados con los padres/familia ▪ Las percepciones y creencias de los padres. ▪ La concordancia entre padres y jóvenes sobre la necesidad percibida. ▪ La preocupación de los padres sobre el comportamiento, el estado emocional o la capacidad de aprendizaje del niño. ▪ Las creencias de los padres sobre causas físicas, problemas relacionales y traumas. ▪ Factores estresantes familiares o las tensiones de los padres. ▪ Percepciones de los padres sobre situaciones cotidianas que pueden actuar como factores estresantes para ellos. ▪ Las condiciones de salud de los padres. ▪ Adolescentes con el cuidado de la familia extensa. Factores relacionados con el proveedor de servicios terapéuticos

	▪ La coincidencia étnica entre el paciente y el médico. ▪ Los jóvenes de minorías son más propensos a utilizar los servicios cuando sus profesionales son del mismo grupo racial/étnico. ▪ La participación previa en la intervención o la recepción de servicios de salud mental/hospitalización. ▪ Los atributos terapéuticos se anotaron además como indicadores del uso del servicio. ▪ La relación con los proveedores. ▪ Relaciones positivas con los profesionales de la salud escolar. ▪ La aprobación conjunta de los terapeutas de jóvenes de las creencias etiológicas. ▪ La derivación profesional. Factores contextuales/estructurales ▪ Tener seguro, independientemente de los tipos específicos (seguro público o privado). ▪ Sin seguro tienen más probabilidades de utilizar los servicios de emergencia. ▪ Ingresos familiares más altos. ▪ Adolescentes de hogares de bajos ingresos y aquellos con un padre desempleado tenían más probabilidades de usar servicios de salud mental basados en la escuela. ▪ Peor estatus socioeconómico subjetivo como un predictor positivo entre los jóvenes afroamericanos y negros caribeños. ▪ Vivir en hogares monoparentales aumentó significativamente la probabilidad de que los adolescentes pertenecientes a minorías usaran los servicios. ▪ Vivir en un entorno urbano y contar con recursos habilitadores como horario familiar/laboral, disponibilidad de cuidado infantil, transporte. Factores sociales/culturales ▪ Adolescentes pertenecientes a minorías con dificultades o experiencias negativas en la escuela (discriminación racial por parte de los adultos y compañeros de la escuela, un bajo sentido de agencia en la escuela o ser expulsados o suspendidos). ▪ Adolescentes apoyados socialmente. ▪ La recomendación de los maestros sobre el papel importante en la promoción del uso de los servicios. ▪ Padres con afrontamiento espiritual o religioso moderado tenían más probabilidades de haber utilizado los servicios de salud mental.
Mohammadi et al.	Aprendizaje interactivo y métodos de enseñanza ▪ Se proporcionaron a los adolescentes de forma individual (danza, yoga, la narración de cuentos, los juegos de roles). Proporcionar contenido educativo diverso y estimulante

	- Intervenciones con contenidos educativos (papel, multimedia y dramatizados). Emplear entrenadores con diferentes antecedentes - Formadores profesores, entrenadores y personal escolar, profesionales de la salud y salud mental, estudiantes, actores de teatro profesionales y otros formadores voluntarios. Tener contacto directo con personas con enfermedades mentales - La contribución de personas que habían experimentado problemas mentales. Utilizar los avances tecnológicos en la educación - Uso de internet y las redes sociales en las intervenciones. (diseñar un sitio web o una comunidad en línea, realizar una búsqueda en Internet para recuperar la información relacionada y usar terapia cognitiva conductual en línea basada en juegos).
aguirre et al.	Alfabetización Atención previa Acceso Compromiso

7. Tabla. Asociación de las temáticas sobre facilitadores de la implementación

[illegible]

8. Tabla. Descripción de los dominios facilitadores de la implementación en salud mental escolar

Dominios	Descripción
Características de la intervención	▪ Aceptabilidad: Necesidades y preferencias de los participantes. Capacitación del personal. Sostenibilidad y entorno comunitario. Materiales del programa. ▪ Formato en grupo. ▪ Ventajas percibidas. ▪ Impacto positivo. ▪ Evaluación del cumplimiento del tratamiento. ▪ Lenguaje empleado. ▪ Servicios e instalaciones. ▪ Tipo de programa (indicado, universales o selectivos). ▪ Justificación de la intervención. ▪ Capacitación. ▪ Supervisión. ▪ Integración. ▪ Participación (Familia y comunidad). ▪ Flexibilidad de los proveedores. ▪ Tratamiento centrado en el cliente y orientado a la familia. ▪ Costo. ▪ Practicidad y facilidad del uso de la intervención.

Factores organizacionales	▪ Relaciones positivas entre participantes y personal de la intervención. ▪ Comunicación efectiva desde el personal externo hacia el de la escuela. ▪ Contribución que va más allá de la intervención. ▪ Aceptación del personal docente. ▪ Red y colaboración con otras entidades. ▪ Administración de apoyo. ▪ Claridad en los objetivos y retroalimentación para el clima de la implementación. ▪ Disponibilidad de recursos para la nueva iniciativa. ▪ Tener un coordinador de programa. ▪ Apoyo práctico. ▪ Acceso a computadores y recursos técnicos. ▪ Asignación de tiempo. ▪ Integración de las actividades. ▪ Cultura organizacional inclusiva. ▪ Planificación estratégica. ▪ Estabilidad organizativa. ▪ Flexibilidad interna de recursos. ▪ Estabilidad de la financiación.
Gerencia y/o liderazgo	▪ Promoción de una cultura de apoyo en el nivel apropiado. ▪ Participación de los líderes. ▪ Colaboración y comunicación del equipo con otros servicios de APS y salud mental. ▪ Empleo del modelo de atención escalonada. ▪ Generar oportunidades de educación para pacientes y proveedores. ▪ Comunicación sólida en torno a la intervención. ▪ Considerar la intervención parte de la política escolar. ▪ Voluntad para aprobar lo novedoso.
Ambiente escolar	▪ Entorno amplio. ▪ Creencias compartidas. ▪ Climas de aprendizaje. ▪ Incentivo del desarrollo profesional. ▪ Supervisión continua. ▪ Apoyo profesional.
Capacitación, conocimiento y materiales	▪ Competencia percibida en el cuidado. ▪ Conocimiento de los síntomas del trastorno mental. ▪ Formación previa en salud mental.

	▪ Estrategias de reclutamiento. ▪ Provisión de un manual de intervención claro y fácil de seguir. ▪ Calidad de materiales. ▪ Sesiones y recursos preparadas profesionalmente. ▪ Satisfacer las necesidades y adaptarse a la escuela. ▪ Apoyo más informal. ▪ Uso de internet y las redes sociales en las intervenciones. ▪ Contenido educativo diverso y estimulante.
Características de los individuos	a) Cliente ▪ Motivación y optimismo. ▪ Participación con disposición y confianza. ▪ Conveniencia de la prestación. b) Proveedores ▪ Profesionales hábiles, capacitados y auto eficaces. ▪ Actitudes positivas hacia la intervención. ▪ Atributos personales (respeto, discreción, cooperatividad, compromiso, tolerancia, género, edad y educación). ▪ El conocimiento y la creencia de los actores en el programa aumenta la motivación. ▪ Dominio del idioma local. ▪ Las metas, la salud y las emociones. ▪ Papel social e identidad. ▪ Vínculos con la comunidad. ▪ Suministro de medicamentos. ▪ Comprensión holística del paciente. ▪ Voluntad para detectar problemas. ▪ Percepción de éxito sobre el tratamiento de la enfermedad mental. ▪ Apoyo para brindar atención. ▪ Uso de entrevistas motivacionales para identificar problemas y tratamientos. ▪ Recomendar la realización de un examen de salud mental. ▪ Reconocer el cuidado en base a habilidades específicas y tratamientos basados en evidencia. ▪ Coincidencia étnica entre paciente y médico. ▪ La derivación profesional.
Factores comunitarios	▪ Participación dentro de la escuela es menos estigmatizante. ▪ Relaciones entre proveedores y familia. ▪ Apoyo de la comunidad para identificar e involucrar a los clientes.

	▪ Colaboración entre proveedores y comunidad desde la confianza, respeto y comprensión de las normas socioculturales. ▪ Participación de los estudiantes y padres.
Proceso	▪ Evaluación de la implementación. ▪ Planificación, desarrollo o adaptación de materiales de formación, directrices o intervenciones. ▪ Evaluaciones preliminares para identificar las necesidades de la comunidad.

9. Tabla. MODELO DE ESTUDIO PARA LOS FACTORES FACILITADORES DE LA IMPLEMENTACIÓN EN SALUD MENTAL ESCOLAR

N	FACTORES	GEE ET AL.	WAKIDA ET AL.	ESPONDA ET AL.	RITCHER ET AL.	LE ET AL.	MOORE ET AL.	MOHAMMANDI ET AL.	LU ET AL.	AGUIRRE ET AL.
M A C R O	Contexto sociopolítico				Entorno exterior	Factores organizacionales	Apoyo externo			
	Organización	Ambiente escolar					Soporte y priorización	Proporcionar contenido		Acceso Alfabetización

E S C O L A R							Cultura escolar, valores y políticas	educativo diverso y estimulante Utilizar los avances tecnológicos en la educación		Atención previa
I N D I V I D U A L	Participantes Interacciones de los diversos actores con los programas	Características de la intervención Factores comunitarios	Actitudes con respecto a la aceptabilidad, adecuación, y credibilidad Conocimientos y habilidades Motivación para cambiar Características de la intervención	Entorno exterior Entorno interior Características de los individuos	Características de los individuos Proceso	Características del cliente Familia y comunidad	Compromiso del personal Participación de los alumnos y padres Características de la intervención	Aprendizaje interactivo y métodos de enseñanza Tener contacto directo con personas con enfermedades mentales	Factores relacionados con los adolescentes Factores relacionados con los padres/familia Factores contextuales/estructurales Factores sociales/estructurales	Compromiso
S O P O R T E	Aspectos y características administrativas Competencias Liderazgo	Practicidad Capacidad organizativa Apoyo de la dirección escolar Capacitación y asistencia técnica Idoneidad del manual de intervención y otros materiales Características del proveedor Capacidad del personal para identificar a los estudiantes Rotación del personal	Motivación para cambiar Gerencia y/o liderazgo Características de la intervención	Entorno interior Características de los individuos Proceso	Características de intervención Factores internos	Características del proveedor Características de la intervención	Asignación de recursos Características de la intervención Calidad de materiales y capacitación Recursos	Emplear entrenadores con diferentes antecedentes		

10. Conclusión

Los adolescentes pasan la mayor parte de su vida diaria en la escuela, por lo cual, suelen ser uno de los primeros lugares donde se reconocen y abordan las necesidades de salud mental (Lu et al., 2021). A pesar de que la escuela parece ser el escenario ideal para implementar intervenciones, es transcendental considerar a los adolescentes fuera del sistema escolar debido a los problemas psicosociales y de salud mental existentes (Aguirre et al., 2020). La investigación sugiere que entre el 40 y el 55 % de los adolescentes identifican a la familia como la principal influencia en la búsqueda de ayuda para su salud mental (Lu et al., 2021). Por su parte, la adopción de leyes y políticas efectivas y, la coordinación de las organizaciones públicas y privadas son indispensables para la implementación de programas o intervenciones (Mohammandi et al., 2020). Y a su vez, la colaboración intersectorial y las intervenciones psicosociales fuera de los entornos clínicos son necesarios para satisfacer las necesidades de salud mental (Esponda et al., 2019).

Las barreras y los facilitadores se ubican como factores claves que conducen los resultados de la implementación (Le et al., 2020). De modo que, existe una clara necesidad de realizar una investigación más rigurosa sobre la efectividad de las estrategias de implementación (Powel et al., 2014). En ese sentido, los involucrados en la implementación de intervenciones de salud mental en las escuelas deben asegurarse de seleccionar las intervenciones adecuadas, considerar los desafíos logísticos, brindar capacitación y supervisión de alta calidad y, considerar el apoyo estructural y ambiental requerido para que una implementación sea exitosa y pueda garantizar la maximización de los beneficios potenciales (Gee et al., 2020).

La mayoría de las barreras y facilitadores para las intervenciones de salud mental se encuentran a nivel escolar (Moore et al., 2022). En cuanto a, los factores destacados que afectan la implementación es posible mencionar la escasez de recursos humanos calificados, las limitaciones de recursos, el conocimiento percibido y creencias entre los proveedores acerca de la intervención, en particular la resistencia a las intervenciones propuestas y la alta complejidad de la intervención (Esponda et al., 2019). Además, el estigma y las creencias negativas sobre los servicios de salud mental aparecen como las barreras más importantes para la búsqueda de ayuda para los adolescentes (Aguirre et al., 2020). Por otra parte, los problemas de crianza y el estrés de los padres pueden influir en el uso de los servicios por parte de los adolescentes pertenecientes a minorías (Lu et al., 2021).

Respecto de los factores destacados que influyen en la implementación es posible mencionar las actitudes respecto a la aceptabilidad, adecuación y credibilidad del programa; conocimientos y habilidades; motivación para el cambio; manejo y liderazgo; y recursos financieros (Wakida et al., 2018). Además, la disponibilidad de recursos identificados y la calidad y naturaleza de las redes y estructuras de comunicación, y las ventajas percibidas de las intervenciones (Esponda et al., 2019). También, las experiencias positivas previas con los servicios y la buena alfabetización en salud mental (Aguirre et al., 2020).

Se discutieron de manera más frecuente las características de los usuarios del servicio, el papel clave de las capacidades, las habilidades personales y de comunicación positiva, el compromiso con los gobiernos y la comunidad (Esponda et al., 2019). Y pareciese ser que los factores de implementación específicos parecen ser más importantes en la implementación (Ritcher et al., 2022). Por otra parte, la falta del proveedor del conocimiento y las creencias negativas acerca de la intervención para la adopción de intervenciones y las necesidades (Esponda et al., 2019). También se considera que los adolescentes con trastornos mentales generalmente no buscan servicios de salud mental por sí mismos (Lu et al., 2021). Además, las preocupaciones siempre apremiantes en torno a la logística, el tiempo limitado y la capacidad en las escuelas sugieren que se requiere más de los líderes y formuladores de políticas para que las intervenciones de salud mental y bienestar se mantengan con éxito (Moore et al., 2012). Por último, la disponibilidad de recursos y el acceso a la formación y, la supervisión se consideró necesarios para permitir la adopción de programas para trastornos mentales comunes (Esponda et al., 2019).

La práctica futura sugiere que las partes interesadas en la implementación tienen que considerar los desafíos y barreras específicas de su contexto, adaptando las estrategias para su abordaje. Además de priorizar la integración de modelos conceptuales y teorías en la conceptualización y el diseño de la investigación con el requisito de que sean aceptables, factibles y rentables al mundo real (Powel et al., 2014). Los resultados subrayan la necesidad de un mayor enfoque en áreas geográficas poco investigadas como América Latina (Le et al., 2020). Además, se recomienda identificar las barreras específicas del contexto para desarrollar intervenciones relevantes (Wakida et al., 2018). Los resultados apuntan a la necesidad de soluciones inmediatas para abordar las deficiencias materiales en el sistema de salud mental, además de soluciones más complejas que mitiguen los efectos perjudiciales del estigma de la salud mental y explorar las normas socioculturales en el contexto de tratamiento (Le et al., 2020). También es fundamental involucrar y comprometerse con las partes interesadas para discutir cómo el proceso de puesta en marcha puede identificar mejor a las organizaciones no gubernamentales capaces para ofrecer el apoyo de implementación necesario (Bach et al., 2018). Por otra parte, todavía se necesita más investigación específica del entorno para investigar los factores que influyen en el uso de los servicios por parte de los adolescentes de minorías en múltiples entornos (Lu et al., 2021). También se necesita investigación de alta calidad sobre la sostenibilidad de las intervenciones de salud mental y bienestar emocional en las escuelas (Moore et al., 2022). Pues es esencial para comprender a medida que el intercambio de tareas continúa proliferando y se integra en los sistemas de salud mental a nivel mundial (Le et al., 2020). Finalmente, la falta de un liderazgo fuerte es un desafío transcendental (Esponda et al., 2019).

11. Referencias

- Aguirre, A., Cruz, I., Billings, J., Jiménez, M. & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. Una revisión sistemática. *BMC Psiquiatría*, 20(293), 2-22. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>
- Bach-Mortensen, A., Lange, B. & Montgomery, P. (2018). Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: a systematic review. *Implementation Science*, 13(103), 2-19. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0789-7>

- Esponda, G., Hartman, S., Qureshi, O., Sadler, E., Cohen, A. & Kakuma, R. (2019). Barriers and facilitators for the implementation of mental health programmes in primary care in low- and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Psychiatry*, 7(1), 78-92. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30125-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30125-7)
- Gee, B., Wilson, J., Clarke, T., Farthing, S., Carrol, B., Jackson, C., Kahfee, J., Murdoch, J., Fonagy, P. & Notley, C. (2021). Review-Delivering mental health support within schools and colleges - a thematic synthesis of barriers and facilitators to implementation of indicated psychological interventions for adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 34–46. <https://doi.org/10.1111/camh.12381>
- Le, P., Eschliman, E., Grivel, M., Tang, J., Cho, Young., Yang, X., Tay, C., Li, T., Bass, J., & Yang, L. (2022). Barriers and facilitators to implementation of evidence-based task-sharing mental health interventions in low- and middle- income countries: a systematic review using implementation science frameworks. *Implementation Science*, 17(4),1-25. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01179-z>
- Lu, W., Todhunter-Reid, A., Mitsdarffer, M., Muñoz-Laboy, M., Sungmin, A. & Xu, L. Barriers and Facilitators for Mental Health Service Use Among Racial/Ethnic Minority Adolescents; A Systematic Review of Literature. *Frontiers in Public Health*, 6, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.641605>
- Mohammandi, A., Panahi, S., Sayarifard, A. & Ashourl, A. (2020). Identifying the prerequisites, facilitators, and barriers in improving adolescents' mental health literacy interventions: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(322), 1-6. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_623_20
- Moore, A., Grapley, E., Hayes, D., Pueblo, R. & Deighton J. (2022). Barriers and Facilitators to Sustaining School-Based Mental Health and Wellbeing Interventions: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(6), 1-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063587>
- Powell, B., Proctor, E., & Glass, J. (2014). A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. *Research on Social Work Practice*, 24(2), 192–212. <https://doi.org/10.1177/1049731513505778>
- Richter, A., Sjunnestrand, M., Strandh, M. & Hasson, H. (2022). Implementing School-Based Mental Health Services: A Scoping Review of the Literature Summarizing the Factors That Affect Implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1-30. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063489>
- Wakida, E., Zohray M., Talib, D., Okello E., Kinengyere, A., Mindra, A. & Obúa, C. (2018). Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary healthcare: a systematic review. *BMC Systematic Reviews*, 7(211), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0882-7>