



Integración de las intervenciones en materia de salud mental y VIH



Consideraciones principales

Índice

- 3 Definiciones y términos clave**
- 5 Introducción**
- 6** Finalidad de la presente publicación
- 7** Principios fundamentales
- 8** Determinantes sociales de la salud, el bienestar y el riesgo
- 13** Estigma y discriminación
- 14** Integración de las intervenciones y los servicios
- 17 Conjunto continuo de servicios relacionados con el VIH**
- 17** Prevención del VIH
- 19** Vinculación al proceso asistencial del VIH e inicio del tratamiento
- 20** Adhesión al tratamiento del VIH y continuidad en él
- 26 Integración de las intervenciones relacionadas con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en las respuestas al VIH**
- 26** Promoción de la salud mental
- 28** Prevención
- 31** Intervenciones y servicios de respuesta a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias
- 39 Consideraciones sobre los servicios integrados para el VIH y los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias**
- 39** Modelos de servicios integrados
- 41** Integración por nivel de recursos
- 44** Programas, sistemas y prestación de servicios integrados
- 50** División de tareas en la prestación de servicios integrados relacionados con el VIH y con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias
- 52** Instrumentos digitales relacionados con el VIH y la salud mental
- 53** Consideraciones sobre el seguimiento y la evaluación de los modelos de prestación de servicios y atención integrados

55 Carencias de la investigación

57 Anexos

57 Anexo 1. Recursos destacados que respaldan la integración de la atención y el tratamiento del VIH y de la salud mental y el consumo de sustancias

60 Anexo 2. Directrices, guías de intervención y otros recursos destacados relativos a la prevención y el tratamiento del VIH y de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

64 Anexo 3. Entrevistas clínicas estructuradas, cribado y atención basada en mediciones

66 Anexo 4. Ejemplos de recursos de atención integrada

70 Anexo 5. Reducción del estigma para las personas que viven con el VIH y las personas que padecen trastornos mentales

72 Referencias

Definiciones y términos clave

Servicios integrados

Servicios sanitarios gestionados y prestados de tal manera que las personas reciban un conjunto continuo de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, coordinados entre los distintos niveles y centros de prestación de servicios en el sector sanitario y en otros sectores, y teniendo en función de sus necesidades a lo largo del ciclo vital. Las personas pueden recibir la totalidad o algunos de los elementos de un servicio incorporado al funcionamiento habitual de otro servicio (1, 2).

Grupos de población clave

Grupos de personas que tienen más probabilidades de estar expuestas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de transmitirlo, y cuya implicación es fundamental para el éxito de la respuesta al VIH. Con frecuencia, estos grupos de población tienen problemas jurídicos y sociales relacionados con su identidad, su ubicación y su comportamiento que aumentan su vulnerabilidad al VIH. En todos los países, los grupos de población clave abarcan a las personas que viven con el VIH. En la mayoría de los entornos, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas y los trabajadores sexuales y sus clientes corren un mayor riesgo de exposición al VIH que otros grupos. Las personas que se encuentran en centros penitenciarios y otros entornos cerrados también son especialmente vulnerables al VIH. Cada país debería determinar los grupos de población específicos que son centrales en su epidemia y la respuesta a ella, teniendo en cuenta el contexto epidemiológico local (3-5).

Vinculación a los servicios de salud y a los servicios relacionados con el VIH

Medidas y actividades que fomentan el acceso a los servicios de salud o a los servicios específicos relacionados con el VIH en los centros sanitarios de las comunidades o en otros entornos no sanitarios mediante el fomento de relaciones de colaboración entre los entornos sanitarios, comunitarios y no sanitarios, como, por ejemplo, los servicios de educación, de justicia, jurídicos, de inmigración y sociales (6).

Vinculación al proceso asistencial frente al VIH

Medidas y actividades que apoyan el acceso a los servicios de tratamiento y atención del VIH dirigidos a las personas que viven con el virus. Se refiere principalmente a la entrada en los servicios de atención especializada del VIH tras el diagnóstico, es decir, el tiempo que transcurre entre que se diagnostica el virus y la fecha de la primera visita al dispensario, la fecha del primer recuento de CD4 o de la carga vírica, o la fecha de inicio del tratamiento del VIH, teniendo en cuenta que una vinculación y una retención rápidas son las que tienen lugar en un plazo de pocos meses (7).

Estado de salud mental

Proceso continuo que se extiende desde el bienestar y la ausencia de malestar hasta los síndromes definidos que pueden llevar a las personas a buscar servicios y atención, pasando por el malestar leve y los primeros signos de trastorno. En el presente documento,

los trastornos mentales abarcan el amplio abanico de experiencias relacionadas con problemas de salud mental que pueden implicar, o no necesariamente, un síndrome clínico diagnosticado (8).

Trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

Conjunto de síntomas o comportamientos clínicamente reconocibles que, en la mayoría de los casos, se asocian con malestar y con interferencias en las funciones personales. Por lo general, los trastornos mentales se caracterizan por una combinación de pensamientos, percepciones, emociones, comportamientos o relaciones con otras personas de carácter anómalo. Los trastornos por consumo de sustancias abarcan la dependencia o el consumo nocivo de drogas o alcohol, y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y los trastornos de salud, como las infecciones de transmisión sanguínea y las sobredosis. Utilizamos estos términos para referirnos a los síndromes y los trastornos clínicos a los que se dirige la intervención, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades. La agrupación de estos términos en el presente documento no implica que dichos trastornos sean necesariamente concurrentes o que uno sea causa de otro; por ejemplo, las personas que consumen drogas no siempre presentan trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias.

Personas que consumen drogas

Utilizamos este término para recordar a los lectores que no hay que confundir el consumo de drogas con la drogodependencia. Las personas pueden consumir drogas sin que haya problemas de salud, por placer o para controlar los síntomas de trastornos mentales. El acceso a los servicios y la atención en materia de salud mental y a las ayudas comunitarias puede revestir ser especial importancia para algunas personas que consumen drogas. Por tanto, hay que eliminar los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios, la atención y el apoyo.

Grupos de población vulnerables

Grupos de personas que son especialmente vulnerables al VIH en determinadas situaciones o contextos, como los adolescentes y los jóvenes, los huérfanos, los niños de la calle, las personas con discapacidad y los trabajadores migrantes y móviles. Estos grupos de población no se ven afectados por el VIH de manera uniforme en todos los países y epidemias. Aunque el presente documento no haga referencia de manera específica a todos los grupos de población vulnerables, gran parte de las orientaciones pueden aplicarse a ellos. Existen recursos específicos adicionales para la salud mental de los adolescentes (9).

Introducción

A medida que se intensifican las iniciativas encaminadas a acabar con la epidemia de sida, las comunidades de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que corren el riesgo de contraerlo o que se ven afectadas por él, así como las comunidades médica, investigadora y de activistas, exigen cada vez más que se apoye la salud mental y el bienestar en el contexto de la prevención, el tratamiento y la atención del VIH (10, 11). Para ello es preciso adoptar un enfoque holístico de los servicios relacionados con el VIH centrados en las personas que garantice que la prevención, el tratamiento y la atención del VIH atiendan las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias en toda su diversidad.

Dichos servicios también deben responder a las necesidades de las personas que experimentan un malestar leve o moderado y de las personas que viven con el VIH que tratan de mantener su bienestar y mejorar su calidad de vida.

Las intervenciones integradas específicas en función de cada contexto constituyen una prioridad para que puedan proporcionarse servicios y atención de calidad a las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él, a las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias, a los grupos de población clave y a otros grupos vulnerables.

La movilización en favor de la integración se basa en más de 20 años de investigación que demuestran que los trastornos mentales son frecuentes entre las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él, a menudo con tasas más altas que en la población general (12-23).

Según una revisión de la bibliografía, se estima que la prevalencia de la depresión en las encuestas realizadas a personas que viven con el VIH en África Subsahariana se sitúa en el 24 %, frente a menos del 3 % en el caso de la población general (18, 23). Un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos de América observó una prevalencia del 48 % (con una variación entre centros del 21 % al 71 %) en el caso de los trastornos por consumo de sustancias entre las personas que viven con el VIH vinculadas a tratamiento y atención (22). En los adolescentes que viven con el VIH la prevalencia de trastornos mentales (por ejemplo, depresión y ansiedad) es, por lo general, mayor que en los adolescentes VIH-negativos (24).

Las personas que viven con el VIH son considerablemente más propensas a tener pensamientos suicidas y a morir por suicidio que la población general (25-27). Una revisión sistémica y un metaanálisis constataron que las personas que viven con el VIH tienen una tasa de mortalidad por suicidio 100 veces superior a la de la población general (27). Los grupos de población clave se ven a menudo afectados por el estigma y la discriminación y por la marginación social, que, junto con la vulnerabilidad al VIH y las violaciones de los derechos, dan lugar a tasas elevadas de malestar emocional y a trastornos mentales (28-30).

Los estudios y las encuestas han demostrado que los adolescentes y los jóvenes que son personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) experimentan altas tasas de trastornos mentales y presentan un riesgo de suicidio desproporcionadamente mayor que otros adolescentes y jóvenes (31, 32).

A medida que aumenta el acceso al tratamiento del VIH que puede salvar la vida, se ha incrementado la proporción de personas que viven con el VIH de 50 años de edad o más, que ha pasado del 8 % en 2000 al 16 % en 2016 y al 21 % en 2020 (33, 34). Las personas mayores y de edad avanzada que viven con el VIH son más propensas a sufrir trastornos mentales (por ejemplo, debido al aislamiento social) y una disminución del rendimiento neurocognitivo, y tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles, entre ellas la depresión. Se calcula que el 13 % de las personas adultas que viven con el VIH sufren una depresión grave (35).

Los trastornos mentales aumentan el riesgo de infección por el VIH, y las personas que viven con el VIH tienen un mayor riesgo de padecer trastornos mentales (36). Los trastornos mentales se asocian con una menor adhesión al tratamiento del VIH, un aumento de los comportamientos de riesgo y una menor implicación en la prevención del VIH (37, 38).

Aunque está cada vez más demostrado que existen tratamientos eficaces para los trastornos mentales comunes, como la depresión y la ansiedad, y para los trastornos por consumo de sustancias en las personas que viven con el VIH, y que estos tratamientos pueden implantarse en los países de ingreso bajo y mediano, el tratamiento y la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias no suelen estar integrados en los paquetes de servicios y atención fundamentales (36, 39), entre ellos el VIH. Los servicios de reducción de daños destinados a las personas que consumen drogas también carecen de un alcance y un grado de integración adecuados (40).

La integración de la salud mental y el apoyo psicosocial con los servicios e intervenciones relacionados con el VIH, incluidos los dirigidos por las comunidades, constituye una de las medidas prioritarias clave de la Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026 (3). Se pone, así, de manifiesto la necesidad de una integración centrada en las personas y adaptada al contexto en lo que respecta a los servicios para el VIH, la salud mental, el apoyo psicosocial y otros servicios prestados a lo largo del ciclo vital, con especial atención a las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave. Esta consideración debe tenerse plenamente en cuenta en las estrategias sanitarias, sociales y económicas, los planes y presupuestos de recuperación y las actividades de apoyo a la comunidad que lleven a cabo los Gobiernos y los asociados.

Los objetivos mundiales sobre el VIH para 2025 fijados en la Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026 (3) y la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida (4) abarcan objetivos específicos relativos a la integración del VIH y la salud mental (41). La Estrategia Mundial contra el Sida hace un llamamiento para que, de aquí a 2025, el 90 % de las personas que viven con el VIH y las personas en riesgo (por ejemplo, los gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas) estén vinculadas a servicios integrados centrados en las personas y adaptados al contexto disponibles para otras enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, violencia sexual y de género, salud mental y otros servicios que necesiten para su salud y bienestar general.

La pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) sigue teniendo graves repercusiones a nivel mundial en la salud física y mental, consistentes, entre otras cosas, en un elevado grado de malestar, ansiedad, depresión e insomnio y un aumento de los niveles de consumo de alcohol y drogas, y los países han informado de perturbaciones en los servicios de atención para los trastornos mentales, por consumo de sustancias y relacionados con el VIH (42-46).

Las desigualdades entre los países y dentro de ellos, la violencia, el estigma y la discriminación crean obstáculos suplementarios que impiden acabar con las pandemias de COVID-19 y de sida y mejorar la salud mental (37). La Asamblea Mundial de la Salud de 2021 pidió que se fomentara la integración de la salud mental en la preparación y las respuestas frente a las emergencias de salud pública. La Asamblea Mundial de la Salud también instó a los Estados Miembros a que desarrollaran y fortalecieran los servicios integrales de salud mental y el apoyo psicosocial en el marco de la cobertura sanitaria universal (47).

La pandemia de sida no podrá terminar si no se atiende la salud mental de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él mediante la adopción de enfoques integrados y de medidas que garanticen la cobertura sanitaria universal. Además, este planteamiento es rentable: cada dólar invertido en el tratamiento de la depresión y la ansiedad supone un retorno de cuatro dólares gracias a la mejora de los resultados sanitarios (48). Invertir en salud mental y apoyo psicosocial y garantizar la integración de las intervenciones en materia de salud mental y VIH es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal, favorecer la equidad sanitaria y acabar con la epidemia de sida.

Finalidad de la presente publicación

La presente publicación pone de relieve la importancia de integrar la prevención, la detección, el tratamiento y la atención del VIH con los servicios y la atención en materia de salud

mental para las personas que viven con el VIH, los grupos de población clave y otros grupos vulnerables, en particular la vinculación a los servicios de protección social. Ofrece una recopilación de herramientas, prácticas idóneas y directrices que facilitan la integración de las intervenciones y los servicios con el fin de dar respuesta a las cuestiones interrelacionadas de la salud mental y el VIH. Aunque se centra de manera especial en la integración de la salud mental con los servicios relacionados con el VIH, las consideraciones pueden ser de interés para otros servicios, como los relacionados con las comorbilidades del VIH, como la tuberculosis, la hepatitis vírica y las infecciones de transmisión sexual.

La presente publicación se dirige principalmente a las instancias normativas nacionales y locales; a los ejecutores de programas mundiales, regionales, nacionales y locales; a las organizaciones que trabajan en el ámbito de la salud, el VIH, la salud mental y otros servicios pertinentes; a la sociedad civil; y a las organizaciones y activistas de base comunitaria y dirigidos por la comunidad. La publicación recoge las directrices, recomendaciones e instrumentos vigentes sobre el VIH y la salud mental, el apoyo psicosocial y la prestación de otros servicios y remite a dichas referencias, que abarcan la *Guía de intervención mhGAP* (sigla inglesa correspondiente a Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental) (49) y el manual de operaciones mhGAP (50), elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS); las directrices e instrumentos elaborados por la OMS, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y otros organismos en relación con el consumo de sustancias (51-59); y las directrices, instrumentos y recursos consolidados de la OMS sobre las pruebas, la prevención, el tratamiento y la atención del VIH (5, 7, 60-64).

A lo largo del texto se citan recursos suplementarios, que se enumeran en los anexos y abarcan, entre otros, estudios de casos sobre servicios y atención integrados.

Principios fundamentales

Los planteamientos que se presentan en esta publicación se basan en los siguientes principios:

Los **servicios de salud integrados** se gestionan y se prestan de forma que las personas reciban todos los aspectos o algunos elementos de un servicio incorporado al funcionamiento habitual de otro servicio. Dichos servicios ayudan a responder a las necesidades individuales de una persona, a abordar la fragmentación de los sistemas de salud y a fomentar una mayor coordinación y colaboración entre los proveedores de servicios en todos los niveles y entornos en que se prestan (5).

Figura 1.
Principios fundamentales



Los **servicios y la atención centrados en las personas** adoptan las perspectivas de las personas, las familias y las comunidades, y las consideran tanto participantes como beneficiarias de unos servicios y un apoyo sanitarios que respondan a sus necesidades individuales y les otorgan prioridad y que respetan su voluntad y sus preferencias de una manera humanitaria, no coercitiva y holística (2, 65, 66).

Acceso a servicios y apoyo de calidad en el ámbito de la salud que sean eficaces, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, con fundamento científico, inspirados en las características culturales, eficientes, que respondan a las particulares de la edad, que tengan en cuenta el género y la orientación sexual y que se adapten a las necesidades. Dichos servicios y dicho apoyo deben ser accesibles, aceptables y flexibles, tomando en consideración los contextos locales y las limitaciones económicas, laborales, de tiempo y jurídicas de las personas (67-69).

Una **perspectiva basada en el ciclo vital** engloba políticas, estrategias y servicios de atención para el VIH, la salud mental y el apoyo psicosocial que tengan en cuenta las necesidades sociales y de salud y bienestar en todas las etapas del ciclo vital, el cual abarca la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la edad avanzada (67).

Los derechos humanos y el acceso a la justicia exigen que se proteja a todas las personas durante todo el ciclo vital, en especial las que viven con el VIH, los grupos de población clave y otros grupos vulnerables y las personas que padecen trastornos mentales. Esta exigencia constituye un pilar fundamental de la salud y el bienestar. Incluye la prestación de servicios y apoyo sanitarios sin discriminación, basados en los principios de la ética médica y los derechos humanos (5, 70); la ausencia de detenciones y reclusiones arbitrarias; el derecho a un juicio justo; la ausencia de tortura y de tratos crueles, inhumanos y degradantes; y el derecho, incluso en los centros penitenciarios y otros entornos cerrados, al más alto nivel posible de salud (5). Las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él, los gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales, las personas transgénero, las personas que consumen drogas, las personas que hacen un consumo nocivo del alcohol y otros grupos vulnerables deben tener la facultad de conocer sus derechos y de acceder a la justicia para prevenir y denunciar las violaciones de los derechos humanos (70).

El **empoderamiento** de las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias y discapacidades psicosociales, como, por ejemplo, las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él, a fin de que participen en la promoción de la salud mental, la elaboración de leyes y políticas, la planificación y ejecución de programas, la prestación de servicios, el seguimiento y la evaluación, y la investigación (67). Esta labor atiende también al principio de mayor participación de las personas que viven con el VIH/sida (MPPVS), que consiste en garantizar una verdadera implicación de las comunidades que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él y en hacer plenamente efectivos los derechos de las personas que viven con el VIH a la autodeterminación y a la participación en la adopción de decisiones que afectan a su vida (71).

Para garantizar la **igualdad de género** es necesario que los servicios y las intervenciones tengan en cuenta las cuestiones de género y adopten perspectivas de género. Las estrategias de integración deben tener como objetivo eliminar las desigualdades de género y poner fin a todas las formas de violencia y discriminación basadas en el género y la identidad de género (72).

Un **enfoque multisectorial** consiste en una respuesta integral y coordinada en materia de salud mental que requiere la colaboración de múltiples sectores, como la sanidad, la educación, el empleo, la justicia, la vivienda y los servicios sociales, así como la implicación de la comunidad y el sector privado, de acuerdo con las circunstancias del país y de los contextos locales (67).

Determinantes sociales de la salud, el bienestar y el riesgo

El entorno social, cultural, económico, jurídico y físico de las personas, así como sus características demográficas, influyen tanto en su comportamiento en materia de salud como en el riesgo de sufrir resultados sanitarios adversos o en la protección frente a estos (73). Las desigualdades sociales, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos se asocian

con un mayor riesgo de padecer numerosos trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (74), con el VIH y con una mala calidad de vida (75). Los prejuicios sexistas y el estigma y la discriminación por razón de género también contribuyen a generar riesgos para la salud (recuadro 1) (33, 76-82).

Algunos grupos de población necesitan una atención especial debido a la existencia de determinantes sociales y estructurales de carácter interseccional que influyen en los resultados en materia de salud física y mental. Estos grupos son, entre otros, las personas que viven con el VIH; las personas con múltiples trastornos de salud; las mujeres embarazadas y lactantes; las personas con discapacidad; los niños y adolescentes; las personas mayores y de edad avanzada; las mujeres; los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; las personas transgénero; las personas que consumen drogas; las personas encarceladas; los trabajadores sexuales; las personas que experimentan la exclusión social o la marginación debido a la pobreza, la falta de hogar, la escasa educación u otras adversidades; las personas que viven en lugares remotos o rurales; los refugiados y los migrantes; los grupos minoritarios raciales y étnicos; y los pueblos indígenas (52). A este respecto destacamos tres grupos que presentan vulnerabilidades específicas al VIH y a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.

Adolescentes y jóvenes

La adolescencia es una época crítica de transición física, emocional y social (83). La mayor vulnerabilidad al VIH, los trastornos mentales y el inicio del consumo de sustancias coinciden con estos importantes cambios sociales y de desarrollo. Los adolescentes pueden ser vulnerables a la violencia de pareja, a los encuentros sexuales coercitivos y a la experimentación nociva con las drogas, en particular cuando están lidiando con otras adversidades. Los niños y adolescentes que consumen drogas y los niños y adolescentes LGBTI suelen estar expuestos a más factores de riesgo y tienen menos factores de protección (84). A menudo, estos riesgos surgen con diferencias específicas de género (recuadro 1).

El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años en todo el mundo (85). Entre el 15 % y el 31 % de los adolescentes encuestados en los países de ingreso bajo y entre el 3 % y el 4,7 % en los países de ingreso mediano (86) mostraron conducta autolesiva. Los adolescentes que se identifican como LGBTI tienen más probabilidades de morir por suicidio que los adolescentes no LGBTI (31, 87).

Los entornos familiares pueden crear seguridad o riesgo. La exposición a la violencia o al maltrato físico o emocional en el hogar aumenta la probabilidad de que los adolescentes sufran trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (84), lo que, a su vez, puede dificultar que los adolescentes se protejan del VIH.

La mayoría (75 %) de los trastornos mentales que se observan en la edad adulta se desarrollan antes de los 24 años, y el 50 % tienen lugar antes de los 14 años (88). Los niños comienzan a mostrar diferentes expresiones de malestar en la adolescencia y necesitan acceso a apoyo psicosocial y a servicios relacionados con la salud mental y el bienestar de los adolescentes (89). Las identidades de género no binarias pueden surgir durante esta época, por lo que los servicios y el apoyo a los adolescentes deben adoptar una perspectiva de género (77).

El hecho de que sea posible reducir los efectos de las experiencias nocivas de los primeros años de vida y mejorar los resultados a largo plazo mediante intervenciones eficaces hace que deba considerarse a los adolescentes y los jóvenes como grupos de población críticos a las que se debe prestar atención (8). Algunos trastornos mentales pueden prevenirse mediante estrategias que refuercen los recursos emocionales y sociales de la familia y que eviten la violencia y el maltrato de los adolescentes y los jóvenes (90). Los grupos de apoyo prestado por personas que han pasado por una situación similar (pares) y los espacios seguros pueden mejorar la autoestima y hacer frente al autoestigma en la adolescencia (9, 91). El asesoramiento individual y familiar puede ayudar a hacer frente a las comorbilidades de salud mental de los adolescentes (49). La implicación de unos padres o cuidadores que muestren su apoyo puede ser beneficiosa, en especial para los adolescentes que necesitan tratamiento y atención continuos, pero es importante contar con el permiso de la persona antes de ponerse en contacto con sus padres o cuidadores (92, 93). Asimismo, algunas intervenciones destinadas a prevenir de manera eficaz el consumo de drogas están adaptadas a estos grupos de edad (53).

Los servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias orientados a los adolescentes no suelen estar integrados en los servicios relacionados con el VIH. La OMS ha elaborado recursos para apoyar el establecimiento y la prestación de servicios relacionados con el VIH adaptados a la adolescencia. Los principios relativos a la prestación de servicios adaptados a la adolescencia también deben aplicarse a la prestación de atención a los adolescentes que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias o que consumen drogas (9, 52, 94).

Personas mayores y de edad avanzada

Por lo general, las personas mayores y de edad avanzada, incluidas las que viven con el VIH, experimentan mayores tasas de aislamiento social, menor participación e implicación social y otros factores de estrés, como, por ejemplo, el deterioro de la salud, la pérdida de seres queridos, el estigma y la discriminación. Se estima que el 13 % de los adultos que viven con el VIH padecen depresión grave, que se asocia con una menor retención de los pacientes en el proceso asistencial frente al VIH y un menor rendimiento cognitivo (35).

El VIH se asocia con un envejecimiento acelerado que el tratamiento del VIH solo invierte en parte. Las tasas de comorbilidades relacionadas con la edad, como las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, diabetes, depresión y trastornos neurocognitivos, incluidos los asociados al VIH) son, en general, más altas entre las personas que viven con el VIH que entre las que no tienen el virus (35, 95).

Las personas mayores y de edad avanzada que viven con el VIH pueden presentar multimorbilidad (múltiples trastornos comórbidos) debido a los factores de riesgo relacionados con el VIH y a los trastornos relacionados con la edad. Una comorbilidad puede aumentar el riesgo de otras, y, a medida que aumenta el número de trastornos, también lo hace el número de medicamentos que hay que tomar, lo que puede tener efectos adversos en la salud física y mental y en las funciones cognitivas (35). Los trastornos por consumo de sustancias aumentan aún más el riesgo de deterioro cognitivo (96).

El envejecimiento acelerado de las personas que viven con el VIH recalca la necesidad de implantar un cribado y una atención integrados para tratar diversas comorbilidades, entre ellas los trastornos mentales y neurológicos. Este planteamiento debe orientarse de manera específica a las personas mayores y de edad avanzada mediante la adopción de enfoques integrados holísticos y centrados en las personas que presten especial atención al bienestar y la calidad de vida, además de los resultados en materia de salud, a lo largo de todo el ciclo vital (35).

Grupos de población clave

Los grupos de población clave presentan a menudo vulnerabilidades superpuestas e interseccionales. Con frecuencia se les margina y se les criminaliza, y están expuestos a una serie de abusos de los derechos humanos que aumentan su riesgo de contraer el VIH y padecer trastornos mentales. También es frecuente que los grupos de población clave tropiecen con obstáculos sociales y jurídicos que dificultan su acceso a los servicios de prevención, detección, tratamiento y atención del VIH, así como al apoyo psicosocial y a los servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (5, 97). A nivel mundial, los grupos de población clave (personas que se inyectan drogas, mujeres transgénero, trabajadores sexuales, gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) y sus parejas sexuales representaron el 65 % de las infecciones por el VIH en todo el mundo en 2020 y el 93 % de las infecciones fuera de África Subsahariana (98).

La prevalencia de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias es mayor entre las personas reclusas que en la población general. Las personas reclusas también corren un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas de muerte, suicidio, conducta autolesiva, violencia y discriminación (29).

Las trabajadoras sexuales que se inyectan drogas están ampliamente sobrerrepresentadas entre las personas encarceladas. Los trabajadores sexuales que viven con el VIH y que están privados de libertad o a la espera de ser deportados tropiezan con muchos de los mismos problemas relacionados con el acceso al tratamiento del VIH, el aislamiento y la discriminación que las personas que se encuentran en centros penitenciarios (99).

La violencia en el lugar de trabajo, el maltrato en la infancia, la violencia física y sexual y el acoso policial son algunas de las experiencias que relatan los trabajadores sexuales que se inyectan drogas. En entornos donde existen leyes y políticas punitivas en relación con el consumo de drogas, el trabajo sexual o las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, las personas que consumen drogas, los gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero y los trabajadores sexuales experimentan niveles interconectados de riesgo y vulnerabilidad causados por los efectos combinados de la criminalización, el estigma y la discriminación (99, 100).

Los jóvenes encarcelados presentan altas tasas de consumo de drogas y alcohol y comportamientos sexuales de riesgo, que a menudo se complican con historiales de trauma y desventaja social, en particular niveles de educación bajos, desempleo, pobreza y falta de hogar (101).

Una revisión de la bibliografía científica sobre la salud mental entre los grupos LGBTI muestra tasas elevadas de trastornos mentales, como la depresión, el trastorno bipolar, los intentos de suicidio, el consumo de sustancias y la dependencia (28). Es frecuente que las personas transgénero carezcan de acceso a la economía formal, lo que se traduce en un aumento de las tasas de personas sin hogar, del consumo nocivo del alcohol, del consumo de drogas y de las actividades profesionales que las exponen a riesgos añadidos (por ejemplo, el trabajo sexual) (100-104).

La detección y la gestión sistemáticas de la salud mental, en particular de la depresión y el estrés psicosocial, deben ofrecerse y prestarse junto con los servicios relacionados con el VIH a los grupos de población clave, en particular las personas que viven con el VIH, a fin de optimizar sus resultados relacionados con la salud y el VIH (5).

Los países deben eliminar las barreras estructurales para los grupos de población clave y crear entornos propicios, por ejemplo, aboliendo las políticas que criminalizan a las personas que viven con el VIH por su condición de seropositivas; despenalizando el trabajo sexual, el consumo de drogas, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y las diversas identidades sexuales; haciendo frente al estigma, la discriminación y la marginación; empoderando a la comunidad; y dando respuesta a la violencia física, sexual y de otro tipo cometida contra los grupos de población clave (5).

Debe capacitarse a los proveedores para que puedan trabajar con personas pertenecientes a los grupos de población clave. Las intervenciones deben incluir los siguientes elementos (105):

- > Protección contra la violencia, el daño físico y mental y la explotación.
- > Uso de prácticas con base empírica para establecer programas y servicios.
- > Facilitación de condiciones de seguridad que garanticen la dignidad y promuevan la autosuficiencia.
- > Participación de los grupos de población clave en toda su diversidad en los procesos decisivos relacionados con su salud y su bienestar.

Los grupos de población clave y otros grupos vulnerables, como los adolescentes, los jóvenes y las personas mayores y de edad avanzada, están expuestos a factores biomédicos, sociales, políticos y económicos que contribuyen a su alto riesgo de padecer trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (106). Los grupos de población clave y otros grupos vulnerables no se ven afectados por el VIH de manera uniforme en todos los países y epidemias. En función del contexto epidemiológico y social y de otros datos, cada país debe definir también otros grupos vulnerables a los que dirigir políticas, estrategias, programas e intervenciones adaptadas, incluidos servicios para el tratamiento del VIH y los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (7). Estos grupos pueden abarcar, por ejemplo, a las personas que padecen trastornos mentales graves; las personas con patrones particulares de consumo de drogas (por ejemplo, consumo de múltiples sustancias psicoactivas); las personas con necesidades sanitarias particulares (por ejemplo, con múltiples trastornos concurrentes, mujeres embarazadas); las personas con necesidades de atención y apoyo social (por ejemplo, falta de hogar, contacto con el sistema de justicia penal); y las personas que viven en otras circunstancias sociales y culturales (por ejemplo, migrantes, refugiados, minorías religiosas o étnicas, poblaciones indígenas).

Resultados en materia de género, VIH y trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

La discriminación por razón de género conlleva riesgos específicos para las adolescentes, como la violencia; el matrimonio infantil, precoz o forzado; la explotación y los abusos sexuales; y la exclusión del empleo, la educación y la adopción de decisiones.

El embarazo precoz se asocia con un mayor riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Las normas de género pueden reforzar la posición de desigualdad de las jóvenes en las relaciones, los hogares, los lugares de trabajo y la sociedad.

Las normas y las expectativas de masculinidad y el descuido o la violencia experimentados por los chicos pueden hacer que adopten comportamientos que incrementan el riesgo de lesiones y violencia.

Durante la adolescencia surgen diferencias de género en la depresión, ya que el riesgo de padecer trastornos depresivos es mayor en las chicas y las mujeres que en los chicos y los hombres. La depresión es la segunda causa de carga de morbilidad en las niñas y mujeres jóvenes de entre 10 y 19 años, mientras que la violencia interpersonal y la conducta autolesiva son la segunda y tercera causa en los niños y hombres jóvenes.

Las personas LGBTI experimentan sistemas de opresión interconectados y reforzados que pueden amenazar la salud, la seguridad y las oportunidades económicas. Más de 65 países criminalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, y al menos 8 de ellos imponen la pena de muerte.

Las mujeres que viven con el VIH experimentan mayores tasas de depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático que los hombres que viven con el virus y las mujeres que no son VIH-positivas.

Las normas y los estereotipos de género influyen en el riesgo de contraer el VIH:

- > Las trabajadoras sexuales que consumen drogas sufren a menudo violencia física y sexual y tienen tasas de VIH más altas que los hombres que consumen drogas.
- > Las mujeres son más propensas a ser “las segundas que utilizan la aguja”, al inyectarse después de sus parejas masculinas.
- > Las mujeres suelen tener menos acceso a los programas de reducción de daños que los hombres, y sus necesidades de seguridad pueden quedar desatendidas.
- > Los hombres, por lo general, se someten menos que las mujeres a la prueba de detección del VIH e inician y cumplen en menor medida que ellas el tratamiento contra el VIH, hecho que refleja las pautas generales del comportamiento de búsqueda de atención sanitaria entre los hombres, las cuales se han relacionado, entre otras cosas, con las normas de masculinidad predominantes. Las normas tradicionales de masculinidad y los estereotipos de género también están relacionados con la violencia de pareja y de género, lo que aumenta la vulnerabilidad al VIH entre las mujeres y las personas LGBTI.

Los patrones y los resultados relacionados con el consumo de drogas de las mujeres difieren de los observados en los hombres:

- > Las mujeres se inician en el consumo de sustancias psicoactivas más tarde, pero aumentan su consumo más rápidamente que los hombres.
- > Las mujeres que consumen drogas experimentan una prevalencia de la violencia de género entre dos y cinco veces mayor con respecto a las mujeres que no las consumen.
- > Las mujeres que padecen trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias tienen menos acceso al tratamiento que los hombres que padecen los mismos trastornos. Por lo general, el tratamiento carece de un enfoque centrado en las mujeres, y, en particular, no se tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres embarazadas que padecen trastornos por consumo de sustancias.

Fuentes: (89, 107-111).

Estigma y discriminación

La presencia de múltiples formas de estigma (confirmado, anticipado, percibido, estructural e internalizado) y discriminación crean obstáculos para la salud y el bienestar de las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. El estigma y la discriminación pueden estar asociados con el VIH, el consumo de sustancias, los trastornos mentales y algunos síntomas conductuales. Los estigmas múltiples o interseccionales (por ejemplo, el estigma asociado con el VIH y con los trastornos mentales o por consumo de drogas) pueden dar lugar a discriminación y exclusión social y, de ese modo, dificultar el acceso a los servicios (recuadro 2) (112-114).

Puede darse el caso de que los proveedores de asistencia sanitaria estigmaticen y discriminen a las personas que viven con el VIH, a los grupos de población clave, a las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias, y a otros grupos vulnerables (115). Las interacciones despectivas o irrespetuosas con los trabajadores sanitarios pueden dar lugar a la denegación o la demora de los servicios y obstaculizar de manera permanente una atención de calidad (5, 100, 115). Puede ocurrir que los proveedores de asistencia sanitaria no posean las competencias o la capacitación necesarias para detectar los síntomas psicológicos o que, aun cuando los detecten, no adopten las medidas necesarias para la evaluación, la gestión y la derivación de pacientes (115).

Amenazas para la salud y el bienestar psicosocial y para la calidad de vida

Entre las amenazas para la salud y el bienestar psicosocial y para la calidad de vida de las personas que viven con el VIH, las personas pertenecientes a los grupos de población clave y las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias cabe mencionar las siguientes (116):

El estigma y la discriminación asociados a identidades sociales, comportamientos o condición jurídica, tales como:

- > Condición de persona LGBTI.
- > Consumo de drogas.
- > Trabajo sexual.
- > Expresión de género no conforme o no binaria.
- > Historial de encarcelamiento.
- > Situación migratoria o situación de inmigración.

Políticas y leyes que criminalizan o afectan a los siguientes grupos:

- > Grupos de población clave, entre ellos los trabajadores sexuales, los gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas y las personas transgénero.
- > Personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.
- > Ocultación del estado serológico, exposición al VIH o transmisión del virus.
- > Consumo de sustancias.
- > Servicios de reducción de daños y tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias.
- > Edad de consentimiento para los servicios de salud sexual y reproductiva.

Exposición a la violencia, como, por ejemplo:

- > Abuso sexual en la infancia.
 - > Malos tratos o descuido de niños.
 - > Relaciones sexuales entre personas con gran diferencia de edad y matrimonio infantil.
 - > Violencia de género.
 - > Violencia de pareja.
 - > Violencia policial.
-

En los entornos de atención sanitaria, los factores que impulsan el estigma relacionado con el VIH y los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias son, entre otros, la asociación del trastorno o el comportamiento con la culpa; la falta de conciencia sobre el estigma y sus repercusiones; los mitos sobre este tipo de trastornos; el escaso conocimiento; y las políticas y prácticas institucionales.

El miedo a la transmisión o a la adquisición de la infección se asocia a menudo al estigma relacionado con el VIH. El miedo a un comportamiento puede estar asociado al estigma relacionado con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (115).

Para hacer frente a estos problemas, las herramientas de capacitación QualityRights de la OMS ofrecen orientación para fomentar un enfoque de la asistencia basado en los derechos. Los objetivos que se persiguen son crear capacidad para hacer frente al estigma y la discriminación; promover un enfoque centrado en las personas, que responda a las necesidades individuales y esté basado en los derechos; mejorar las condiciones de los derechos humanos; elevar la calidad de la atención en los servicios de salud mental y servicios conexos; crear servicios de base comunitaria, dirigidos por la comunidad y orientados a la recuperación que respeten y promuevan los derechos humanos; desarrollar un movimiento de la sociedad civil para llevar a cabo actividades de promoción e influir en la elaboración de políticas; y reformar las políticas y la legislación nacionales en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos (117).

Integración de las intervenciones y los servicios

La implantación de intervenciones y servicios integrados y específicos para cada contexto constituye una prioridad para prestar servicios y atención de calidad a las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él, a las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, y a las personas pertenecientes a otros grupos de población vulnerables (recuadro 3).

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se asocian de manera bidireccional con el VIH a través de múltiples mecanismos, que abarcan determinantes de la enfermedad compartidos como, por ejemplo, el riesgo biológico, los factores de riesgo cognitivos y conductuales y los determinantes sociales y ambientales (118).

Es preciso capacitar a los proveedores de servicios sanitarios para que pongan en práctica competencias de asesoramiento sobre salud y comportamiento relacionadas con el VIH y el apoyo psicosocial y para que reconozcan y traten los tipos comunes de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, que muchas veces pueden gestionarse de manera eficaz en el nivel de atención primaria de salud (49, 59, 119).

A su vez, los servicios de prevención y tratamiento de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias deben garantizar el acceso continuo a servicios voluntarios y confidenciales de prevención, detección y asesoramiento sobre el VIH, así como a apoyo psicosocial, para las personas que puedan correr un mayor riesgo de contraer el VIH (120).

Los enfoques integrados deben abarcar todos los sectores e implicar a los servicios sanitarios, sociales, jurídicos, judiciales y educativos. Los planificadores y los ejecutores deben colaborar con las organizaciones de base comunitaria y dirigidas por la comunidad en la prestación de servicios, el seguimiento y la rendición de cuentas para velar por que los servicios sean aceptables y no resulten nocivos (50, 121).

De acuerdo con la información disponible, integrar las intervenciones y los servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y los relacionados con el VIH es posible. Datos procedentes de todo el mundo demuestran que estos servicios pueden gestionarse de manera eficaz en entornos diversos a pesar de las enormes variaciones de los recursos (90, 122). Cuando escasean los especialistas, la división de tareas con pares, agentes de salud no especializados, asesores sobre la adhesión al tratamiento u otros recursos humanos de base comunitaria o dirigidos por la comunidad constituye una estrategia útil para administrar un apoyo psicosocial con base empírica en las comunidades afectadas por el VIH (123-126).

En el caso de los trastornos más prevalentes, como la depresión y los trastornos de ansiedad, invertir y ampliar el tratamiento y el apoyo psicosocial está justificado desde el punto de vista

económico y podría aumentar entre dos y cinco veces el rendimiento de las inversiones (48). Los programas de prestación de servicios relacionados con el VIH están utilizando estrategias encaminadas a integrar estos servicios. Siguen surgiendo, para las personas que viven con el VIH y en entornos con alta prevalencia, intervenciones que resultan asequibles y eficaces en función de los costes y que pueden ejecutarse a pesar de la pobreza, el estigma y la ruralidad (127, 128).

En el contexto de una enfermedad crónica como el VIH, las personas suelen buscar las causas físicas de su salud u otros problemas. Sin embargo, a veces los trastornos mentales pueden indicar un empeoramiento de la enfermedad, y es importante llevar a cabo una evaluación integral (128).

Los servicios integrados pueden aumentar el acceso al proceso asistencial. La integración de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, la reducción de daños, el tratamiento de la drogodependencia y la prevención, la detección, el tratamiento y la atención del VIH podrían ayudar a prevenir nuevas infecciones por el VIH y a mejorar la salud y el bienestar de las personas que viven con el virus o se ven afectadas por él (25, 49, 128-158).

VIH y trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias: prevalencia e interacciones

VIH

- > Se estima que 37,7 millones de adultos y niños viven con el VIH. De este grupo, 31,6 millones conocen su estado serológico, 27,5 millones reciben terapia antirretrovírica y 24,9 millones han logrado la supresión de la carga vírica (106).
- > Se estima que 1,5 millones de personas contrajeron la infección por el VIH y 680.000 murieron por causas relacionadas con el sida en 2020 (106).

Trastornos mentales

- > Se estima que 970 millones de personas viven con trastornos mentales.
- > Los trastornos mentales son desproporcionadamente comunes entre las personas que viven con el VIH y las personas pertenecientes a los grupos de población clave. Los trastornos mentales se asocian con un mayor riesgo de VIH. Existe una alta prevalencia de VIH entre las personas que padecen trastornos mentales graves.
- > Los trastornos mentales pueden retrasar el acceso a la prevención y las pruebas de detección del VIH y la vinculación al proceso asistencial frente al virus, así como la obtención de resultados en estos ámbitos. También pueden reducir la adhesión al tratamiento y al proceso asistencial frente al VIH y la retención en ellos. El tratamiento de la depresión puede mejorar la prevención del VIH, la adhesión al tratamiento y los resultados, en especial cuando se combina con la formación práctica en materia de adhesión (38).
- > Los trastornos mentales se asocian a veces con un aumento de la mortalidad relacionada con el sida.

Trastornos neurológicos

- > El VIH tiene amplios efectos en el sistema nervioso, ya que causa patología directa en el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos.
- > El trastorno neurocognitivo asociado al VIH afecta a alrededor del 50 % de los adultos que viven con el VIH e incluye el deterioro neurocognitivo asintomático, el trastorno neurocognitivo leve y la demencia asociada al VIH. El trastorno neurocognitivo asociado al VIH está relacionado con una adhesión deficiente al tratamiento del VIH, con lesiones irreversibles del sistema nervioso central asociadas al VIH no tratado y con infección crónica por el VIH (por ejemplo, en las personas mayores que viven con el VIH).
- > Las infecciones oportunistas del sistema nervioso central asociadas al VIH (por ejemplo, citomegalovirus del sistema nervioso central, tuberculosis del sistema nervioso central, meningitis criptocócica, encefalopatía multifocal progresiva) pueden poner en peligro la vida. Pueden darse síntomas como delirio, fiebre y deficiencias neurológicas focales.

VIH y trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias: prevalencia e interacciones

Trastornos por consumo de sustancias

- > Se estima que 283 millones de personas se ven afectadas por el consumo nocivo del alcohol. Los patrones de alto riesgo de consumo de alcohol aumentan el riesgo de infección por el VIH. En 2016 en torno a 33.000 muertes (3,3 %) de los fallecimientos relacionados con el sida fueron atribuibles al alcohol.
- > Se calcula que 11,3 millones de personas se inyectan drogas en todo el mundo. De ellas, 1,4 millones viven con el VIH.
- > En torno a 36 millones de personas viven con problemas relacionados con el consumo de drogas, incluida la drogodependencia. El consumo de drogas (en especial las inyectables) aumenta el riesgo de transmisión del VIH (144-146).
- > El consumo de sustancias plantea dificultades para la detección y el tratamiento del VIH y para la adhesión a este último. Las personas que padecen trastornos por consumo de sustancias tienen peores resultados en el tratamiento del VIH que las personas que no presentan estos trastornos (147-153).
- > Se estima que el 20 % de las nuevas infecciones por el VIH fuera de África Subsahariana se asocian con el consumo de drogas inyectables, pero sigue habiendo obstáculos políticos y sociales para el proceso asistencial y escasez de tratamientos de la drogodependencia y de otros servicios y especialistas (144).
- > El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y la reducción de daños (especialmente los programas de agujas y jeringas y la terapia de sustitución de opiáceos) se asocian a una prevención eficaz del VIH y a un aumento de la cobertura del tratamiento del VIH y la adhesión a este (154, 159).

Suicidio

- > Se calcula que cada año mueren 700.000 personas por suicidio. Las tasas de suicidio aumentan entre las personas que viven con el VIH (33, 25, 155-158).
 - > Existe un mayor riesgo de suicidio entre las personas reclusas y otros grupos de población clave, entre ellos los grupos clave de población joven, en particular los adolescentes y los jóvenes LGBTI (29-32).
 - > Las estrategias dirigidas de manera específica a reducir el riesgo de ideación suicida, los intentos de suicidio y las muertes resultan beneficiosas para las personas que viven con el VIH, se ven afectadas por el virus o corren el riesgo de contraerlo.
 - > En tres estudios africanos, las tasas de ideación suicida o de intentos de suicidio variaban del 13 % al 17 % entre las personas que viven con el VIH (155, 157).
-

Conjunto continuo de servicios relacionados con el VIH

Los servicios que se prestan en el marco de un conjunto continuo de servicios relacionados con el VIH respaldan la prevención del VIH, las pruebas de detección, el inicio del tratamiento, la retención de los pacientes en el proceso asistencial, la supresión vírica y el apoyo a las personas que viven con el VIH, y abarcan la prestación de servicios relacionados con comorbilidades como la tuberculosis, la hepatitis vírica y las infecciones de transmisión sexual, o la vinculación a dichos servicios. El conjunto continuo proporciona puntos de partida para la integración de los servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.

Cada vez está más demostrado que las personas que padecen trastornos mentales y por consumo de sustancias (en especial los jóvenes, las personas mayores y las personas pertenecientes a los grupos de población clave) que no acceden a tratamiento ni a apoyo para la salud mental y el consumo de sustancias tienen un acceso limitado a la prevención, la detección, el tratamiento y la atención del VIH, y obtienen peores resultados en estos ámbitos (36-38).

En la presente sección se describen las consideraciones orientadas a integrar el cribado, el diagnóstico y la atención de los trastornos mentales y por consumo de sustancias en los entornos que prestan servicios en el marco del conjunto continuo de servicios relacionados con el VIH. La OMS ofrece recomendaciones exhaustivas a este respecto (recuadro 4) (5, 7, 62, 93, 160-168).

Prevención del VIH

Los diversos entornos en los que se llevan a cabo intervenciones orientadas a prevenir el VIH, como la atención prenatal, la planificación familiar y los servicios que se prestan en los centros sanitarios y en la comunidad, ofrecen oportunidades para integrar la reducción de daños (5, 7), el asesoramiento sobre el cambio de comportamiento, la distribución de preservativos, la circuncisión médica masculina voluntaria (164) y la profilaxis previa a la exposición (64, 170) con la educación, la evaluación, la derivación de pacientes y el apoyo para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (171).

Las directrices sobre la profilaxis previa a la exposición exigen que se cuente con servicios de detección del VIH y con medidas de vinculación al tratamiento y al proceso asistencial, que abarquen también el autoanálisis con trabajadores sanitarios y prestadores pares o no profesionales que hayan recibido la correspondiente capacitación. En el caso de las mujeres y los grupos de población clave, los servicios de prevención del VIH deben incluir la prestación de servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual y la planificación familiar (172). Se podría capacitar a los proveedores para que realicen pruebas de cribado y derivación de pacientes en relación con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el marco de un conjunto de servicios de prevención y de evaluación de riesgos relacionados con el VIH (63).

La atención y los servicios prenatales prestados en los centros y orientados a prevenir la transmisión vertical del VIH ofrecen la oportunidad de educar a las mujeres en materia de salud mental, realizar pruebas de cribado para los trastornos mentales, proporcionar apoyo psicosocial y terapias psicológicas de baja intensidad, y ofrecer intervenciones que promuevan el apoyo prestado por pares (173, 174).

El cribado y la intervención de corta duración en relación con el consumo y la dependencia de las drogas y el alcohol durante el embarazo pueden administrarse en las visitas prenatales en el marco de intervenciones integrales orientadas a satisfacer las necesidades de las mujeres que consumen drogas y las mujeres que padecen drogodependencia y otros trastornos (55).

El personal de enfermería, los pares, los agentes de salud comunitarios y las personas voluntarias que realizan visitas perinatales a domicilio para las mujeres que viven con el VIH pueden recibir capacitación que les permita evaluar y realizar intervenciones psicosociales y psicológicas relacionadas con la depresión (175, 176).

Es preciso seguir defendiendo y apoyando la circuncisión médica masculina voluntaria como una opción eficaz en el marco de la prevención combinada del VIH para los adolescentes y los hombres de 15 años o más en los países de alta prioridad para reducir el riesgo de infección por el VIH adquirida por vía heterosexual. La circuncisión médica masculina voluntaria puede integrarse en los servicios y programas de salud para hombres y adolescentes, incluidos los servicios relacionados con la salud mental, la salud sexual y reproductiva, las enfermedades no transmisibles y las vacunaciones (164).

Se necesitan intervenciones multinivel para reducir los obstáculos que dificultan el acceso a las intervenciones de prevención del VIH entre las personas que corren el riesgo de contraerlo, entre ellas los grupos de población clave, las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, y otros grupos vulnerables (171). Se pueden adoptar iniciativas como los promotores pares, los grupos de apoyo y los programas de salud móvil para ayudar a las personas a hacer frente al estigma relacionado con el VIH, los trastornos mentales, la dependencia de las drogas, el consumo nocivo del alcohol y los temores con respecto a las estrategias de prevención del VIH. Otras intervenciones son las actividades comunitarias de búsqueda activa orientadas a modificar las normas y las actitudes con respecto a la profilaxis previa a la exposición, los servicios dirigidos a las personas que consumen drogas y a las que hacen un consumo nocivo del alcohol, y la prestación de servicios de prevención del VIH que tengan base comunitaria y estén dirigidos por la comunidad al margen de los dispensarios (5, 63, 177).

Servicios de detección del VIH

Los servicios de detección del VIH se refieren a toda la oferta de servicios que deben ofrecerse junto con las pruebas del VIH. Consisten, entre otras cosas, en la facilitación de breve información antes de la prueba de detección y asesoramiento una vez realizada; la vinculación a los servicios adecuados de prevención o de tratamiento y atención del VIH, así como otros servicios clínicos y de apoyo; y la coordinación con los servicios de laboratorio para respaldar el aseguramiento de la calidad (61).

Se necesita una estrategia múltiple para alcanzar las metas mundiales relacionadas con las pruebas del VIH, consistentes en detectar, de aquí a 2025, al 95 % de todas las personas que viven con el VIH (178), en especial los grupos de población clave en toda su diversidad y otros grupos vulnerables (52, 56, 92, 179). Es fundamental hacer frente a los obstáculos que dificultan el acceso a las pruebas del VIH y su utilización entre las personas pertenecientes a estos grupos de población y las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (5, 61, 160).

Los servicios comunitarios de detección del VIH, la derivación de pacientes solicitada por el proveedor o dirigida por la comunidad, las pruebas de detección del virus basadas en las redes de contactos sociales y las iniciativas de autoanálisis del VIH pueden ayudar a reducir el estigma que rodea a las pruebas del VIH (61, 180). Estos programas podrían integrar el cribado de trastornos mentales comunes y el apoyo psicosocial; impartir educación sobre la autoasistencia y la autoayuda para los trastornos mentales; y establecer vínculos formales para la derivación de pacientes a través de pares o de proveedores a los servicios relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias y a la atención en los centros y la comunidad (181).

Las directrices sobre el asesoramiento posterior a la prueba de detección recomiendan que se garantice el acceso al apoyo para las personas que obtengan resultado positivo en la prueba del VIH (61), incluida la evaluación del suicidio, la drogodependencia, el consumo nocivo del alcohol y los trastornos mentales (7, 160).

No se recomienda prestar asesoramiento antes de la prueba en el marco de los servicios de detección del VIH, pero los datos avalan el uso de información y mensajes concisos antes de la prueba para explicar la posibilidad de someterse a ella y animar a hacerlo, y también de formular preguntas en un ambiente más privado (61).

Los servicios de detección del VIH pueden integrarse con los servicios de salud mental y apoyo psicosocial y con el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias con el fin de ayudar a detectar a las personas en riesgo de infección por el virus, adoptar intervenciones

encaminadas a prevenir el virus y aumentar la vinculación al proceso asistencial y a otros servicios relacionados con el VIH. Los centros hospitalarios y ambulatorios para el tratamiento de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias deben incorporar el acceso a las pruebas del VIH junto con evaluaciones médicas y psicológicas completas y facilitar la vinculación al proceso asistencial frente al VIH.

Los entornos comunitarios donde se prestan servicios de salud mental pueden incorporar la facilitación de información sobre la reducción de riesgos, la creación de demanda dirigida por personas que han pasado por una situación similar (pares) y las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH en el marco de las evaluaciones individuales. Los proveedores de servicios relacionados con el VIH, la salud mental, el apoyo psicosocial y el consumo de sustancias pueden crear redes de tratamiento de base comunitaria y dirigidas por la comunidad, impulsando alianzas amplias entre los centros sanitarios y los entornos comunitarios o cobijando estos servicios en un mismo lugar a fin de garantizar la prestación de servicios integrados en una ventanilla única (127).

Vinculación al proceso asistencial del VIH e inicio del tratamiento

Es necesario llevar a cabo intervenciones a nivel individual y estructural para reducir los obstáculos que dificultan el acceso al tratamiento y la atención del VIH, en especial para los grupos de población clave y otros grupos vulnerables, como los adolescentes, las personas mayores y de edad avanzada y las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (7, 60, 62, 92, 166). Estos obstáculos deben evaluarse con una perspectiva que tenga en cuenta las cuestiones de género y edad. Los métodos de asesoramiento que fortalecen las competencias de afrontamiento con respecto a un diagnóstico reciente de VIH y fomentan el inicio de la terapia antirretrovírica pueden ayudar a las personas a afrontar el estigma y la discriminación; a estudiar las reacciones negativas en relación con el VIH y a debatir y desarrollar competencias de comunicación para reducir al mínimo sus consecuencias; y a examinar sus sentimientos y sus opiniones sobre sí mismas (7, 92).

Los asesores sobre el VIH pueden fomentar el debate abierto sobre el estigma y la discriminación, concebir maneras de afrontarlos en grupos de apoyo y derivar a los pacientes a servicios de asesoramiento individual sobre salud mental y apoyo psicosocial.

Las necesidades de tratamiento del VIH que tienen específicamente los adolescentes, las mujeres embarazadas, los grupos de población clave, las personas que padecen la enfermedad del VIH en estado avanzado, las personas mayores y de edad avanzada y las personas pertenecientes a otros grupos vulnerables se describen en varias fuentes (5, 60, 62, 92-94, 119, 171, 177, 182, 183). Es frecuente que las personas que pertenecen a estos grupos tropiecen con muchos factores sociales negativos asociados a una mala salud mental, a un mayor riesgo de consumo de drogas o de consumo nocivo del alcohol, a la pérdida de seguimiento y a problemas de retención en el tratamiento del VIH.

La evaluación y el gestión de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias pueden sustentarse en la *Guía de intervención mhGAP* (49), el manual de operaciones mhGAP (*mhGAP operations manual*) (50) y el conjunto de herramientas comunitarias mhGAP (*mhGAP community toolkit*) (121) elaborados por la OMS.

Para optimizar los resultados en materia de salud, unos servicios relacionados con el VIH de buena calidad deberían facilitar servicios y atención integrados y personalizados, que abarquen también la evaluación sistemática; intervenciones dirigidas a atender los trastornos mentales (por ejemplo, depresión, ansiedad, estrés psicosocial, riesgo de suicidio) y los trastornos neurológicos y por consumo de sustancias; y apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH o corren el riesgo de contraerlo (5, 166).

Las intervenciones y los servicios integrados para el VIH y los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias pueden adoptar las siguientes formas:

- > Asesoramiento conjunto relacionado con el VIH, la salud mental, los trastornos por consumo de sustancias y la salud sexual y reproductiva.

- > Terapia antirretrovírica administrada junto con tratamientos psicofarmacológicos, como, por ejemplo, la terapia de sustitución de opiáceos para personas que se inyectan opiáceos.
- > Atención colaborativa, que incorpora a los servicios relacionados con el VIH un gestor de atención específico, encargado de detectar los trastornos mentales, ofrecer intervenciones psicosociales de corta duración y hacer un seguimiento de la respuesta a la atención, en colaboración con el equipo médico y los proveedores de atención de salud mental externos (184, 185).
- > Acceso a intervenciones y apoyo psicosociales integrados en los servicios relacionados con el VIH, como, por ejemplo:
 - Cribado e intervención de corta duración en relación con el consumo de drogas y la drogodependencia y con el consumo nocivo y la dependencia del alcohol.
 - Terapia cognitivo-conductual (186, 187).
 - Gestión de contingencias.
 - Entrevista motivacional y terapia de mejora motivacional.
 - Tratamiento orientado a la familia.
 - Grupos de ayuda mutua.
 - Terapia de resolución de problemas (188).
 - Prevención de sobredosis.

El hecho de integrar la prestación de servicios relacionados con el VIH, la derivación de pacientes y la terapia antirretrovírica en los servicios y el tratamiento de salud mental para los trastornos por consumo de sustancias podría traducirse en una mayor utilización del tratamiento del VIH.

Adhesión al tratamiento del VIH y continuidad en él

En el caso de las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y que viven con el VIH, la gestión de la terapia antirretrovírica debe tener en cuenta el documento de la OMS titulado *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring* (169).

Debe prestarse apoyo psicosocial suplementario dirigido a fomentar la adhesión al tratamiento del VIH entre las personas que viven con el VIH y que padecen trastornos mentales graves (189), de conformidad con los documentos de la OMS titulados *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection* (7) y *Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders* (190).

Las personas que viven con el VIH y que padecen síntomas depresivos no controlados son más propensas a tener una adhesión deficiente al tratamiento del VIH debido a los olvidos, la mala organización y la escasa comprensión de los planes de tratamiento. El asesoramiento y un tratamiento médico adecuado pueden mejorar la adhesión al tratamiento del VIH. La OMS recomienda que la evaluación y la gestión de la depresión se incorporen a los servicios de atención dirigidos a todas las personas que viven con el VIH (7).

En el caso de las personas mayores y de edad avanzada que viven con el VIH, es necesario adoptar un enfoque holístico, específico para cada edad y centrado en las personas, que permita proporcionar de forma sistemática servicios de prevención, detección, tratamiento y atención de las multimorbilidades (por ejemplo, enfermedades no transmisibles y trastornos mentales y neurológicos) y del deterioro del bienestar y el rendimiento físico y neurocognitivo, con el fin de mejorar y mantener la calidad de vida (35).

Las intervenciones estructuradas y de baja intensidad dirigidas por el personal de enfermería con el objetivo de promover cambios de comportamiento pueden mejorar la adhesión al tratamiento del VIH y la retención de los pacientes en el proceso asistencial (191).

Prestación de servicios para las personas que viven con el VIH: recomendaciones de la OMS actualizadas en 2021

La OMS ha actualizado sus recomendaciones sobre la prestación de servicios para las personas que viven con el VIH (161):

- > El inicio de la terapia antirretrovírica puede ofrecerse fuera del centro sanitario (nueva recomendación condicional, evidencia de certeza baja a moderada).
 - > A las personas que siguen regularmente una terapia antirretrovírica se les debe proponer que visiten los dispensarios con una frecuencia de tres a seis meses, preferiblemente cada seis meses si es factible (recomendación fuerte actualizada, certeza moderada).
 - > A las personas que siguen regularmente una terapia antirretrovírica se les debe proponer que renueven la terapia por una duración de entre tres y seis meses, preferiblemente seis meses si es posible (recomendación fuerte actualizada, evidencia de certeza baja a moderada).
 - > Los programas de VIH deben llevar a cabo intervenciones orientadas a rastrear a las personas que se han desvinculado del proceso asistencial y proporcionarles apoyo para que vuelvan a implicarse (nueva recomendación fuerte, evidencia de certeza baja).
 - > Los servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos la anticoncepción, pueden integrarse en los servicios relacionados con el VIH (recomendación condicional actualizada, evidencia de certeza muy baja).
 - > La atención de la diabetes y la hipertensión puede integrarse en los servicios relacionados con el VIH (nueva recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).
 - > Deben llevarse a cabo intervenciones psicosociales dirigidas a todos los adolescentes y adultos jóvenes que viven con el VIH (nueva recomendación fuerte, evidencia de certeza moderada).
 - > Cuando la capacidad del personal profesional sea limitada, debe implantarse la división de tareas para la recogida de muestras y la realización de pruebas en el lugar de atención con personal ajeno al laboratorio (recomendación fuerte actualizada, evidencia de certeza moderada).
-

En el caso de las personas que se inyectan drogas y las personas que padecen trastornos por consumo de sustancias, las farmacias o los dispensarios que prestan servicios relacionados con el VIH deben incorporar intervenciones no estructuradas, como, por ejemplo, programas de agujas y jeringas y grupos de ayuda mutua. Asimismo, dichos establecimientos deben llevar a cabo intervenciones orientadas a prevenir la sobredosis, como, por ejemplo, la administración de naloxona; ofrecer terapia de sustitución de opiáceos acompañada de asistencia psicosocial con metadona o buprenorfina y facilitar el acceso a otras formas de tratamiento a las personas que inician la terapia antirretrovírica, de conformidad con los documentos de la OMS titulados *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* (5), *Guía de intervención mhGAP* (49) y *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence* (56), y con el documento de la OMS y la UNODC titulado *International standards for the treatment of drug use disorders* (52).

Garantizar el acceso al tratamiento y la atención del VIH, así como su utilización, para las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

La OMS recomienda las siguientes medidas e intervenciones prioritarias (7, 50, 166):

Optimizar y armonizar la capacitación de los proveedores de asistencia sanitaria:

- > Incorporar los aspectos fundamentales de la prevención, la detección, el tratamiento y la atención del VIH en los programas de formación en salud mental dirigidos a los especialistas y no especialistas, como, entre otros, la detección y la gestión de los trastornos crónicos y las comorbilidades.
- > Velar por que los proveedores de servicios de salud y servicios relacionados con el VIH posean los conocimientos y las competencias que se necesitan en materia de cribado, detección y gestión de los trastornos mentales y de prestación de apoyo psicosocial a las personas que buscan servicios y atención para diferentes trastornos de salud, entre ellos el VIH.
- > Capacitar a los proveedores de asistencia sanitaria para que pregunten sobre el consumo de alcohol y drogas y ofrezcan una intervención de corta duración y apoyo psicosocial cuando corresponda.
- > Preparar a los proveedores de servicios sanitarios para que apoyen unos servicios de salud libres de estigma, adaptados a los adolescentes, a las mujeres y a las personas LGBTI, con el fin de garantizar la implicación, la adhesión al tratamiento, la retención de los pacientes en el proceso asistencial y la mejora de los resultados.
- > Tener conciencia de que los factores culturales pueden influir en la presentación de los síntomas físicos y mentales.

Garantizar el acceso y la derivación de pacientes a la prevención, la detección, el tratamiento y la atención del VIH en los centros donde se administra un tratamiento especializado, los hospitales generales y otros entornos sanitarios para las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.

Proporcionar servicios y atención integrados, que respondan a las necesidades individuales y se basen en los derechos humanos a las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias:

- > Prestar servicios de tratamiento y atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y del VIH en entornos de atención sanitaria comunitarios y no especializados.
- > Aumentar la cobertura de las intervenciones con base empírica para los trastornos graves. Utilizar una red de servicios de salud mental de base comunitaria, que incluya servicios y atención de corta duración para pacientes ambulatorios e ingresados, atención en hospitales generales, centros integrales de salud mental y centros de atención diurna.
- > Garantizar que los servicios relacionados con el VIH en el proceso continuo de prevención, detección, tratamiento y atención del virus sean accesibles para todas las personas que lo necesiten a lo largo del ciclo vital.

Utilizar mecanismos de mejora continua de la calidad en los servicios de salud mental y los servicios relacionados con el VIH:

- > Hacer un seguimiento y evaluación de la calidad de los servicios y la ejecución de programas para reducir la mortalidad entre las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.
- > Integrar y coordinar unos servicios, una atención y un apoyo holísticos e integrales con el fin de satisfacer las necesidades de atención en materia de la salud mental y física de las personas de todas las edades, y facilitar la recuperación de las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.
- > Supervisar e impartir capacitación para la mejora de la calidad a los proveedores de asistencia sanitaria que prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
- > Fomentar la adopción de decisiones compartidas para los usuarios y los proveedores de los servicios.

Sensibilizar y atajar el estigma y la discriminación que hacen que las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, incluidas las que viven con el VIH, se ven afectadas por el virus o corren el riesgo de contraerlo, tengan un acceso limitado a los servicios y al proceso asistencial:

- > Difundir información sobre los trastornos mentales y por consumo de sustancias y mejorar la actitud del personal hacia las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.
- > Colaborar de forma constructiva con los medios de comunicación para garantizar una imagen no estigmatizante de las personas que padecen trastornos mentales y neurológicos, las personas que consumen drogas y las que hacen un consumo nocivo del alcohol.

Véanse también el documento titulado *Salud, dignidad y prevención positivas: un marco de políticas*, elaborado por la Red Mundial de Personas que Viven con el VIH (GNP+) y ONUSIDA (192), y el documento titulado *Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines (190)*.

Todas las personas que reciben terapia antirretrovírica deben disponer de apoyo para la adhesión al tratamiento del VIH y la retención en el proceso asistencial, incluido apoyo psicológico. Las intervenciones pueden consistir, por ejemplo, en el asesoramiento por pares, los mensajes de texto y los servicios de recordatorio y la terapia cognitivo-conductual, y la capacitación en habilidades conductuales, así como en la información sobre el tratamiento y la capacitación en materia de adhesión (7).

Se recomienda realizar pruebas de cribado o evaluaciones clínicas para los adolescentes y para las personas que no hayan logrado la supresión vírica, que se hayan perdido para el seguimiento o que tengan dificultades para mantenerse en los servicios de atención del VIH, de acuerdo con las orientaciones mhGAP dirigidas a detectar los trastornos mentales, incluidas la depresión y la ansiedad, la drogodependencia, el consumo nocivo del alcohol y los trastornos de salud física concurrentes, y a elaborar un plan de tratamiento para el apoyo psicosocial (49, 92, 190). (Véase el anexo 3 para consultar los instrumentos de cribado).

La celebración de reuniones de equipos multidisciplinares en las que participe la persona interesada y el apoyo prestado por pares en función de la edad pueden favorecer el logro de una planificación de la adhesión centrada en las personas (93). Los enfoques psicológicos, como la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional, pueden ayudar a las personas a determinar y superar las dificultades de retención en el proceso asistencial frente al VIH. La versión actualizada de las directrices consolidadas de la OMS sobre prevención, detección, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento en relación con el VIH contiene una recomendación fuerte de que se lleven a cabo intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes y los adultos jóvenes que viven con el VIH (161, 169).

Cuadro 1.

Oportunidades de buenas prácticas para la integración de los servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en la prestación de servicios relacionados con el VIH

Directrices y recomendaciones	Nivel	
	Individual, interpersonal	Centro sanitario, comunidad, Administración
Prevención del VIH		
<ul style="list-style-type: none"> > Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations, 2020 (164) > WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection, 2017 (63, 64, 165) > Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2nd edition, 2016 (7) > Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice (93) > Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar (9) > Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring, 2021 (193) 	<ul style="list-style-type: none"> > Integrar la profilaxis previa a la exposición y la circuncisión médica masculina voluntaria con el cribado y la detección temprana de los trastornos mentales, el riesgo de suicidio, el consumo de drogas y la drogodependencia y el consumo nocivo del alcohol > Integrar las intervenciones psicológicas individuales y grupales que puedan ampliarse en el ámbito de los trastornos mentales con el asesoramiento orientado a prevenir el VIH > Capacitar a los promotores pares, los grupos de apoyo y las intervenciones de salud móvil para reducir el estigma relacionado con el VIH y la salud mental > Hacer partícipes a los adolescentes que presten apoyo de pares, incluidos los que viven con el VIH, en los servicios relacionados con la prevención del VIH, la salud sexual y reproductiva y la salud mental, y en el desarrollo de competencias para la vida 	<ul style="list-style-type: none"> > Capacitar a los proveedores de profilaxis previa a la exposición y de circuncisión médica masculina voluntaria en materia de detección temprana de los trastornos mentales en el marco de un conjunto de servicios de prevención del VIH y de gestión de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, incluida la prevención de sobredosis de opiáceos con naloxona > Llevar a cabo actividades comunitarias de búsqueda activa orientadas a modificar las normas y las actitudes con respecto a la profilaxis previa a la exposición, la circuncisión médica masculina voluntaria y las intervenciones en materia de salud mental > Apoyar las actividades e intervenciones de empoderamiento de la comunidad orientadas a dar respuesta a la violencia contra los grupos de población clave que participan en los servicios de prevención del VIH, están interesados en dichos servicios o reúnen los requisitos para acogerse a ellos > Desmedicalizar la profilaxis previa a la exposición mediante la prestación de servicios comunitarios > Incluir servicios de asesoramiento sobre salud mental en los servicios dirigidos a las personas que han sobrevivido a la violencia de género > Aumentar los servicios relacionados con la reducción de daños y con el tratamiento en los entornos que prestan servicios de prevención del VIH a las personas que se inyectan drogas, en particular los programas de agujas y jeringas, la terapia de sustitución de opiáceos y la prevención de sobredosis de opiáceos con naloxona

Directrices y recomendaciones	Nivel	
	Individual, interpersonal	Centro sanitario, comunidad, Administración
	<ul style="list-style-type: none"> > Garantizar la detección temprana de los trastornos mentales, incluida la evaluación de la depresión perinatal, y la integración de las intervenciones psicológicas con la prevención de la transmisión vertical del VIH y los servicios de diagnóstico precoz en niños menores de 1 año 	<ul style="list-style-type: none"> > Garantizar la prestación de profilaxis posterior a la exposición > Integrar la atención de la violencia de género en los servicios relacionados con el VIH > Aumentar los conocimientos de la comunidad sobre el consumo de alcohol y su relación con el riesgo de contraer el VIH, la adhesión y el metabolismo de los medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento del VIH
Pruebas del VIH		
<ul style="list-style-type: none"> > Directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH, 2019 (160) > WHO HTS Info app (194) > Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice (93) 	<ul style="list-style-type: none"> > Prestar asesoramiento posterior a la prueba del VIH, que abarca la evaluación de la salud mental (por ejemplo, el riesgo de suicidio, la depresión y la ansiedad), del consumo de drogas y del uso nocivo del alcohol, y la derivación de pacientes a los servicios pertinentes 	<ul style="list-style-type: none"> > Llevar a cabo, en los centros y en el ámbito comunitario, pruebas de detección, derivación de pacientes solicitada por el proveedor, pruebas de detección del virus basadas en las redes de contactos sociales, y autoanálisis del VIH, con una vinculación formal a los servicios de salud mental y al apoyo psicosocial > Realizar pruebas diagnósticas rápidas dobles de VIH y sífilis en la atención prenatal, con una vinculación formal a los servicios de salud mental en el contexto de la prevención de la transmisión vertical del VIH > Proporcionar servicios de detección del VIH en entornos que ofrezcan tratamiento para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, mediante mensajes de creación de demanda con base empírica, que abarquen el uso de pares y de intervenciones virtuales > Capacitar a los proveedores de servicios relacionados con el VIH en la detección y la gestión de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, y en la distribución de naloxona para prevenir la sobredosis de opiáceos > Proporcionar servicios de detección del VIH combinados con evaluaciones psicológicas integrales y crear equipos de atención en los centros de tratamiento de pacientes ingresados para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias > Proporcionar, en los entornos comunitarios, servicios de detección del VIH en el marco de la evaluación individual, y crear redes de tratamiento de base comunitaria y dirigidas por la comunidad con servicios de VIH para los trastornos mentales y apoyo a las personas que consumen drogas o que hacen un uso nocivo del alcohol
Inicio de la terapia antirretrovírica		

Directrices y recomendaciones	Nivel	
	Individual, interpersonal	Centro sanitario, comunidad, Administración
<ul style="list-style-type: none"> > Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens, 2019 (62) > Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, 2021 (169) 	<ul style="list-style-type: none"> > Ofrecer pruebas de cribado y detección temprana de los trastornos mentales (entre ellos la depresión y el estrés) y los trastornos por consumo de sustancias entre las personas que inician la terapia antirretrovírica, de acuerdo con las normas nacionales y la Guía de intervención mhGAP (49) > Prestar asesoramiento sobre el VIH (que incluya hablar sobre el estigma y la discriminación y sobre los sentimientos en torno a un nuevo diagnóstico de VIH) y derivaciones de pacientes a servicios de asesoramiento y apoyo psicosocial > Establecer grupos de ayuda mutua y enfoques orientados a la familia, en particular para los adolescentes > Prescribir la terapia antirretrovírica en función de los trastornos concurrentes de salud mental o por consumo de sustancias, del consumo de drogas o de los efectos secundarios que puedan tener los medicamentos antirretrovíricos 	<ul style="list-style-type: none"> > Capacitar a los proveedores de servicios relacionados con el VIH, entre ellos los agentes de salud no especializados y los asesores pares, en la detección y la gestión de los trastornos mentales y por consumo de sustancias, así como en la prevención de la sobredosis > Promover el compromiso jurídico, estratégico y financiero de integrar el tratamiento del VIH con los servicios de salud mental y despenalizar el VIH y el consumo de drogas > Poner en marcha actividades e intervenciones que fomenten el empoderamiento de la comunidad con el objetivo de hacer frente a la violencia contra los grupos de población clave a los que se les ha diagnosticado recientemente el VIH y que están iniciando el tratamiento > Integrar los servicios de tratamiento, atención y derivación de pacientes del VIH en los servicios de salud mental > Ofrecer tratamiento contra el VIH en los centros que tratan los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias > Iniciar y mantener el tratamiento del VIH en los entornos de atención en los que se proporciona terapia de sustitución de opiáceos a las personas que viven con el VIH
Adhesión a la terapia antirretrovírica y supresión vírica		
<ul style="list-style-type: none"> > Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy, 2017 (183) > Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV, 2021 (161) > Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations, 2017 (167) > Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice (93) 	<ul style="list-style-type: none"> > Llevar a cabo intervenciones psicosociales junto con el tratamiento, la adhesión y la atención en materia de VIH, e intervenciones en favor de la retención encaminadas a fomentar la adhesión al tratamiento del VIH, la retención de los pacientes en el proceso asistencial y la supresión vírica (por ejemplo, asesores pares, recordatorios por mensaje de texto, terapia cognitivo-conductual o relacionada con las habilidades conductuales) > Llevar a cabo de manera habitual pruebas de cribado y detección temprana de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias durante las visitas de seguimiento en el tratamiento del VIH, en particular para las personas que no han logrado una supresión vírica sostenida y para las personas que padecen la enfermedad del VIH en estado avanzado, según la clasificación de la OMS 	<ul style="list-style-type: none"> > Capacitar a los proveedores de servicios relacionados con el VIH en la detección y la gestión de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, así como en la prevención de la sobredosis de sustancias > Crear servicios y equipos de apoyo multidisciplinarios centrados en las personas con el fin de superar los problemas que plantean la adhesión y la retención de los pacientes en el proceso asistencial (por ejemplo, incorporar a un proveedor de servicios relacionados con el VIH, un proveedor de servicios de salud mental y un trabajador social) > Aplicar medidas que promuevan el establecimiento de servicios de apoyo a la salud mental y al VIH adaptados a los adolescentes

Integración de las intervenciones relacionadas con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en las respuestas al VIH

Debe promoverse el bienestar mental de todas las personas que viven con el VIH. Hay que prevenir o tratar los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en las personas que se encuentran en riesgo. En la presente sección se describen las intervenciones adecuadas tanto en los sistemas de salud como a nivel comunitario e individual.

Todos los programas, servicios e intervenciones se ofrecen y se conciben enmarcados en un conjunto de contextos culturales. La cultura (ya sea la cultura de la práctica médica o la cultura de las personas pertenecientes a una comunidad geográfica, étnica o religiosa concreta) influye en la comprensión de los síntomas y en la forma en que las personas y las comunidades explican e interpretan las señales de mala salud física o mental.

La cultura puede influir en la evolución y los resultados de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, y determinar dónde y a quién piden ayuda las personas, cómo afrontan la situación y cómo se adaptan a la recuperación. Tener en cuenta la comprensión cultural permite a las instancias normativas, los ejecutores de los programas y los proveedores de servicios y de apoyo crear respuestas bien fundadas, centradas en las personas y adaptadas al contexto local para satisfacer las necesidades expresadas (195).

Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental fomenta las competencias individuales, los recursos y el bienestar mental de todas las personas (cuadro 2). Entre las estrategias de interés para las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él, las personas que padecen trastornos mentales, los grupos de población clave, las personas mayores y de edad avanzada y las personas pertenecientes a otros grupos vulnerables se encuentran la promoción y la educación en materia de salud física y mental (121) y la promoción de políticas públicas de mejora sanitaria que se ocupan de los determinantes sociales de la salud (50).

Las siguientes intervenciones podrían llevarse a cabo principalmente en la comunidad y conllevar la vinculación con organizaciones comunitarias y sectores ajenos al sistema de salud (50):

- > Crear oportunidades de empleo.
- > Promover leyes contra la discriminación.
- > Despenalizar a las personas pertenecientes a los grupos de población clave.
- > Apoyar a las personas que han sobrevivido a la violencia de género y llevar a cabo intervenciones comunitarias encaminadas a prevenir la violencia.
- > Crear entornos propicios mediante intervenciones en las escuelas.
- > Fortalecer las acciones comunitarias conectando a las personas con los recursos, creando capital social y desarrollando competencias personales tales como la resiliencia.
- > Reorientar los servicios de salud, como, por ejemplo, realizar pruebas de cribado para la depresión perinatal.

Las intervenciones estructuradas basadas en activos que favorecen el empoderamiento económico de los jóvenes y sus familias, como, por ejemplo, las transferencias en efectivo, tienen efectos positivos en la salud mental (196, 197). La mejora del acceso a la educación gratuita conlleva beneficios para la salud mental y reduce el riesgo de VIH para los adolescentes (198, 199).

En el contexto de la prestación de servicios relacionados con el VIH, las políticas y la acción comunitaria que promueven la salud mental y el bienestar deben hacer hincapié en la despenalización del VIH, la reducción del estigma y la defensa de los derechos humanos. En combinación con las campañas de sensibilización sobre el VIH, la comunidad en general puede participar en la promoción de la salud en lo que respecta a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, con medidas como las siguientes:

- > Campañas masivas de sensibilización pública con el fin de sensibilizar a la población sobre la importancia y la disponibilidad de los servicios de salud mental y crear demanda de dichos servicios cuando sea necesario. Para llegar a los grupos de población clave y vulnerables, las campañas de sensibilización específicas resultan más eficaces, sobre todo en contextos de alto riesgo o alto grado de criminalización.
- > Estrategias orientadas a fusionar las campañas contra el estigma en el caso de los trastornos mentales y del VIH (200).
- > Difusión de materiales de sensibilización en los centros sanitarios sobre los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y sobre sus tratamientos.
- > Divulgación de materiales de sensibilización sobre el VIH en los servicios de tratamiento y atención de los trastornos mentales y por consumo de sustancias (50).
- > Medidas destinadas a garantizar que las personas que padecen trastornos mentales, las que consumen drogas y las que hacen un consumo nocivo del alcohol, así como sus comunidades, contribuyan de manera activa a sensibilizar y crear demanda de servicios y de apoyo.

Cuadro 2.

Actividades de promoción, servicios y apoyo en materia de salud mental que pueden llevarse a cabo en la comunidad y en entornos de atención sanitaria comunitarios

Conversaciones sobre salud mental	Promoción y prevención de la salud mental	Apoyo a las personas que padecen trastornos mentales	Recuperación y rehabilitación
Educación comunitaria en materia de salud mental	Estilo de vida saludable	Promoción de los derechos humanos	Seguimiento comunitario
Reducción del estigma, la discriminación y la exclusión social	Competencias para la vida	Detección de los trastornos mentales	Apoyo profesional, educativo y a la vivienda
Implicación de las personas que padecen trastornos mentales y sus familias	Fortalecimiento de las competencias de prestación de cuidados	Colaboración y establecimiento de relaciones	Recuperación social y mantenimiento de vínculos
	Prevención del suicidio	Facilitación de intervenciones psicológicas	Autogestión y autoasistencia, y apoyo prestado por pares
	Prevención del consumo de drogas y de los trastornos por consumo de sustancias	Derivación de pacientes para que reciban más atención y servicios	
	Autoasistencia para los proveedores comunitarios	Apoyo a los cuidadores y las familias	

Fuente: reproducido del documento titulado mhGAP community toolkit: field test version. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.

Prevención

Las intervenciones preventivas pueden reducir el riesgo, la incidencia y la prevalencia de un trastorno, la recaída en él, el tiempo en el que se padecen los síntomas, y los efectos en la persona y en su familia y su comunidad (50).

La prevención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias comienza con el reconocimiento y la comprensión de los signos y síntomas tempranos (49, 201). Los signos y síntomas de los trastornos prevalentes se describen en la *Guía de intervención mhGAP* elaborada por la OMS (49).

Algunas intervenciones dirigidas a prevenir los trastornos mentales o el suicidio pueden llevarse a cabo en entornos comunitarios, en la atención primaria de salud o en entornos que prestan servicios relacionados con el VIH, mediante la capacitación de los proveedores de servicios ya existentes.

Salud mental perinatal y materna

La gestión de la salud mental perinatal y materna entre las mujeres que viven con el VIH o corren el riesgo de contraerlo mejora el bienestar materno y tiene efectos beneficiosos indirectos en los resultados en materia de cuidado y desarrollo infantil, ya que la depresión materna se asocia con varios resultados adversos entre los niños. Las mujeres que viven con el VIH muestran un mayor riesgo de depresión perinatal que las mujeres sin VIH. La experiencia de la violencia de género aumenta aún más el riesgo de depresión perinatal de las mujeres. La depresión perinatal es un factor de riesgo de suicidio y se asocia a un mayor riesgo de contraer enfermedades no transmisibles, como la diabetes gestacional y (entre las que viven con el VIH) los problemas de adhesión al tratamiento del VIH y de retención de los pacientes en el proceso asistencial.

La prevención, el cribado y la evaluación y el tratamiento de la depresión en el período perinatal pueden integrarse en la prevención de la transmisión vertical del VIH o en los servicios de atención primaria del VIH (202, 203). La OMS recomienda que se lleven a cabo intervenciones psicosociales de apoyo a la salud mental materna integradas en los servicios de salud y desarrollo de los niños de la primera infancia. Estos servicios deben ponerse a disposición de las mujeres que viven con el VIH o corren el riesgo de contraerlo (203, 204). (Véanse los anexos 2 y 4).

Prevención y evaluación del suicidio

Dado que las comunidades participan cada vez más en los programas de prevención, detección, tratamiento y atención del VIH, entre otras cosas liderando y prestando servicios y haciendo frente al estigma y la discriminación, también pueden implicarse en la prevención del suicidio, en vista de los datos que indican la existencia de elevadas tasas de suicidio entre las personas que viven con el VIH, se ven afectadas por él o corren el riesgo de contraerlo (205-207).

La OMS ha publicado orientaciones detalladas para establecer intervenciones comunitarias destinadas a prevenir el suicidio (205) y para poner en práctica el enfoque VIVIR LA VIDA destinado a prevenir el suicidio en los países (206). (Véase el anexo 2). Para prevenir el suicidio es preciso evaluar a las personas que se encuentran en riesgo y de las que han llevado a cabo un intento de suicidio, prestar atención de seguimiento y garantizar el apoyo comunitario. En la *Guía de intervención mhGAP* se ofrecen directrices exhaustivas sobre la evaluación, la gestión y el seguimiento de la conducta autolesiva. Los proveedores deben preguntar a toda persona de 10 años de edad o más acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes y sobre actos de autolesión en el último año en caso de que presente alguna de las siguientes afecciones (49):

- > Trastornos mentales o neurológicos prioritarios: depresión, psicosis, demencia, trastornos mentales y conductuales del niño o el adolescente, epilepsia, ansiedad y afecciones relacionadas con el estrés.
- > Trastornos por consumo sustancias.
- > Dolor crónico.
- > Alteraciones emocionales agudas.

Las preguntas sobre autolesiones no provocan actos de autolesión. Más bien puede reducir la ansiedad asociada con los pensamientos de autolesión.

Integración de la prevención del suicidio en los programas comunitarios de reducción de daños dirigidos a las personas que se inyectan drogas

Una encuesta realizada en Delhi (India) ha registrado una alta prevalencia de pensamientos suicidas (53 %) e intentos de suicidio (36 %) entre las personas que se inyectan drogas. Los pensamientos suicidas se asociaron con una mayor probabilidad de intercambiar agujas y jeringuillas. Las correlaciones de los pensamientos suicidas fueron la falta de hogar, las relaciones familiares o conyugales tensas, la mala salud física, los síntomas graves de depresión o ansiedad, la experiencia reciente de violencia física y los antecedentes de relaciones sexuales forzadas (207).

La preparación del personal que trabaja en los programas de reducción de daños y en los servicios de salud de las organizaciones comunitarias para que apoye la prevención del suicidio podría consistir, entre otras cosas, en la sensibilización y el desarrollo de capacidades sobre los siguientes aspectos (207):

- > Preguntar sobre los pensamientos suicidas, tomar en serio los gestos suicidas, detectar las señales de alarma y realizar evaluaciones básicas del riesgo de suicidio.
- > Hacer un seguimiento de las personas que se encuentran en riesgo y derivarlas a una evaluación y un apoyo especializados, según sea necesario.
- > Hacer frente a los mitos sobre el suicidio: hablar del suicidio no hará que una persona se deje llevar por pensamientos suicidas.
- > Preparar a los clientes para que presten apoyo de pares.
- > Promover servicios que den respuesta a los factores psicosociales que impulsan el suicidio, como el acceso a una vivienda segura y asequible, las oportunidades de formación profesional que animen a perseguir objetivos, la reducción de la violencia y la discriminación contra las personas que se inyectan drogas, y los vínculos familiares.

Prevención de los trastornos por consumo de sustancias

Las intervenciones preventivas pueden llevarse a cabo en la atención primaria de salud, en la prestación de servicios relacionados con el VIH y en los entornos comunitarios mediante la capacitación de los proveedores de servicios ya existentes. El cribado y la intervención de corta duración consisten en sesiones de asesoramiento individual dirigidas a adolescentes o adultos, y pueden incluir sesiones de seguimiento o información suplementaria para llevar a casa. Las sesiones pueden impartirse a cargo de diversos trabajadores sanitarios y sociales capacitados y dirigirse a personas que podrían estar en riesgo debido a su consumo de drogas o alcohol, pero que no buscarían tratamiento necesariamente (23).

Los proveedores de asistencia sanitaria deben preguntar a todas las mujeres embarazadas, lo antes posible en el embarazo y en cada visita prenatal, sobre su consumo anterior o actual de drogas y alcohol. Deben ofrecer una intervención de corta duración a todas las mujeres embarazadas que consuman drogas o alcohol. Los proveedores de asistencia sanitaria que atienden a mujeres embarazadas o puérperas que consumen drogas o que padecen trastornos por consumo de sustancias deben ofrecer una evaluación exhaustiva y una atención individualizada (53).

Se debe alentar a las mujeres embarazadas dependientes de opiáceos a recurrir a la terapia de sustitución de opiáceos, cuando se disponga de ella, en lugar de intentar la desintoxicación de opiáceos (55).

Las intervenciones familiares orientadas a reducir el consumo de drogas y los trastornos por consumo de sustancias consisten, entre otras cosas, en visitas a domicilio prenatales e infantiles por parte de trabajadores sanitarios capacitados para proporcionar a las mujeres habilidades de crianza y apoyo en cuestiones relacionadas con la salud, la vivienda, el empleo y los aspectos jurídicos; y programas de habilidades para la crianza de los hijos sobre el desarrollo positivo, la prevención del maltrato infantil y la violencia juvenil, y el apoyo para la gestión de problemas de comportamiento en niños y adolescentes.

Otras intervenciones encaminadas a prevenir los trastornos por consumo de sustancias necesitan que se adopten políticas o respuestas legislativas. Para llevar a cabo intervenciones en la comunidad es posible que deban establecerse vínculos con el ámbito educativo, los servicios sociales y las redes comunitarias. Entre las intervenciones de prevención comunitarias orientadas a reducir el consumo de drogas y los trastornos por consumo de sustancias se incluyen intervenciones en las escuelas, como, por ejemplo (208):

- > Programas destinados a mejorar el entorno del aula.
- > Políticas escolares sobre el consumo de drogas y alcohol.
- > Políticas para retener a los niños en la escuela.
- > Programas de ámbito escolar para mejorar el apego y la pertenencia a la escuela.
- > Educación en habilidades personales y sociales para niños y adolescentes.
- > Medidas que hagan frente a las vulnerabilidades psicológicas individuales.
- > Educación de la primera infancia.

Otras intervenciones comunitarias son (208):

- > Programas de aprendizaje emocional dirigidos a reducir el riesgo de los adolescentes de contraer el VIH y a prevenir el consumo de alcohol y drogas, la conducta autolesiva y el suicidio (50). (Véase el anexo 4).
- > Formación práctica para los proveedores de servicios y los cuidadores.
- > Intervenciones psicosociales con niños encaminadas a prevenir el consumo de drogas y alcohol.
- > Intervenciones comunitarias para la prevención del suicidio (205).

Cuadro 3.

Intervenciones preventivas para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

Trastorno	Intervención preventiva
Depresión y ansiedad en adultos	<ul style="list-style-type: none">> Terapia cognitivo-conductual para síntomas subumbrales
Problemas de conducta y comportamiento en niños y adolescentes	<ul style="list-style-type: none">> Intervenciones psicosociales, incluida la educación en competencias para la vida orientada al aprendizaje social y emocional> Capacitación para la crianza de los hijos> Desarrollo de habilidades cognitivo-conductuales
Consumo nocivo de alcohol	<ul style="list-style-type: none">> Reducir la disponibilidad de alcohol> Aumentar la fiscalidad y los precios del alcohol> Prohibir la promoción y la publicidad del alcohol> Etiquetar las bebidas alcohólicas> Hacer cumplir las leyes sobre conducción bajo los efectos del alcohol> Proporcionar información sanitaria sobre los riesgos relacionados con el alcohol
Consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none">> Intervenciones de base poblacional de conformidad con los tratados sobre drogas de 1961, 1971 y 1988, en particular la restricción de la disponibilidad, la distribución, la producción, la exportación y la importación> Aplicación de las recomendaciones formuladas en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas (2016)
Suicidio y conducta autolesiva	<ul style="list-style-type: none">> Restringir el acceso a los medios para suicidarse, como los plaguicidas altamente peligrosos, las armas de fuego y los medicamentos> Alentar una labor responsable de los medios de comunicación al informar sobre el suicidio> Fomentar las competencias socioemocionales para la vida en los jóvenes> Llevar a cabo la detección temprana, la evaluación, la gestión y el seguimiento de todas las personas afectadas por comportamientos suicidas

Fuentes:

Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities, third edition. Washington, D. C.: Banco Mundial; 2016.

International standards on drug use prevention: second updated edition. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud; 2018.

Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.

Los tratados de fiscalización internacional de drogas: Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988. Nueva York; Naciones Unidas; 2013.

Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

VIVIR LA VIDA. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.

A/RES/S-30/1. Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2016.

Intervenciones y servicios de respuesta a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

Los instrumentos concebidos para dar respuesta a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias abarcan las intervenciones psicosociales y farmacológicas. Algunas intervenciones psicosociales son suficientes por sí solas para favorecer el bienestar y la calidad de vida y reducir el malestar.

En los casos más graves es posible que se necesiten intervenciones farmacológicas. Pueden utilizarse en combinación con las intervenciones psicosociales cuando resulte necesario y deben supervisarse junto con la administración de la terapia antirretrovírica para las personas que viven con el VIH.

En el anexo 3 se describen los instrumentos de cribado para los problemas relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales son actividades, técnicas o estrategias interpersonales o informativas que dan respuesta a factores biológicos, conductuales, cognitivos, emocionales, interpersonales, sociales o ambientales. Su objetivo es reducir los síntomas; mejorar la capacidad funcional, el bienestar, la calidad de vida y la inclusión social; educar a las personas en materia de salud mental; y atender las necesidades de promoción, prevención y tratamiento de la salud mental (209, 210).

Las intervenciones psicosociales pueden consistir en psicoterapias (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal, terapia de resolución de problemas), tratamientos comunitarios (por ejemplo, tratamiento comunitario asertivo, intervención en el primer episodio de psicosis), readaptación profesional, servicios de apoyo individual, de pares y comunitario, e intervenciones de atención integrada (209).

Las habilidades básicas de apoyo psicosocial ocupan un lugar central en todas las intervenciones en materia de salud mental y apoyo psicosocial. Todos los proveedores de atención sanitaria, de servicios sociales y de apoyo deben poseer estas habilidades. La guía del Comité Permanente entre Organismos elaborada para el personal sanitario de respuesta a la COVID-19 ofrece recursos sobre el desarrollo de habilidades (211).

En la *Guía de intervención mhGAP* se describen las intervenciones psicosociales relacionadas con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias a lo largo del ciclo vital, y se presentan intervenciones específicas para los trastornos que afectan a los niños y adolescentes (49). Las directrices consolidadas de la OMS sobre el VIH de 2021 recomiendan la realización de intervenciones psicosociales para los adolescentes y los jóvenes que viven con el VIH (161, 169). Las *Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes* ofrecen recomendaciones específicas para la promoción y la atención de la salud mental de los adolescentes (9). Las intervenciones señaladas tienen como objetivo:

- > Educar a las personas sobre la salud mental y el consumo de sustancias (por ejemplo, psicoeducación).
- > Reducir el estrés y reforzar el apoyo psicosocial.
- > Promover la capacidad funcional en las actividades diarias.
- > Atender las necesidades de los adolescentes relacionadas con la promoción, la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en materia de salud mental, incluidos los jóvenes en contextos humanitarios, los que se enfrentan a un embarazo o a la paternidad, y los que tienen problemas emocionales y conductas problemáticas o de oposición.

La educación es a menudo el punto de partida más adecuado para prestar apoyo psicosocial. Algunos ejemplos son:

- > Explicar que la depresión es muy común, que no indica debilidad o pereza y que no puede controlarse con mera fuerza de voluntad.
- > Ofrecer información básica sobre la demencia y explicar las opciones de apoyo individual, familiar y comunitario.
- > Explicar que el VIH está asociado a la depresión y la manía en algunas personas.
- > Proporcionar información sobre los medicamentos antirretrovíricos que pueden causar síntomas depresivos o tener otros efectos en la salud mental.
- > Explicar que los trastornos por consumo de sustancias, entre ellos la drogodependencia, pueden tratarse de manera eficaz, y que las personas pueden mejorar y lo consiguen.

Estas técnicas pueden integrarse fácilmente en las intervenciones sistemáticas de apoyo psicosocial que se prevén en los programas de VIH y en los entornos de prestación de servicios, por ejemplo, en el nivel de atención primaria.

Los tratamientos psicológicos (psicoterapias) son intervenciones que resultan eficaces para numerosos trastornos mentales y por consumo de sustancias (cuadro 4). Tradicionalmente, estos tratamientos exigen un tiempo considerable y son administrados por especialistas. Para aumentar la utilización y superar los obstáculos, se han adaptado con el fin de que puedan usarlos más en general trabajadores no especialistas que hayan recibido la debida capacitación y estén sujetos a supervisión (49, 212).

Las intervenciones psicológicas ampliables pueden consistir, entre otras cosas, en tratamientos psicológicos modificados con base empírica y adaptados a las necesidades (por ejemplo, versiones de la terapia cognitivo-conductual o de la terapia interpersonal básicas y de corta duración) y en materiales de autoayuda basados en principios de tratamiento psicológico con base empírica (por ejemplo, libros de autoayuda y materiales audiovisuales, intervenciones de autoayuda en línea y programas de autoayuda individual o grupal guiados) (212, 213).

En el caso de la depresión moderada o grave, la *Guía de intervención mhGAP* señala que los proveedores de asistencia sanitaria pueden seleccionar como terapia de primera línea, tratamientos psicológicos como, por ejemplo, la activación conductual, la orientación para la resolución de problemas, el enfoque Enfrentando Problemas Plus, la psicoterapia de apoyo grupal, la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia interpersonal (49). Según un análisis, las intervenciones grupales basadas en la terapia cognitivo-conductual ofrecieron la mejor evidencia en lo que respecta a la reducción de los síntomas depresivos entre las personas que viven con el VIH (214). (Véase el anexo 2).

Cuadro 4.

Terapias psicológicas para la salud mental y el consumo de sustancias

Intervención	Recomendada para
Activación conductual	> Depresión
Capacitación en técnicas de relajación	> Depresión
Orientación para la resolución de problemas	> Depresión
Terapia cognitivo-conductual	> Depresión > Trastornos mentales de niños y adolescentes > Trastornos por consumo de sustancias > Psicosis
Terapia de gestión de contingencias	> Trastornos por consumo de sustancias > Psicosis
Asesoramiento o terapia para la familia	> Depresión
Terapia interpersonal	> Depresión
Entrevista motivacional y terapia de refuerzo motivacional	> Trastornos por consumo de sustancias > Salud mental y conductual de niños y adolescentes
Enfoques de tratamiento orientados a la familia, incluidas las habilidades para la crianza de los hijos	> Depresión > Ansiedad > Estrés traumático
Enfoque de tratamiento de elementos comunes	> Depresión > Ansiedad > Estrés traumático > Trastornos por consumo de sustancias

Fuente: Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.

Trastornos neurocognitivos

La infección por el VIH se asocia con una serie de trastornos neurocognitivos (afecciones neurocognitivas asociadas al VIH), entre ellos el deterioro neurocognitivo asintomático, el trastorno neurocognitivo leve y la demencia asociada al VIH. Los efectos neurocognitivos del VIH pueden afectar a las personas durante toda la vida. En el caso de los niños que viven con el VIH, entre el 10 % y el 50 % de los que reciben terapia antirretrovírica experimentan déficits cognitivos. En los entornos donde los niños no reciben un tratamiento temprano, persiste el riesgo de encefalopatía progresiva asociada al VIH (141).

El VIH puede agravar el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento. Los trastornos comórbidos, como el síndrome metabólico, la drogodependencia y el alcoholismo, las coinfecciones (por ejemplo, hepatitis vírica C, tuberculosis, toxoplasmosis) y las enfermedades no transmisibles (por ejemplo, diabetes, hipertensión) aumentan el riesgo de deterioro cognitivo (96, 141, 215).

El deterioro cognitivo puede asociarse con la depresión y al uso de medicamentos con fuertes efectos secundarios anticolinérgicos (es decir, que bloquean la acción del neurotransmisor acetilcolina) (216).

La evaluación y la gestión del deterioro cognitivo en las personas que viven con el VIH deben integrarse en las visitas rutinarias a los dispensarios que prestan servicios relacionados con el VIH (215). (Véase el anexo 3 para consultar la información y los instrumentos de cribado). La gestión del deterioro cognitivo asociado al VIH comienza con el inicio de la terapia antirretrovírica o la optimización del régimen de terapia antirretrovírica para las personas que ya están en tratamiento. Entre otras estrategias, se recomiendan la reducción del consumo de alcohol y drogas, la gestión de la depresión y el estrés, el tratamiento de las enfermedades concurrentes, el fomento de la participación en actividades de estimulación cognitiva y la rehabilitación cognitiva (142). Las *Directrices de la OMS sobre la atención integrada de personas mayores* elaboradas por la OMS proponen recomendaciones con base empírica dirigidas a que los profesionales de la salud prevengan, retrasen o inviertan la tendencia al deterioro de las capacidades físicas y mentales de las personas mayores (217).

En la *Guía de intervención mhGAP* se describen la evaluación y la gestión de la demencia, que deberían incorporarse a las visitas rutinarias a los dispensarios que prestan servicios relacionados con el VIH (49). Entre las intervenciones psicosociales para los trastornos neurocognitivos cabe citar las siguientes:

- > La psicoeducación, que puede llevarse a cabo en visitas a domicilio a cargo de personal de enfermería, pares o voluntarios comunitarios de salud que hayan recibido la debida capacitación.
- > Alentar a los cuidadores a que lleven a cabo intervenciones dirigidas a mejorar el funcionamiento cognitivo.
- > Promover la independencia, la capacidad funcional y la movilidad.
- > Prestar apoyo a los cuidadores.
- > Gestionar los síntomas conductuales y psicológicos y relacionados con el funcionamiento cognitivo.
- > Detectar y tratar los problemas de salud subyacentes, incluido el VIH.
- > Reconocer y modificar los factores que dan lugar a problemas de comportamiento (por ejemplo, si, al salir a la calle sola, la persona se pierde, hay que velar por que vaya acompañada o por que las salidas conduzcan a espacios seguros).
- > Adaptar el entorno con el fin de crear seguridad para la persona.
- > Proporcionar información de manera regular para orientar al interesado sobre la hora, la fecha y los nombres de las personas.
- > Utilizar la prensa, la radio y la televisión para orientar al interesado sobre la actualidad y estimular los recuerdos.
- > Emplear una comunicación verbal clara y frases cortas, y escuchar atentamente a la persona.
- > Mantener rutinas sencillas y la familiaridad de los entornos.

Trastornos por consumo de sustancias

La reducción de daños eficaz y accesible, el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y las intervenciones dirigidas a las personas que consumen drogas o hacen un consumo nocivo del alcohol pueden disminuir el riesgo de contraer el VIH y pueden mejorar los resultados en gran medida.

El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias (por ejemplo, la terapia de sustitución de opiáceos) se asocia con un aumento de la cobertura del tratamiento del VIH, la adhesión y la retención de los pacientes en el proceso asistencial frente al VIH. Las personas que siguen una terapia de sustitución de opiáceos con metadona o buprenorfina reducen su consumo de heroína y otras drogas y presentan menores tasas de mortalidad, menos complicaciones médicas, tasas más bajas de transmisión del VIH y de la hepatitis vírica, menor participación en actividades delictivas y mejores resultados en materia de funcionamiento social y profesional, salud y bienestar 52).

No es frecuente que la gestión de los trastornos por consumo de sustancias se integre en los servicios y la atención del VIH y la tuberculosis. Uno de los principales problemas en los entornos de bajos recursos es la falta de programas sobre reducción de daños y la falta de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

- > Las intervenciones farmacológicas, psicosociales y orientadas al tratamiento que revisten carácter esencial y se basan en datos científicos pueden integrarse en los servicios relacionados con el VIH (49), y pueden adoptar, entre otras, las siguientes formas:
 - Cribado, intervenciones de corta duración y derivación de pacientes al tratamiento.
 - Servicios de reducción de daños dirigidos a las personas que se inyectan drogas (en particular, programas de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opiáceos).
 - Gestión de la intoxicación aguda con sustancias y de la abstinencia del consumo de sustancias.
 - Gestión de los trastornos mentales inducidos por la ingesta de sustancias (por ejemplo, psicosis, depresión).
 - Terapia de sustitución de opiáceos asistida psicosocialmente con metadona o buprenorfina.
 - Gestión farmacológica de la dependencia de otras sustancias.
 - Gestión y prevención de recaídas de trastornos debidos al consumo de otras sustancias (por ejemplo, alcohol, psicoestimulantes, cannabis, benzodiacepinas).
 - Prevención, detección y gestión de la sobredosis de sustancias (por ejemplo, uso de naloxona para la sobredosis de opiáceos).
 - Gestión de la recuperación y cuidados posteriores.
- > Las intervenciones psicosociales pueden consistir en lo siguiente:
 - Terapia cognitivo-conductual.
 - Gestión de contingencias.
 - Entrevista motivacional y terapia de mejora motivacional.
 - Enfoques de tratamiento orientados a la familia.
 - Iniciativas comunitarias (por ejemplo, grupos de ayuda mutua, apoyo prestado por pares).

Los servicios de atención primaria de salud pueden realizar intervenciones básicas, entre ellas el cribado, las intervenciones de corta duración y la derivación de pacientes al tratamiento, y, para la derivación, establecer vínculos claros con los servicios especializados.

Entre las buenas prácticas cabe citar la implicación de las comunidades, las redes de apoyo prestado por pares y los pares capacitados que trabajan en los servicios de tratamiento para llevar a cabo intervenciones específicas destinadas a detectar y hacer partícipes a los clientes y mantenerlos en el tratamiento del consumo de sustancias.

En algunos entornos, las salas de consumo observado o supervisado pueden prevenir las complicaciones, la sobredosis y el uso compartido de jeringuillas, agujas y otra parafernalia, lo que contribuye a la reducción de daños (218). Estos servicios podrían ampliarse en lugares con alta prevalencia del VIH.

La UNODC y la OMS ofrecen una visión general de los entornos y las modalidades de tratamiento en el documento titulado *International standards for the treatment of drug use disorders* (52).

Reducción de daños dirigida a las personas que se inyectan drogas

El conjunto completo de intervenciones relacionadas con la reducción de daños dirigidas a las personas que se inyectan drogas incluye las siguientes acciones:

- > Programas de agujas y jeringas.
 - > Terapia de sustitución de opiáceos y otros tratamientos farmacológicos con base empírica.
 - > Servicios de detección del VIH.
 - > Terapia antirretrovírica.
 - > Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
 - > Distribución de preservativos masculinos y femeninos.
 - > Información, educación y comunicación específicas.
 - > Prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis vírica.
 - > Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.
 - > Distribución comunitaria de naloxona para la prevención de muertes por sobredosis.
-

Intervenciones farmacológicas

Los tratamientos farmacológicos para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias pueden integrarse con los servicios relacionados con el VIH de conformidad con la *Guía de intervención mhGAP* (49). Los principios generales son:

- > Considerar los efectos secundarios de los medicamentos a corto y largo plazo, la eficacia del tratamiento anterior y las interacciones medicamentosas y las interacciones entre los medicamentos y la enfermedad.
- > Consultar el formulario farmacológico nacional o el formulario de la OMS, según sea necesario.
- > Instruir acerca de los riesgos y los beneficios del tratamiento, los posibles efectos secundarios, la duración del tratamiento y la importancia de observarlo rigurosamente.
- > Obrar con cautela cuando use medicación para las personas mayores, los pacientes con enfermedades crónicas (incluido el VIH), las mujeres durante el embarazo o la lactancia, y los niños y los adolescentes.
- > Las enfermedades del sistema nervioso central derivadas de la infección por el VIH pueden generar sensibilidad a los medicamentos psicotrópicos, como los antidepresivos, los ansiolíticos, los estimulantes, los antipsicóticos y los estabilizadores del estado de ánimo; deben usarse sus dosis más bajas y hay que consultar a un especialista cuando sea necesario (219).

La gestión psicofarmacológica de los trastornos neurocognitivos debe combinarse con intervenciones psicosociales. Los medicamentos antipsicóticos pueden usarse con precaución en personas que padezcan demencia, comenzando con la dosis efectiva más baja, si existe un riesgo para la persona o sus cuidadores (49).

En el caso de la depresión moderada a grave, pueden utilizarse antidepresivos como tratamiento de primera línea (por ejemplo, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos). Los proveedores deben tener en cuenta los posibles efectos adversos, la capacidad de administrar el tratamiento (por ejemplo, los conocimientos especializados, la disponibilidad del tratamiento) y las preferencias individuales (49).

Algunos medicamentos antirretrovíricos que se prescriben de manera habitual para tratar el VIH pueden tener efectos secundarios neuropsiquiátricos. El efavirenz se ha asociado con toxicidad del sistema nervioso central (por ejemplo, mareos, insomnio, sueños anormales), ansiedad, síntomas depresivos, confusión y comportamiento suicida. Son factores de riesgo, entre otros, la depresión basal o anterior y otros trastornos mentales (60, 220, 221). Efavirenz 400 mg se tolera mejor que la dosis normal de efavirenz (62). Pueden producirse interacciones entre los antirretrovíricos y los medicamentos psicotrónicos, lo que puede afectar al metabolismo de ambos (222, 223). Las directrices consolidadas de la OMS de 2021 recomiendan regímenes basados en dolutegravir con el fin de evitar los efectos secundarios neuropsiquiátricos más frecuentes asociados a efavirenz (169).

En el cuadro 5 se enumeran las interacciones entre determinados antirretrovíricos y los medicamentos de uso común para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Los proveedores deben vigilar los efectos secundarios y ser conscientes de que tal vez sea necesario modificar las dosis de las terapias psicofarmacológicas o sustituir los medicamentos antirretrovíricos. Para consultar una evaluación detallada de las interacciones farmacológicas, véase el anexo J que figura en el sitio web *Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines or HIV drug interactions* (222).

Cuadro 5.

Interacciones entre los medicamentos antirretrovíricos y los medicamentos utilizados de manera habitual para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias^{a,b,c}

Antirretrovíricos	Antipsicóticos ^d	Antidepresivos ^e	Estabilizadores del estado de ánimo y anticonvulsivos ^f	Terapia de sustitución de opiáceos ^g	Otros ^h
Fumarato de disoproxilo de tenofovir			Litio		
Lamivudina			Litio		
Emtricitabina					
Dolutegravir			Carbamazepina Ácido valproico		Hierba de San Juan
Efavirenz 400	Haloperidol Risperidona Pimozida ⁱ	Bupropión Citalopram Clomipramina Escitalopram Imipramina Mirtazapina Sertralina Trazodona Venlafaxina	Carbamazepina Ácido valproico	Buprenorfina Metadona	Hierba de San Juan
Abacavir			Carbamazepina	Buprenorfina Metadona	
Zidovudina	Flufenazina		Carbamazepina Ácido valproico	Metadona	
Raltegravir			Carbamazepina Ácido valproico		Hierba de San Juan

Antirretrovíricos	Antipsicóticos ^d	Antidepresivos ^e	Estabilizadores del estado de ánimo y anticonvulsivos ^f	Terapia de sustitución de opiáceos ^g	Otros ^h
Atazanavir	Flufenazina Haloperidol Pimozida ⁱ Risperidona	Amitriptilina Bupropión Citalopram Clomipramina Doxepina Escitalopram Fluoxetina Imipramina Mirtazapina Nortriptilina Paroxetina Sertralina Trazodona Venlafaxina	Carbamazepina Gabapentina Litio Ácido valproico	Buprenorfina Metadona	Hierba de San Juan
Lopinavir	Flufenazina Haloperidol Pimozida ⁱ Risperidona	Amitriptilina Bupropión Citalopram Clomipramina Doxepina Escitalopram Fluoxetina Imipramina Mirtazapina Nortriptilina Paroxetina Sertralina Trazodona Venlafaxina	Carbamazepina Gabapentina Litio Ácido valproico	Buprenorfina Metadona	Hierba de San Juan

^a Se muestran los medicamentos con posibles interacciones; si no se muestran, no se prevé ninguna interacción. Para obtener más información, consulte las fuentes que se indican a continuación.

^b  No se prevé ninguna interacción.

 Interacción probable; no se debe coadministrar.

 Interacción posible que puede exigir un estrecho seguimiento y la alteración de la dosis o el horario.

 Posible interacción débil.

^c El objetivo de este cuadro es mostrar las interacciones farmacológicas de los medicamentos más utilizados en algunos países. La inclusión de un medicamento determinado en este cuadro no indica necesariamente que figure en la lista de medicamentos psicotrópicos esenciales elaborada por la OMS ni que esté recomendado en las orientaciones mhGAP de la OMS relativas al tratamiento de la depresión y la psicosis.

^d Antipsicóticos: flufenazina, haloperidol, pimozida, risperidona.

^e Antidepresivos: amitriptilina, bupropión, citalopram, clomipramina, doxepina, escitalopram, fluoxetina, imipramina, mirtazapina, nortriptilina, paroxetina, sertralina, trazodona, venlafaxina.

^f Estabilizadores del estado de ánimo y anticonvulsivos seleccionados: carbamazepina, gabapentina, litio, ácido valproico.

^g Tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos: buprenorfina, metadona.

^h Otros medicamentos no aprobados para el tratamiento de la depresión o los trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias: hierba de San Juan.

ⁱ Estos medicamentos compiten por la isoforma CYP3A4 del citocromo P450 o la inhiben, lo que eleva los niveles de pimozida.

Fuentes:

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.

Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

Web annex J: table of drug interactions with antiretroviral drugs In: Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.

Interacciones entre drogas para el VIH. Liverpool: University of Liverpool (<https://checker.huesped.org.ar>).

Consideraciones sobre los servicios integrados para el VIH y los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

La meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible aspira a lograr la cobertura sanitaria universal, incluidos servicios de calidad y protección contra los riesgos financieros para todos. La prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias deben integrarse en servicios accesibles, eficaces y asequibles en los que se respeten los derechos y la dignidad de todas las personas (50, 224).

Modelos de servicios integrados

La integración de los servicios y de la atención ofrece la oportunidad de que la prevención, el tratamiento y la atención de múltiples enfermedades se basen en los derechos humanos, tengan en cuenta las cuestiones de género y edad, sean equitativos y adopten un enfoque centrado en las personas. Los servicios integrados facilitan una mejor comunicación y coordinación de la prestación de servicios, se revelan eficientes y repercuten de forma positiva en los resultados en materia de salud, en el bienestar y en la calidad de vida (5).

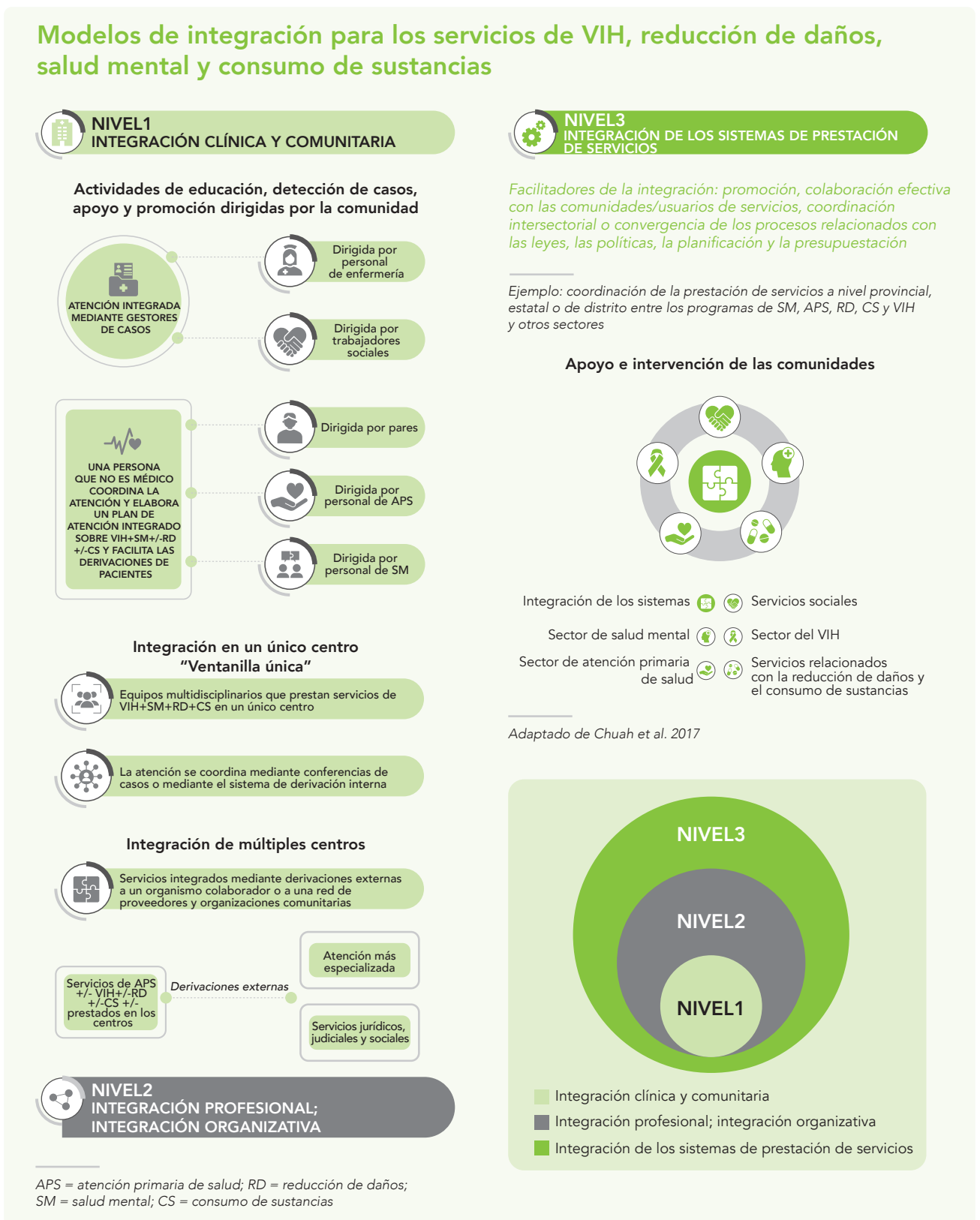
Existen muchos modelos de integración para diferentes contextos locales y sistemas sanitarios. La integración puede tener lugar en diversas etapas de la atención clínica y la prevención, como, por ejemplo, la promoción, la prevención, el cribado y la detección precoz de enfermedades, el asesoramiento sobre los factores de riesgo conductuales y la gestión de enfermedades ya existentes (50, 127).

Es preciso establecer y mantener sólidos vínculos entre los servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, la reducción de daños, la prevención, detección, tratamiento y atención del VIH, y los sistemas de apoyo pertinentes (por ejemplo, los servicios dirigidos a las personas que han sobrevivido a la violencia de pareja y otras formas de violencia, la educación, la vivienda, los servicios sociales, los servicios jurídicos y la justicia).

Los servicios de prevención, detección, tratamiento y atención del VIH pueden integrarse en los servicios de atención sanitaria especializada o primaria relacionados con los trastornos mentales o por consumo de sustancias. Asimismo, los servicios de salud mental, reducción de daños y consumo de sustancias pueden integrarse en los servicios relacionados con el VIH.

Figura 2.

Modelos de servicios integrados



APS = atención primaria de salud; RD = reducción de daños; SM = salud mental; CS = consumo de sustancias

Fuente: adaptado de Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. Health Policy Plan. 2017;32(suppl. 4):iv27-iv47.

Es importante que los servicios integrados respondan a las necesidades de las personas que pertenecen a los grupos de población clave y vulnerables. Estos servicios podrían incorporar el apoyo psicosocial y el cribado para los trastornos mentales en los servicios móviles de búsqueda activa en materia de VIH y la integración de los servicios de salud mental en los servicios relacionados con la violencia sexual y de género.

El manual de operaciones mhGAP (*mhGAP operations manual*) (50) y las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos causados por el consumo de drogas (*International standards for the treatment of drug use disorders*) (52) ofrecen directrices para la adaptación de los enfoques de tratamiento a los contextos y las necesidades particulares de la población.

En la figura 1 se muestran los tres niveles de atención integrada: la integración en el sistema sanitario (nivel 3); la integración entre organizaciones o centros o redes profesionales (nivel 2); y la integración clínica mediante la coubicación de servicios completos en un único lugar y la coordinación del proceso asistencial mediante un gestor de atención (nivel 1). Los niveles inferiores están ubicados dentro de los niveles superiores de integración e interactúan con ellos. Cada nivel de integración necesita intervenciones y actividades distintas, pero relacionadas. Lo ideal es que, dentro de cada nivel y entre los distintos niveles, haya sinergia, interacción y coordinación de las actividades de integración (127).

Integración por nivel de recursos

El modelo equilibrado de prestación de servicios y atención relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias contribuye a determinar el nivel de servicios que pueden prestarse en diferentes contextos de recursos, entre ellos los servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios (8, 225). Los programas de VIH deben evaluar el nivel de recursos humanos y financieros disponibles para complementar los servicios y recursos dirigidos a las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y para integrarse con dichos servicios y recursos.

Los servicios integrados pueden aumentar la eficiencia y reducir el coste que conlleva el hecho de prestar múltiples intervenciones de atención o prevención. La mayoría de los estudios sobre la integración (por ejemplo, de los servicios relacionados con el VIH en unos servicios integrales de atención primaria de salud ubicados en un solo lugar) muestran que esta medida es factible y eficaz en función de los costes, aunque se necesitan estudios e investigaciones más matizados sobre la relación costes-eficacia de la integración de los servicios en materia de VIH, salud mental y drogodependencia (181, 226-230). Estos estudios deben ser específicos para cada contexto y examinar la viabilidad de la integración. En el caso de las intervenciones relacionadas con la salud mental que pueden integrarse en las plataformas o en la atención primaria de salud comunitarias, su ejecución es eficaz en función de los costes, incluido el apoyo grupal. La psicoterapia de apoyo grupal utilizada para tratar la depresión en personas que viven con el VIH resultó más eficaz en función de los costes que las sesiones de educación grupal sobre el VIH: los costes para prevenir un año perdido por depresión equivalían a 13 dólares de los Estados Unidos utilizando la psicoterapia de apoyo grupal y a 26 dólares de los Estados Unidos utilizando las sesiones de educación grupal (126).

El fomento de la capacidad de los proveedores de servicios comunitarios y de atención primaria de salud, con estructuras de supervisión adecuadas, puede ampliar la cobertura de las intervenciones psicológicas y farmacológicas relacionadas con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y drogas (83). En entornos en los que los proveedores de servicios de salud mental escasean, el apoyo psicosocial y las intervenciones psicológicas de baja intensidad, como el programa de pensamiento saludable (véase el anexo 2), pueden encomendar eficazmente a agentes de salud no especializados o a pares que hayan recibido capacitación y estén sujetos a supervisión (175, 202, 231). El estudio monográfico sobre el Programa de Integración de la Salud Mental que figura en el anexo 4 muestra ejemplos de actividades y funciones específicas asumidas por un equipo de atención colaborativa que presta atención integrada en Sudáfrica.

En el cuadro 6 se exponen las principales actividades de los servicios relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias en función de los recursos disponibles.

Cuadro 6.

Adecuación de los servicios relacionados con los trastornos mentales al nivel de recursos de cada entorno

Servicios comunitarios (prestados por los sectores pertinentes)	Atención primaria de salud (prestados por trabajadores de la atención primaria general)	Atención secundaria de salud (prestados en hospitales generales)	Atención terciaria de salud (prestados por servicios especializados de salud mental)
Entornos de bajos recursos			
<ul style="list-style-type: none"> > Oportunidades básicas de ocupación, empleo e inclusión social > Intervenciones comunitarias básicas dirigidas a dar a conocer la salud mental > Intervenciones orientadas a reducir el estigma y promover la búsqueda de ayuda > Oferta de programas de prevención del suicidio a nivel comunitario (por ejemplo, reducción del acceso a los pesticidas, información responsable por parte de los medios de comunicación locales, intervenciones en las escuelas) > Programas de intervención en la primera infancia y en la crianza de los hijos > Programas básicos de salud mental en las escuelas > Promoción de las intervenciones relacionadas con la autoasistencia > Integración de la salud mental en los programas comunitarios de rehabilitación y desarrollo inclusivo > Atención domiciliaria para promover la adhesión al tratamiento > Activación de redes de contactos sociales 	<ul style="list-style-type: none"> > Detección de casos > Intervenciones psicosociales básicas con base empírica > Intervenciones farmacológicas básicas con base empírica > Vías básicas de derivación de pacientes a la atención secundaria > Intervenciones mhGAP 	<ul style="list-style-type: none"> > Capacitación, apoyo y supervisión del personal de atención primaria > Dispensarios ambulatorios > Atención para pacientes agudos ingresados en hospitales generales > Vías básicas de derivación de pacientes a la atención terciaria 	<ul style="list-style-type: none"> > Mejorar la calidad de la atención en los hospitales psiquiátricos > Iniciar el traslado de los servicios de hospitalización de salud mental de los hospitales psiquiátricos a los hospitales generales > Iniciar el cierre de las instituciones de estancia prolongada y crear entornos comunitarios alternativos > Establecer los medios necesarios para autorizar a todos los profesionales que tratan a personas que padecen trastornos mentales, incluidos los centros de atención no formal > Oferta de tratamientos psicológicos con base empírica > Garantizar el cumplimiento de los convenios de derechos humanos pertinentes > Iniciar servicios de consulta y enlace en colaboración con otros departamentos médicos y mejorar la atención de la salud física de las personas que acuden a los servicios de salud mental
Entornos de recursos medios			
<ul style="list-style-type: none"> > Servicios comunitarios prestados en los entornos de bajos recursos > Oportunidades coordinadas de ocupación, empleo e inclusión social > Intervenciones comunitarias coordinadas dirigidas a dar a conocer la salud mental > Intervenciones coordinadas orientadas a reducir el estigma y promover la búsqueda de ayuda > Coordinación en el ámbito de la ciudad y del distrito de los planes integrados de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> > Servicios de atención primaria de salud prestados en los entornos de bajos recursos > Cobertura geográfica equitativa de la atención de la salud mental integrada en la atención primaria de salud > Atención colaborativa coordinada en todas las plataformas de prestación de servicios > Capacitación integral en salud mental para el personal de atención sanitaria general 	<ul style="list-style-type: none"> > Servicios de atención secundaria de salud prestados en los entornos de bajos recursos > Equipos móviles multidisciplinares de salud mental de la comunidad dirigidos a las personas que padecen trastornos mentales graves > Integración de la atención de la salud mental con otros servicios de atención secundaria de salud 	<ul style="list-style-type: none"> > Servicios de atención terciaria de salud prestados en los entornos de bajos recursos > Consolidar el traslado de los servicios de hospitalización de salud mental de los hospitales psiquiátricos a los hospitales generales > Oferta básica de servicios especializados concretos (por ejemplo, niños y jóvenes, personas mayores) > Consolidar los servicios de consulta y de enlace

Servicios comunitarios (prestados por los sectores pertinentes)	Atención primaria de salud (prestados por trabajadores de la atención primaria general)	Atención secundaria de salud (prestados en hospitales generales)	Atención terciaria de salud (prestados por servicios especializados de salud mental)
<ul style="list-style-type: none"> > Atención de la salud mental en las políticas de todos los sectores Oferta de alojamientos independientes y con apoyo para las personas que padecen trastornos mentales de larga duración > Programas de prevención del consumo de sustancias > Oferta de servicios para las personas sin hogar que padecen trastornos mentales o por consumo de sustancias > Rehabilitación comunitaria para las personas con discapacidades psicosociales 			
Entornos de altos recursos			
<ul style="list-style-type: none"> > Servicios comunitarios prestados en los entornos de bajos recursos > Oportunidades intensivas de ocupación, empleo e inclusión social > Intervenciones comunitarias intensivas dirigidas a dar a conocer la salud mental > Intervenciones intensivas orientadas a reducir el estigma y promover la búsqueda de ayuda > Oferta completa de alojamientos independientes y con apoyo para las personas que padecen trastornos mentales de larga duración > Oferta de servicios con base empírica en escuelas, colegios, lugares de trabajo y otras plataformas comunitarias > Programas intensivos de prevención del consumo de sustancias > Programas intensivos de intervención en la infancia y en la crianza de los hijos (por ejemplo, capacitación en competencias para la vida) > Programas intensivos de prevención del suicidio a nivel comunitario (por ejemplo, reducir el acceso a los medios de autolesión, capacitación de los medios de comunicación, intervenciones en las escuelas) 	<ul style="list-style-type: none"> > Servicios de atención primaria de salud prestados en los entornos de bajos recursos > Cobertura geográfica completa de la atención de la salud mental integrada en la atención primaria de salud > Modelo de atención colaborativa con especialistas que apoyan a los profesionales de la atención primaria de salud > Intervenciones mhGAP 	<ul style="list-style-type: none"> > Servicios de atención secundaria de salud prestados en los entornos de bajos recursos > Oferta completa de intervenciones psicosociales con base empírica y llevadas a cabo por expertos capacitados > Oferta completa de intervenciones farmacológicas con base empírica disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> > Servicios de atención terciaria de salud prestados en los entornos de bajos recursos > Traslado completo de los servicios de hospitalización de salud mental de los hospitales psiquiátricos a los hospitales generales > Oferta completa de servicios especializados concretos (por ejemplo, intervención temprana relacionada con la psicosis, los niños y jóvenes, las personas mayores, la adicción, los entornos forenses)

Fuentes:

The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018;392(10 157):1553-1598.
 Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. Psychol Med. 2013;43(4):849-863.

Programas, sistemas y prestación de servicios integrados

La integración de los programas, los sistemas, las intervenciones y los servicios exige el liderazgo y el compromiso compartido de las instancias normativas, las instancias de financiación, los gestores, los ejecutores de los programas de VIH, salud mental, atención primaria de salud, reducción de daños y otros programas pertinentes, los proveedores de servicios, la sociedad civil y las comunidades. Su colaboración debe garantizar la prestación de servicios integrales de calidad, fundamentados en datos, basados en los derechos humanos, integrados o vinculados, centrados en las personas, y que respondan a las necesidades y al contexto local, entre ellos la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento oportuno, la atención y el apoyo; la creación de entornos estratégicos, legislativos, presupuestarios y organizativos propicios; la planificación, la dotación de recursos y la ejecución de programas conjuntos; el establecimiento de sistemas integrados de información sanitaria y otros datos; y la implantación de sistemas conjuntos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas.

En todas estas iniciativas, la plena participación de las comunidades afectadas, de las personas que viven con el VIH, de las personas que padecen trastornos mentales, de las personas que consumen drogas o presentan trastornos por consumo de sustancias y de otras personas es fundamental para garantizar la rendición de cuentas, la promoción, la sensibilización, la creación de demanda y la prestación de servicios y apoyo directos, y para hacer frente al estigma y la discriminación (50, 52, 120, 128, 232-234).

Las actividades descritas en la presente sección pueden aplicarse a las personas a lo largo del ciclo vital, a diferentes modelos o niveles de integración, y a la integración de los servicios y programas dirigidos a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en los servicios y programas de relacionados con el VIH, y viceversa.

Planificación

La integración comienza con la planificación de la movilización de recursos, sistemas y personas para garantizar la prestación de servicios, atención y apoyo integrados o vinculados de calidad a nivel local, regional y nacional. Dicha planificación debe organizarse en torno a cinco pilares fundamentales (69):

- > Implicación de las partes interesadas y de la comunidad para garantizar su participación activa y regular en la planificación, la prestación y la mejora de servicios de calidad, atendiendo también al principio de mayor participación de las personas que viven con el VIH/sida (MPPVS).
- > Apoyo prestado en los centros y dirigido a los proveedores de servicios sanitarios y de otros servicios mediante la mentoría y el fomento de competencias en los entornos clínicos y programáticos.
- > Supervisión para hacer un seguimiento de la prestación de servicios de calidad, atención y apoyo, y garantizar la rendición de cuentas.
- > Intercambio de experiencias en los distintos niveles de los servicios sanitarios, sociales, jurídicos y otros pertinentes y aprendizaje basado en ellas.
- > Gestión para garantizar la puesta en marcha de las estructuras y los sistemas que hagan posible la realización de estas acciones y la prestación real de servicios.
- > La planificación a nivel nacional y regional debe incluir lo siguiente:
- > Detectar y hacer partícipes en los procesos de planificación a todas las partes interesadas y comunidades clave, entre ellas las personas que necesitan servicios (por ejemplo, las personas que viven con el VIH, los grupos de población clave, las personas que consumen drogas, las personas que hacen un consumo nocivo del alcohol, las personas que padecen trastornos mentales), las instancias normativas nacionales y regionales, los ejecutores de los programas, los sistemas sanitarios y otros gestores sectoriales (por ejemplo, la justicia, la protección social, la educación) (120, 235):
 - Velar por que estén representadas las perspectivas de género y edad. Dar prioridad a la inclusión de las comunidades afectadas y de personas que han vivido su propia

- experiencia, entre ellas las personas que viven con el VIH, las personas pertenecientes a grupos de población clave, las personas que consumen drogas, las personas que padecen trastornos mentales y las personas con discapacidades intelectuales y psicosociales.
- Facilitar las relaciones de trabajo entre los departamentos y los ministerios encargados de los programas y servicios relacionados con el VIH, la reducción de daños, las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales y por consumo de sustancias, y los servicios sociales, judiciales y jurídicos, e indicar los puntos focales correspondientes. Formalizar las alianzas con acuerdos de trabajo por escrito.
 - Indicar quiénes son los responsables de la adopción de decisiones para comprometer los recursos y especificar los acuerdos de reparto de recursos.
 - Determinar las regiones en que se ejecutan los programas, los servicios, la atención y las intervenciones integradas.
- > Determinar los objetivos, las funciones y los recursos de los programas, de la prestación de servicios y del apoyo integrados:
 - Compartir, aumentar o mantener los recursos para el VIH, la salud mental, la reducción de daños y otros servicios y apoyos pertinentes.
 - Crear mecanismos de planificación, programación y ejecución conjuntas.
 - Establecer responsabilidades y estructuras de gestión para garantizar que los procesos de integración pongan en práctica los principios relativos a unos servicios, una atención y un apoyo de calidad.
 - > Realizar análisis conjuntos de la situación para evaluar las carencias y las necesidades actuales relacionadas con los programas, los servicios, la atención y el apoyo integrados, haciendo partícipes a las comunidades (50).

La planificación a nivel local debe contemplar las siguientes iniciativas:

- > Determinar los niveles y las modalidades de integración factibles para el programa y el entorno.
- > Indicar los programas, las comunidades y las instalaciones específicas en las que se producirá la integración, y el modo en que se implantará y se ampliará.
- > Determinar la capacidad de los recursos y los sistemas, la dirección y la modalidad de integración (en la atención relacionada con el VIH, la salud mental u otros servicios, o ambas cosas).
- > Determinar si se necesitan recursos suplementarios de prestación de servicios para el seguimiento y la evaluación del programa, la mentoría clínica, el asesoramiento y la supervisión, o si puede prepararse a los recursos que ya existen en la comunidad y en los centros (por ejemplo, prestadores no profesionales, *peer workers*/agentes que prestan apoyo de pares, médicos profesionales) para que proporcionen servicios.

Preparación

En esta etapa, las partes interesadas clave ejecutan los planes que preparan la implantación de los servicios, la atención y el apoyo integrados, labor que también abarca el establecimiento de sistemas, procesos y normas. La preparación a nivel nacional y regional debe contemplar las siguientes acciones:

- > Establecer grupos de trabajo técnicos con un mandato claro y una amplia representación, garantizando la participación de las comunidades afectadas, entre ellas las personas que padecen trastornos mentales, las personas que viven con el VIH, los adolescentes y los adultos jóvenes, los grupos de población clave y las personas que consumen drogas.
- > Crear un entorno propicio para la integración:
 - Corregir los marcos jurídicos discriminatorios que impiden el acceso a servicios, atención y apoyo respetuosos y de calidad.
 - Establecer cadenas de suministro, o mejorar las ya existentes y su gestión, en lo que respecta a los medicamentos y otros productos esenciales para la gestión de los

- trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el marco de los programas, las intervenciones, los servicios y la atención en materia de VIH.
- Establecer cadenas de suministro, o mejorar las ya existentes y su gestión, en lo que respecta a los medicamentos y otros productos esenciales para la detección, el tratamiento y la atención del VIH en el marco de la atención y los servicios de salud mental y neurológica, los programas de reducción de daños y la atención de los trastornos por consumo de sustancias.
 - Especificar la movilización de recursos para el apoyo sostenido de los programas, la prestación de servicios, las intervenciones y el apoyo integrados.
- > Facilitar los vínculos y las relaciones de trabajo entre las comunidades y la salud, la justicia social, la educación y otros sectores, programas y proveedores de servicios.
 - > Establecer protocolos de derivación de pacientes entre los entornos que prestan servicios sanitarios, así como de derivación de pacientes hacia y desde servicios no sanitarios, en especial los servicios sociales, jurídicos, de prevención de la violencia y dirigidos a las personas que han sobrevivido a esta.
 - > Preparar políticas, planes estratégicos, planes de ejecución de programas, directrices clínicas y protocolos para la integración de los servicios, la atención y el apoyo relacionados con el VIH y con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, también a nivel comunitario.
 - > Establecer indicadores de seguimiento de los programas, de los resultados y de las actividades.
 - > Adoptar normas mínimas relativas a los servicios y la atención de calidad para todos los usuarios de servicios y atención, y normas específicas para los adolescentes (68, 69).
 - > Facilitar los vínculos y las relaciones de trabajo entre la salud mental, las enfermedades no transmisibles, el VIH o el programa nacional de control del sida, y las divisiones o departamentos de atención primaria de salud (o análogos) del ministerio o departamento de salud.
 - > Elaborar planes orientados a vigilar y evaluar la aplicación y la ampliación de la integración.

La preparación a nivel local debe abarcar las siguientes iniciativas:

- > Aplicar políticas y planes estratégicos y de ejecución.
- > Velar por que los ejecutores de programas y los proveedores de servicios relacionados con el VIH y la salud mental, entre otros ámbitos, junto con las comunidades, incluidas las personas que viven con el VIH, las personas que padecen trastornos mentales, los grupos de población clave, las personas que consumen drogas, los adolescentes, las personas mayores y de edad avanzada y otros grupos clave, contribuyan a determinar la forma de integrar los servicios y las intervenciones de atención que se ofrecerán dentro de (entre otros) los dispensarios que prestan servicios relacionados con el VIH y otros entornos de prestación de servicios relacionados con el virus, los entornos que prestan servicios para la prevención de la transmisión vertical del VIH, los servicios de atención y apoyo basados en la comunidad o en el hogar, y los sistemas de curación espirituales o tradicionales.
- > Concebir estrategias para integrar los servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el contexto de la prestación de servicios y cuidados diferenciados.
- > Determinar los proveedores a los que se debe contratar en función de los distintos servicios e intervenciones.
- > Según el contexto local, capacitar a los proveedores de servicios relacionados con el VIH, los asesores sobre el VIH, los proveedores que prestan apoyo para la adhesión al tratamiento del VIH y otro tipo de apoyo, los agentes de salud comunitarios y los proveedores de atención primaria de salud y otros servicios para que realicen la detección, el diagnóstico y las intervenciones psicosociales o farmacológicas, de acuerdo con sus funciones y competencias.
- > Capacitar a los educadores pares sobre los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, sobre los servicios relacionados con el VIH y sobre conceptos básicos de la atención.

- > Capacitar a los especialistas en salud mental y neurología (psiquiatras, neurólogos, especialistas en medicina de las adicciones, enfermeros psiquiátricos, psicólogos) y a los trabajadores sociales sobre la prevención del VIH, el tratamiento, la atención, la evaluación del riesgo, las interacciones farmacológicas y los efectos del VIH en el sistema nervioso central.
- > Implicar y capacitar a los curanderos tradicionales y religiosos y a los representantes de las organizaciones confesionales en los principios de servicios, atención y apoyo integrados, y hacerlos partícipes en los enfoques que promueven los servicios, la atención y el apoyo colaborativos, de base comunitaria y dirigidos por la comunidad (236).
- > Desarrollar la capacidad de los proveedores de servicios relacionados con el VIH para trabajar con personas con discapacidades intelectuales y psicosociales; dirigir servicios inclusivos y accesibles, elaborar materiales accesibles, prestar servicios integrales de prevención del VIH y garantizar la integración de los servicios salud sexual y reproductiva y derechos conexos para las mujeres con discapacidad.
- > Crear entornos propicios dentro de las comunidades destacando las oportunidades de promover la salud mental; determinando las necesidades locales en materia de salud mental; y aprovechando los recursos y oportunidades disponibles para llevar a cabo actividades, programas e intervenciones de salud mental en la comunidad (121).
- > Velar por que todos los proveedores sean conscientes y sensibles ante las experiencias de exclusión social y discriminación de las personas, y ante el modo en que dichas experiencias pueden manifestarse en el contexto local.

Iniciativas que deben adoptarse y ejecutarse

A nivel nacional y regional, es preciso elaborar y proporcionar directrices y protocolos clínicos relativos a la prestación de servicios, atención y apoyo integrados.

A nivel local, deben adoptarse y ejecutarse las siguientes iniciativas:

- > Sensibilizar a los clientes, los trabajadores de los centros sanitarios y los agentes de salud comunitarios sobre la importancia de integrar, vincular y coubicar los servicios relacionados con el VIH y con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (50, 128).
- > Proporcionar un conjunto de servicios de información, asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y atención que responda a las necesidades de los grupos de población clave, los adolescentes, las personas mayores y de edad avanzada y las personas pertenecientes a otros grupos vulnerables (68).
- > Impartir capacitación conjunta a los gestores y los proveedores de los servicios, llevar a cabo actividades de división de tareas, mantener una supervisión continua, aplicar las directrices sobre la derivación de pacientes to servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, y llevar a cabo un seguimiento de la calidad de los servicios (49, 128).
- > Impartir capacitación basada en las competencias a los proveedores de servicios en los centros sanitarios y a otros proveedores de servicios para que presten servicios de calidad, eficaces, basados en los derechos, no discriminatorios y no prejuiciosos a las personas que viven con el VIH, a las personas que viven con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, los grupos de población clave, las personas mayores y de edad avanzada, los adolescentes, y las personas pertenecientes a otros grupos vulnerables (68).
- > Coubicar los servicios relacionados con el VIH, con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y con la reducción de daños cuando sea oportuno y factible.
- > Llevar a cabo intervenciones y servicios con base empírica relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en entornos de atención y prestación de servicios en materia de VIH en los centros y las comunidades.
- > Ejecutar intervenciones de prevención, detección, tratamiento y atención del VIH en entornos comunitarios de salud mental.
- > Desplegar a agentes de salud comunitarios y otros agentes de la comunidad, curanderos tradicionales y religiosos y pares para que lleven a cabo labores de sensibilización, creación

de demanda de servicios, apoyo psicosocial, cribado e intervención de corta duración, y para que realicen intervenciones psicológicas de baja intensidad cuando se disponga de supervisores cualificados.

- > Desplegar a pares para lleven a cabo actividades comunitarias de búsqueda activa para las personas que se inyectan drogas a fin de las vinculen a servicios de reducción de daños y al tratamiento de la drogodependencia (52).
- > Aplicar a los servicios un enfoque de atención escalonada que proporcione una vía para acceder a servicios más intensivos.
- > Vincular a las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, así como a sus cuidadores, a campañas de sensibilización sobre el VIH y a programas de educación sobre el virus y su tratamiento (50).

A nivel individual, deben llevarse a cabo las siguientes iniciativas:

- > Hacer frente al estigma relacionado con el VIH, con los trastornos mentales y con el consumo de sustancias y de drogas, contando con asesoramiento grupal e individual.
- > Velar por que los adolescentes, los jóvenes y las personas pertenecientes a otros grupos vulnerables conozcan su propia salud, incluida la salud mental, y sepan dónde y cuándo buscar servicios (68).
- > Proporcionar recursos de autoayuda para fomentar la gestión y el autocontrol de la salud mental y del consumo de sustancias (237).
- > Proporcionar información educativa sobre la salud mental, la prevención, la detección, el tratamiento y la atención del VIH, el consumo de sustancias y la reducción de daños.
- > Hacer frente al estigma relacionado con el VIH y la salud mental de los proveedores de asistencia sanitaria mediante la información, la educación, el desarrollo de competencias y los cambios de las políticas y las prácticas (115).
- > Proporcionar apoyo social mediante la prestación de servicios directos o la vinculación a la atención.

Seguimiento, evaluación y aprendizaje

Para el seguimiento y la evaluación a nivel nacional y regional, se deben adoptar los siguientes instrumentos:

- > Políticas, planes y directrices que especifiquen la forma de integrar los programas, los servicios y las intervenciones, y los mecanismos y sistemas para el seguimiento y la evaluación de su aplicación.
- > Partidas presupuestarias establecidas para servicios y programas integrados relacionados con el VIH, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, y la reducción de daños.
- > Sistemas integrados de información sanitaria y otros datos, así como indicadores simplificados, para medir tanto el acceso a los servicios integrados o vinculados relacionados con el VIH, la salud mental, los trastornos por consumo de sustancias y la reducción de daños como la utilización de dichos servicios.
- > Grupos de trabajo funcionales centrados en las políticas, los programas y la prestación de servicios integrados, que se encargan de apoyar y supervisar su ejecución.

A nivel local, deben llevarse a cabo las siguientes iniciativas:

- > Registrar el número o el porcentaje de personas que viven con el VIH que acceden a los servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y con la reducción de daños y que los utilizan.
- > Registrar el número o el porcentaje de centros sanitarios que han establecido planes para llevar a cabo actividades dirigidas a aumentar el uso de los servicios por parte de los grupos de población clave, los adolescentes, las personas mayores y de edad avanzada y las personas pertenecientes a otros grupos vulnerables, o que recurren, a este respecto, a agentes de salud o de búsqueda activa comunitarios.

- > Registrar el número o el porcentaje de personas que reciben servicios de salud mental o servicios relacionados con los trastornos por consumo de sustancias y se acogen a servicios de prevención del VIH (incluida la profilaxis previa a la exposición), servicios de pruebas, tratamiento, atención y seguimiento de la carga vírica.
- > Registrar el número y la proporción de personas con trastornos mentales o por consumo de sustancias que viven con el VIH.
- > Registrar el número y la proporción de personas que viven con el VIH y que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias estimados o notificados.
- > Documentar las vías de acceso a los servicios y la atención relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el caso de las personas que viven con el VIH, y las vías de acceso a la atención relacionada con el VIH en el caso de las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.

El seguimiento y la evaluación a nivel individual implican la medición de la satisfacción con los servicios, la calidad de vida, la gravedad de los síntomas y las necesidades de atención satisfechas. Podrían dirigir estas labores los ejecutores de los programas, los gestores de la prestación de servicios y las comunidades afectadas.

Consideraciones sobre los servicios e intervenciones integrados desde la perspectiva del ciclo vital

Una de cada cuatro mujeres, incluidas las que viven con el VIH, experimentan síntomas depresivos y de ansiedad durante el embarazo y con posterioridad. Los trastornos mentales perinatales aumentan el riesgo de que las mujeres y sus hijos sufran problemas de salud, y se asocian con una baja adhesión al proceso asistencial frente al VIH. Los servicios prenatales ofrecen la oportunidad de integrar los servicios relacionados con la salud mental y el VIH para reducir la transmisión vertical del VIH y ofrecer una atención de calidad a las mujeres embarazadas. Los servicios relacionados con el VIH, la salud mental y el consumo de sustancias deben poner en contacto a las mujeres embarazadas con las opciones de prevención combinada del VIH cuando se determine que presentan un alto riesgo de contraerlo (3, 238-241).

Los primeros 1.000 días de vida constituyen un período crítico para el desarrollo del cerebro. La pobreza, la malnutrición y los traumas durante este período pueden afectar al potencial de crecimiento saludable, la cognición y el desarrollo mental del niño. Una buena nutrición es fundamental en el contexto de un enfoque más amplio de cuidado cariñoso y sensible.

Una educación primaria de calidad, un ambiente familiar de cariño y una crianza de los hijos estimulante facilitan el bienestar mental y psicosocial y el desarrollo cognitivo en la infancia. En el caso de los lactantes y los niños de corta edad que viven con el VIH, es especialmente importante facilitar el acceso al tratamiento y la atención del VIH y dotar a los padres de las habilidades y el apoyo práctico y financiero necesarios para ejercer una crianza sensible y receptiva y crear entornos estimulantes (242-244).

Los vínculos sociales en la familia, en la escuela, con pares y dentro de la comunidad pueden mitigar algunas de las amenazas a la salud mental y al bienestar que se acumulan durante la adolescencia. Una buena salud mental es la base para fortalecer la agencia o capacidad para actuar, especialmente entre las adolescentes y las mujeres jóvenes, y para reducir los comportamientos sexuales de riesgo y otros peligros y vulnerabilidades. La educación sexual integral y preventiva en las escuelas, los programas de cambio de comportamiento y la profilaxis previa a la exposición al VIH pueden contribuir a reducir los riesgos.

Las intervenciones psicosociales que se centran en el desarrollo de las habilidades sociales, emocionales y de resolución de problemas de los adolescentes han resultado eficaces para mejorar la salud mental y reducir la aparición de problemas emocionales y de comportamiento. Este efecto es especialmente notable cuando las intervenciones van acompañadas de otras actividades que dan respuesta a los factores contextuales de la familia, la escuela y la comunidad. Estas intervenciones proporcionan competencias fundamentales que favorecen los comportamientos saludables y reducen los comportamientos de riesgo, como la violencia, el acoso escolar y el consumo de tabaco, alcohol y drogas. Hacer partícipes a los jóvenes en el activismo comunitario parece tener efectos beneficiosos. Las intervenciones comunitarias relativas al apoyo prestado por pares para los adolescentes que viven con el VIH pueden mejorar la vinculación y la adhesión al proceso asistencial (198, 245, 246).

Las normas sociales y de género influyen en los factores de comportamiento que hacen que las adolescentes y las mujeres jóvenes corran un riesgo desproporcionado de contraer el VIH. Las relaciones sexuales entre personas con gran diferencia de edad, las parejas múltiples, la explotación sexual, el inicio temprano de las relaciones sexuales, los matrimonios infantiles y forzados, y las relaciones sexuales transaccionales impulsan la incidencia del VIH. Los proveedores de servicios sociales y de asistencia sanitaria en contextos de VIH y salud mental capacitados para indagar sobre estas cuestiones pueden facilitar la vinculación a la prevención en la escuela, los programas de comunicación para el cambio social y de comportamiento, e las intervenciones médicas como la profilaxis previa a la exposición. Mantener a las niñas en la escuela tiene efectos beneficiosos para la salud mental y la reducción del riesgo de contraer el VIH (199, 247).

Sigue constituyendo un reto hacer partícipes a los hombres de todas las edades en la prevención, el tratamiento y la atención del VIH. Los hombres acceden a las prestaciones de las intervenciones relacionadas con la prevención, las pruebas de detección y el tratamiento del VIH, las utilizan y las reciben en menor medida que las mujeres. Las estrategias dirigidas a aumentar las pruebas de detección del VIH entre los hombres constituyen una medida que busca poner fin a la epidemia de sida. Un replanteamiento más amplio de la salud de los hombres es el que, entre otras cosas, aspira a cambiar la forma en que los sistemas sanitarios interactúan con los hombres y buscan su implicación, y a reconocer que las necesidades de atención sanitaria de los hombres están en gran medida desatendidas, lo que se traduce en peores resultados sanitarios. Las normas sociales basadas en el género dan lugar a comportamientos poco saludables en las primeras etapas de la vida. Intervenir en la adolescencia produce beneficios en el presente, a lo largo del ciclo vital y para las generaciones futuras (162, 248-250).

Para todos los adultos, una dieta saludable y el ejercicio ayudan a mantener una buena salud y fomentan la salud emocional y cognitiva y el bienestar. El acceso a los servicios de salud mental y a la atención en el lugar de trabajo y en la comunidad puede ayudar a prevenir la discapacidad, el tiempo prolongado de inactividad y el mal funcionamiento de la familia. El inicio y el mantenimiento del tratamiento del VIH en el contexto de unos servicios de atención primaria de calidad para las personas que viven con el VIH pueden contribuir a mantener la salud y el bienestar. Al margen del sector sanitario, las iniciativas contra la pobreza y las leyes y políticas de protección pueden facilitar el acceso a atención, alimentos, ingresos y otros recursos que ayudan a mantener el bienestar. La implicación social y comunitaria puede favorecer la salud, el bienestar y la calidad de vida (90, 251).

En las personas mayores, preservar la actividad mental mediante el aprendizaje continuo, el trabajo, el ejercicio y el mantenimiento de la salud favorece la salud mental y el bienestar psicosocial. Las personas mayores que viven con el VIH corren un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles, en particular enfermedades cardiovasculares, diabetes y depresión. Los servicios de prevención, cribado, tratamiento y atención de estas enfermedades deben integrarse en los servicios relacionados con el VIH con el fin de mejorar los resultados en materia de VIH y de salud, la longevidad, el bienestar y la calidad de vida (18, 35).

División de tareas en la prestación de servicios integrados relacionados con el VIH y con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

Los recursos humanos para la prestación de servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias son insuficientes en la mayor parte del mundo, pero son especialmente escasos en las regiones con mayor prevalencia del VIH. En todo el mundo, solo el 7,1 % de las personas que padecían trastornos por consumo de sustancias durante el último año recibieron un tratamiento adecuado, que se redujo al 1 % en los países de ingreso bajo y mediano.

Pueden llevarse a cabo intervenciones con base empírica mediante la división de tareas, es decir, la redistribución racional de las tareas sanitarias a trabajadores sanitarios con menos tiempo de formación. Hay diversos proveedores, como los agentes de salud no especializados, los asesores pares y los agentes de salud comunitarios, que pueden llevar a cabo intervenciones y servicios relacionados con los tipos comunes de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, como, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal y la terapia de resolución de problemas (49, 122, 124, 126, 252-266). Véanse el anexo 2 para consultar los manuales sobre intervenciones con base empírica y el anexo 3 para consultar estudios monográficos de servicios y atención integrados.

División de tareas para la prestación de una terapia antirretrovírica de calidad

La OMS formula las siguientes recomendaciones para todos los adultos, adolescentes y niños que viven con el VIH (169):

- > Los prestadores no profesionales capacitados y sujetos a supervisión pueden distribuir la terapia antirretrovírica (recomendación fuerte, evidencia de certeza baja).
 - > Los clínicos no médicos, el personal de partería y el personal de enfermería capacitados pueden iniciar la terapia antirretrovírica de primera línea (recomendación fuerte, evidencia de certeza moderada).
 - > Los clínicos no médicos, el personal de partería y el personal de enfermería capacitados pueden mantener la terapia antirretrovírica (recomendación fuerte, evidencia de certeza moderada).
 - > Los agentes de salud comunitarios, capacitados y sujetos a supervisión, pueden administrar la terapia antirretrovírica entre las visitas regulares a los dispensarios (recomendación fuerte, evidencia de certeza moderada).
-
-

Competencias básicas sobre división de tareas para la prestación de servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

Se recomiendan las siguientes competencias para todos los proveedores de servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, incluidos los agentes de salud comunitarios, los agentes sanitarios no especializados y los agentes que prestan apoyo de pares (*peer workers*) los clínicos no especialistas y los clínicos no prescriptores (267, 268):

- > Cribado y detección:
 - > Demuestra conocimiento de los signos y síntomas comunes.
 - > Reconoce el posible riesgo para sí mismo y para los demás.
 - > Demuestra un conocimiento básico de las causas de los trastornos.
 - > Sensibiliza y educa a los pacientes y a los miembros de la comunidad.
 - > Demuestra poseer competencia cultural.
 - > Diagnóstico formal y derivación de pacientes:
 - > Demuestra que sabe cuándo derivar a los pacientes al siguiente nivel de atención.
 - > Demuestra que conoce a los proveedores de atención especializada dentro de la comunidad.
 - > Tratamiento y proceso asistencial:
 - > Apoya a los pacientes y a sus familias durante el tratamiento y el proceso asistencial.
 - > Reconoce las barreras que impiden el éxito del tratamiento y la recuperación (por ejemplo, la adhesión, el estigma, la financiación, la accesibilidad, el apoyo social) y ayuda a los pacientes y sus familias a superarlas.
 - > Inicia programas de tratamiento, atención y prevención basados en la comunidad y dirigidos por esta y participa en ellos.
 - > Demuestra que conoce los sistemas y recursos de tratamiento y atención disponibles en la comunidad y sabe seleccionarlos.
 - > Promueve la alfabetización en materia de salud mental, sensibiliza acerca de las actividades que reducen al mínimo los efectos del estigma y la discriminación y participa en dichas actividades.
 - > Informa al público sobre los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y sobre el consumo de drogas.
 - > Supervisa la adhesión y la retención en el tratamiento y los efectos secundarios que puedan derivarse de este.
 - > Practica las interacciones centradas en las personas con quienes necesitan servicios (por ejemplo, comunicación, desarrollo de relaciones).
 - > Protege a las personas vulnerables y detecta las vulnerabilidades, como, por ejemplo, las amenazas a los derechos humanos.
-
-

Instrumentos digitales relacionados con el VIH y la salud mental

Las intervenciones digitales en materia de salud son instrumentos cada vez más importantes para ampliar el alcance de los sistemas sanitarios, y pueden aprovecharse en el contexto de los enfoques integrados para aumentar el alcance de los servicios, la adhesión a estos y la recopilación de datos. La pandemia de COVID-19 ha incrementado el uso de las herramientas digitales y los medios sociales para la salud mental y el apoyo psicosocial. El rápido aumento del uso de dispositivos móviles en los países de ingreso bajo y mediano, donde los servicios especializados y prestados en los centros son a veces menos accesibles, pone aún más de relieve el potencial de usar la tecnología digital en el marco de los servicios integrados relacionados con la salud mental, el apoyo psicosocial y el VIH (269).

La OMS ha publicado aplicaciones sobre el VIH que tienen por objeto facilitar la consulta de directrices, orientaciones estratégicas y recursos y el acceso a estos materiales (270, 271). Las aplicaciones de salud mental procedentes de todas las fuentes ascienden a más de 10.000. Abarcan mensajes de texto en caso de crisis, terapia cognitivo-conductual presentada en forma de juego, capacitación en línea y recursos de desarrollo de capacidades para los proveedores comunitarios. La aplicación para teléfono móvil de la *Guía de intervención mhGAP*, versión 2.0, ofrece acceso gratuito a información completa para el diagnóstico y el tratamiento de múltiples trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (49).

Las herramientas digitales que se presentan a continuación se han utilizado para la salud mental y el apoyo o la atención psicosociales, aunque no todas se han evaluado de forma rigurosa (271-273):

- > Sitios de redes sociales que ofrecen contenido de salud mental.
- > Rastreadores personales de salud que permiten a las personas hacer un seguimiento de sus objetivos, su comportamiento y su estado emocional.
- > Aplicaciones y juegos de salud mental.
- > Aplicaciones de meditación y bienestar mental.
- > Foros de apoyo en línea para los trastornos mentales y por consumo de sustancias.
- > Información y educación en línea.
- > Sistemas de datos para mejorar y gestionar la prestación de servicios.
- > Evaluación digital, que abarca herramientas de evaluación rápida (por ejemplo, el uso de algoritmos para rastrear el riesgo de suicidio o los trastornos mentales utilizando los datos de los teléfonos inteligentes personales o cuestionarios cortos).
- > Terapias humanas, informáticas y autoguiadas, como, por ejemplo, asesoramiento e información básica a través de chatbots.
- > Formación virtual y apoyo a la decisión clínica.

Consideraciones sobre el seguimiento y la evaluación de los modelos de prestación de servicios y atención integrados

El resultado deseado de los servicios y la atención integrados relacionados con el VIH y los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias es una gestión óptima centrada en las personas y basada en las necesidades de cada trastorno y la mejora de los factores de estrés social asociados, entre ellos el estigma y la discriminación.

El seguimiento y la evaluación pueden tener lugar a varios niveles, mediante los mecanismos mundiales existentes, como, por ejemplo, las metas 3.3, 3.4, 3.5 y 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Monitoreo Global del Sida, la Herramienta Mundial de Evaluación en Salud Mental (*Global Mental Health Assessment Tool*), los objetivos e indicadores de la cobertura sanitaria universal y los marcos de seguimiento y evaluación concebidos a nivel local.

Entre los recursos para supervisar y notificar los avances en el logro de los objetivos y las metas mundiales mediante los indicadores y marcos vigentes se encuentran los siguientes:

- > Plan de acción de la OMS sobre salud mental 2013-2020 (67).
- > Informes sobre los progresos mundiales en materia de sida, incluidos los informes presentados por los países, en el marco de la Declaración Política sobre el VIH y el sida (4).¹
- > Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud, empleado para hacer un seguimiento de las tendencias sanitarias relacionadas con el consumo de alcohol y los riesgos asociados (274, 275).
- > Marco mundial de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, que permite hacer un seguimiento de los avances realizados en la prevención y el control de estas enfermedades (276).
- > Anexo del informe mundial sobre las drogas (277) y datos de la ONUDC (278), que sirven de base para el seguimiento y la evaluación.
- > Observatorio Mundial de la Salud para amplias categorías de datos, como los datos para supervisar el progreso en el logro de la meta 3.5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en materia de salud (279-281).
- > La publicación *Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector*, elaborada por la OMS, en la que se definen 10 indicadores globales y 50 indicadores nacionales para el seguimiento y la evaluación de la respuesta del sector sanitario al VIH (282).
- > Marco de seguimiento y evaluación que figura en la publicación *mhGAP operations manual* para su implantación en los centros, que puede aplicarse a nivel nacional y regional o en los centros (50).

En el cuadro 7 se presentan algunos ejemplos de metas e indicadores.

¹ Los indicadores de información sobre los progresos realizados con respecto al sida se están actualizando en consonancia con los Objetivos en materia de VIH para 2025 y los compromisos formulados en la Declaración Política sobre el VIH y el sida: acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030, adoptada en 2021.

Cuadro 7

Metas e indicadores para el seguimiento y la evaluación de los modelos de atención integrada

	Meta	Indicador
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> > Establecer un equipo de operaciones que incluya a los dirigentes de la comunidad para supervisar la integración, la planificación y la ejecución de las intervenciones relacionadas con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias > Realizar un análisis de la situación > Preparar un plan de operaciones y un presupuesto para los servicios y la atención integrados 	<ul style="list-style-type: none"> > Existe un equipo de operaciones, al que se han asignado funciones y en el que están representadas múltiples partes interesadas > Número total de reuniones del equipo al año > El análisis de la situación realizado indica las necesidades y los recursos en los distritos y los centros > Los servicios y la atención dirigidos a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y al apoyo psicosocial están integrados en el plan de salud del distrito y son aprobados por el gobierno > Se dispone de un presupuesto que especifica los recursos financieros, humanos y físicos que se necesitan para integrar los servicios y la atención relacionados con la salud mental y el apoyo psicosocial, el consumo de sustancias y el VIH en el distrito
Creación de capacidad y mejora de la preparación del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> > Impartir al personal sanitario de atención primaria o de atención del VIH capacitación sobre el mhGAP > Impartir al personal de atención de la salud mental capacitación sobre el tratamiento y la atención del VIH > Impartir al personal sanitario específico capacitación para que ofrezca atención de manera no prejuiciosa y no estigmatizante a los grupos de población clave y a las personas que padecen trastornos mentales y por consumo de sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> > Número de formadores y supervisores que participaron en las sesiones de capacitación sobre el mhGAP dirigidas a formadores y supervisores > Proporción de proveedores de asistencia sanitaria no especializados que han recibido capacitación sobre el mhGAP > Número de agentes comunitarios que han recibido capacitación y que cumplen las normas de competencia en relación con el mhGAP > Proporción de proveedores de salud mental o no especializados que han recibido capacitación sobre la atención y el tratamiento del VIH > Número de formadores, supervisores y gestores de centros capacitados para ofrecer atención de manera no prejuiciosa y no estigmatizante > Proporción de proveedores que han recibido capacitación para ofrecer atención de manera no prejuiciosa y no estigmatizante > Número de proveedores que demuestran que son capaces de ofrecer atención de manera no prejuiciosa y no estigmatizante
Facilitación de tratamiento y atención	<ul style="list-style-type: none"> > Integrar el mhGAP en los entornos de atención relacionada con el VIH 	<ul style="list-style-type: none"> > Porcentaje de personas en tratamiento para el VIH que recibieron atención para trastornos mentales o por consumo de sustancias

En un marco más amplio de seguimiento y evaluación pueden integrarse instrumentos suplementarios para evaluar y documentar el tratamiento de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, como, por ejemplo, (283, 284):

- > Herramientas e intervenciones integradas para medir la carga de los trastornos mentales entre las personas que viven con el VIH y las grupos de población clave, y la prevalencia y la incidencia del VIH entre las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.
- > Integración de indicadores normalizados para medir el grado de ejecución y los resultados.
- > Integración de sistemas de recogida de datos y de seguimiento.

Carencias de la investigación

Para optimizar los enfoques y la prestación de servicios integrales y con base empírica relacionados con el VIH y los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, es necesario realizar más estudios que solventen el déficit de conocimiento en los siguientes aspectos:

- > Enriquecer la base empírica para los diferentes modelos de integración de los servicios relacionados con el VIH y la salud mental en los países de ingreso bajo y mediano, sobre todo para los adolescentes y los jóvenes que hacen poco uso de los servicios de salud, pero están en alto riesgo de padecer trastornos mentales y ser VIH-positivas.
- > Fortalecer los datos sobre el modo en que las intervenciones en materia de salud mental afectan a los resultados del VIH.
- > Estudiar la prestación de servicios integrados relacionados con el VIH y la salud mental entre diferentes grupos de población, en especial las mujeres, los grupos de población clave, los adolescentes y los jóvenes, las personas mayores y las personas con discapacidad, a fin de documentar las repercusiones que los modelos de prestación integrados tienen en los resultados sanitarios y de VIH de estas poblaciones y en su bienestar.
- > Evaluar el coste y la relación costes-eficacia de diferentes modelos de servicios integrados relacionados con el VIH y con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.
- > Desarrollar la base empírica para integrar la atención de los trastornos mentales graves en las plataformas de prestación de servicios relacionados con el VIH y señalar cuáles son los mejores entornos para gestionar estas y otras comorbilidades médicas.
- > Estudiar el modo de apoyar la salud mental en el contexto de la prestación de servicios diferenciados.
- > Desarrollar la investigación para ampliar la base empírica sobre los modelos de supervisión relacionados con la división de tareas.
- > Concebir estudios que evalúen la repercusión de las políticas y la movilización de la comunidad en torno al apoyo a los derechos humanos de las personas que padecen enfermedades mentales y son VIH-positivas.
- > Concebir estudios que evalúen los efectos que la criminalización y la despenalización de los grupos de población clave tienen en los trastornos mentales, el consumo de drogas, el consumo nocivo del alcohol, el acceso a los servicios y la atención relacionados con el VIH, y el acceso al apoyo psicosocial.
- > Reforzar la base empírica para las intervenciones orientadas a reducir el estigma para las personas que viven con el VIH, entre ellas las intervenciones sobre el estigma interseccional y las intervenciones estratégicas, y comprender los factores que impulsan el estigma interseccional.
- > Ampliar y enriquecer la base empírica mediante el uso de múltiples métodos de investigación, como, por ejemplo, los métodos de investigación cualitativa dirigidos a captar experiencias vividas y un diseño de los servicios y del apoyo comunitario que se centre en el usuario.
- > Ampliar la investigación de aplicación para determinar cuáles son los proveedores, los entornos y las estrategias de ejecución más adecuados para hacer frente al consumo nocivo del alcohol y dispensar el tratamiento y la atención de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias en entornos de bajos recursos.

- > Ampliar la base de conocimientos sobre la prevención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y la promoción del bienestar de las personas que viven con el VIH a lo largo del ciclo vital.
- > Evaluar el modo en que las intervenciones que reducen los efectos de los determinantes sociales y las desigualdades que conlleva la mala salud afectan a los trastornos por consumo de sustancias, la salud mental y los resultados en materia de VIH.
- > Ampliar el conjunto de instrumentos de cribado validados para los trastornos neurocognitivos y los trastornos mentales en las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él.
- > Establecer orientaciones claras para la evaluación del deterioro neurocognitivo en diversos contextos culturales y asistenciales.

Anexos

Anexo 1. Recursos destacados que respaldan la integración de la atención y el tratamiento del VIH y de la salud mental y el consumo de sustancias

Instrumentos, estrategias y planes mundiales

El objetivo para 2030 de lograr la cobertura sanitaria universal exige que “las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”. Supone el establecimiento de servicios integrados, reorientados con una coordinación reforzada, que se centren en las necesidades individuales y comunitarias y que se presten en los entornos más adecuados.

En consonancia con estos objetivos, la valiente ambición de poner fin a la epidemia de sida aspira a hacer realidad una visión de servicios centrados en las personas y basados en los derechos, acompañados de una transformación social que permita a todas las personas vivir disfrutando de derechos civiles, culturales, económicos, políticos, sociales, sexuales y reproductivos.

La integración de las políticas, las intervenciones y los servicios ofrece una vía para lograr, de aquí a 2030, las metas 3.3 (poner fin a las epidemias de sida y tuberculosis), 3.4 (reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental y el bienestar) y 3.5 (fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el contexto de la cobertura sanitaria universal (meta 3.8).

Los siguientes instrumentos, estrategias y planes respaldan la necesidad de contar con programas y servicios integrados de alta calidad que sean de interés para todas las personas a lo largo de su vida:

- > Estrategia ONUSIDA 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el sida. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2015 (https://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18).
- > Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>).
- > A/HRC/29/33. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2015 (<http://undocs.org/A/HRC/29/33>).
- > Cobertura sanitaria universal. Nota descriptiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 ([https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))).
- > Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>).
- > The global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (2016-2030). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>).

VIH y sida

- > “Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026”. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2021 (<https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>).
- > “Agenda para la cero discriminación en la atención sanitaria”. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2017 (<https://www.unaids.org/es/resources/documents/2017/2017-agenda-zero-discrimination-health-care>).
- > A/RES/70/266. Declaración Política sobre el VIH/SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2016 (<https://www.unaids.org/es/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>).
- > A/75/L.95. Declaración política sobre el VIH y el sida: acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2021 (https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids).
- > Proyecto de 13.º programa general de trabajo, 2019-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>).
- > Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021: hacia el fin del sida. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250574?locale-attribute=es&>).

Salud mental y derechos humanos

- > A/HRC/34/32. Salud mental y derechos humanos: informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Nueva York: Consejo de Derechos Humanos; 2018 (<http://undocs.org/A/HRC/34/32>).
- > The right to mental health. Nueva York: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/RightToMentalHealth.aspx>).
- > Convention on the rights of people with disabilities (CRPD). Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>).
- > Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>).
- > QualityRights materials for training, guidance and transformation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>).
- > Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>).
- > The digital mental health revolution: Transforming care through innovation and scale-up. Roland J, Lawrance E, Insel T, Christensen H. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health; 2020 (<https://2020.wish.org.qa/app/uploads/2020/09/IMPJ7849-03-Digital-Mental-Health-WISH2020-201103-WEB.pdf>).

Consumo de sustancias

- > A/RES/S-30/L.1. Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2016 (<https://undocs.org/A/RES/S-30/1>).
- > Fortalecimiento de nuestras medidas a nivel nacional, regional e internacional para acelerar el cumplimiento de nuestros compromisos conjuntos a fin de abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2019 (https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Subsidiary_Bodies/HONLAC/2019/Ministerial_Declaration_2019/Declaracion_Ministerial_2019_V1906702.pdf).
- > Tratados de Fiscalización Internacional de Drogas. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (<https://www.unodc.org/unodc/es/commissions/CND/conventions.html>).
- > WHA71/41 Rev.2. Informe del Director General a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas (decisión WHA70(18) (2017)). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_41Rev2-sp.pdf).
- > A70/29. Informe de la Secretaría a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud. La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_29-sp.pdf).
- > Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>).
- > The SAFER initiative: a world free from alcohol related harm. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/initiatives/SAFER>)

Coste y rentabilidad

- > Chisholm D, Johansson KA, Raykar N, et al. Universal health coverage for mental, neurological, and substance use disorders: an extended cost-effectiveness analysis. En: Patel V, Chisholm D, Dua T, et al., editores. Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities, third edition. Washington, D. C.: Banco Mundial; 2016.
- > Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415-424.
- > Mental, neurological, and substance use disorders. Seattle, WA: Disease Control Priorities (<http://dcp-3.org/mentalhealth>).
- > Levin C, Chisholm D. Cost-effectiveness and affordability of interventions, policies, and platforms for the prevention and treatment of mental, neurological, and substance use disorders. En: Patel V, Chisholm D, Dua T, et al., editores. Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities, third edition. Washington, D. C.: Banco Mundial; 2016.
- > Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Wamala K, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of group support psychotherapy delivered by trained lay health workers for depression treatment among people with HIV in Uganda: a cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2020;8(3):e387-e398.

Anexo 2. Directrices, guías de intervención y otros recursos destacados relativos a la prevención y el tratamiento del VIH y de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

Directrices y recursos relacionados con el VIH

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

Improving men's uptake of HIV testing and linkage to services: policy brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339620>).

Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022232>).

Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240023581>).

2020 global AIDS update: seizing the moment—tackling entrenched inequalities to end epidemics. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>).

Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-000854-0>).

Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/adolescent-friendly-health-services-for-adolescents-living-with-hiv>).

Communities at the centre: defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2019 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>).

Directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/978-92-4-155058-1>).

Providing contraceptive services in the context of HIV treatment programmes: HIV treatment and reproductive health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325859>).

Maintaining and improving quality of care within HIV clinical services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325857>).

Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf>).

Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258506>).

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255890>).

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2nd edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>).

Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf?sequence=1).

AIDS Free toolkit. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/tools/aids-free-toolkit>).

Recursos generales de intervención en materia de salud mental y consumo de sustancias

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0 Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>).

QualityRights materials for training, guidance and transformation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>).

mhGAP community toolkit: field test version. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version>).

WHO QualityRights self-help recovery tool for mental health and well-being. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-self-help-tool>).

WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>).

mhGAP operations manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-operations-manual>).

mhGAP training manuals for the mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0 (for field testing). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259161>).

QualityRights: instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/150398>).

Adaptarse a los tiempos: un conjunto de herramientas sobre salud mental y apoyo psicosocial para adultos mayores durante la pandemia de COVID-19. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-07/Living%20with%20the%20Times%2C%20A%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20Toolkit%20for%20Older%20Adults%20During%20the%20COVID-19%20Pandemic%20%28Spanish%29.pdf>).

Trastornos por consumo de sustancias

Health, rights and drugs: harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2954_UNAIDS_drugs_report_2019_en.pdf).

Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2017 (https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_UNESCO_WHO_GoodPolicyAndPracticeInHealthEducation.pdf).

Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2016 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf).

International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Ginebra: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>).

Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: alternatives to conviction or punishment. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.unodc.org/documents/UNODC_WHO_Alternatives_to_Conviction_or_Punishment_2018.pdf).

International standards for the prevention of drug use. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud (https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf).

Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, International Network of People Who Use Drugs, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; 2017 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf).

HIV and young people who inject drugs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng>).

Guidelines on community management of opioid overdose. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137462/9789241548816_eng.pdf?sequence=1).

Guidelines for the identification and management of substance use and alcohol and other substance use disorders in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf;jsessionid=55A4BFE00B525DFBF8D403C6139B29D5?sequence=1).

Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: una guía. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85402>).

The Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf?ua=1).

The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399_eng.pdf?ua=1).

Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>).

Resources for substance use disorders. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/gho/substance_abuse/en/).

Apoyo a los trastornos y neurológicos

Habilidades psicosociales básicas: guía para personal de primera línea de respuesta a la COVID-19. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-06/Basic%20Psychosocial%20Skills-%20A%20Guide%20for%20COVID-19%20Responders%20%28Spanish%29.pdf>).

Trauma-informed approach: improving care for people living with HIV curriculum trainer's manual. Rockville, MD: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos; 2018 (http://nasmhpd.org/sites/default/files/NCTIC_TIA_TrainersManual_HIV%20Final2.pdf).

En tiempos de estrés, haz lo que importa. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336218/9789240009561-spa.pdf>).

Terapia interpersonal grupal para la depresión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55786>).

Group problem management plus (group PM+): group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240008106>).

Enfrentando problemas plus (EP+): ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259696>).

Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/28417>).

Neurological disorders: public health challenges. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43605>).

Prevención del suicidio

Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>).

VIVIR LA VIDA. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>).

Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54864>).

Prevención del suicidio: un imperativo global. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>).

Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/75425>).

Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. Actualización de 2017. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49121>).

Prevención del suicidio: un recurso para cineastas y otras personas que trabajan en el teatro, el cine y la televisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>).

Anexo 3. Entrevistas clínicas estructuradas, cribado y atención basada en mediciones

Las entrevistas clínicas estructuradas son el método de referencia para diagnosticar con precisión los trastornos mentales por consumo de sustancias (285). Se han utilizado tradicionalmente con fines de investigación, y a menudo se encargan de administrarlas personas que no son médicos y que han recibido capacitación sobre el modo de efectuar las entrevistas. La comunidad médica aprecia cada vez más el valor de utilizar estas entrevistas en el trabajo clínico sistemático.

La Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*, MINI) (286) es una breve entrevista diagnóstica estructurada, elaborada conjuntamente por psiquiatras y médicos de Europa y los Estados Unidos de América para los trastornos psiquiátricos recogidos en la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders o DSM IV*) y la décima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*.

Con un tiempo de administración de unos 15 minutos, la MINI se concibió para satisfacer la necesidad de una entrevista psiquiátrica estructurada, que fuera breve pero precisa y que pudiera emplearse en los ensayos clínicos multicentros y los estudios de epidemiología y para que actuara como un primer paso en el seguimiento de los resultados en entornos clínicos no relacionados con la investigación (287).

La Entrevista Clínica Estructurada (SCID-5) para la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) es una entrevista diagnóstica estructurada orientada a realizar los diagnósticos del DSM-5 (288). La SCID-5 está organizada en módulos de diagnósticos. Los usuarios pueden evaluar los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos, los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y otros similares, los trastornos de la alimentación, los trastornos de síntomas somáticos, algunos trastornos del sueño, los trastornos externalizados y los trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Existen versiones publicadas para los médicos (SCID-CV) y para los ensayos clínicos (SCID-CT).

La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de Salud Mental de la OMS (WHO WMH-CIDI) es una entrevista diagnóstica que puede ser administrada por entrevistadores no especializados que hayan recibido capacitación. Integra los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades y en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Se ha utilizado anteriormente para estudios epidemiológicos y otros estudios transculturales (289).

Instrumentos de cribado basado en los síntomas

Estos instrumentos permiten a los proveedores cuantificar los síntomas de los trastornos mentales y por consumo de sustancias para observar y rastrear de manera fiable los síntomas a lo largo del tiempo (290). El cribado debe tener lugar solo cuando se disponga de servicios clínicos que lleven a cabo una evaluación clínica con el fin de verificar un diagnóstico y de ofrecer cualquier atención que pueda ser necesaria.

Los resultados de los instrumentos de cribado son más apreciables cuando las evaluaciones se han validado en los grupos de población a los que se han practicado las pruebas de cribado. Existen varias evaluaciones de cribado que han arrojado pruebas de validación sólidas o muy sólidas en diversos contextos (291), y también entre las personas que viven con el VIH (292-294).

Depresión y ansiedad: En entornos de atención primaria de salud o de atención del VIH, pueden administrarse el cuestionario de salud del médico (*Physician Health Questionnaire-9 Items, PHQ-9*) (295), la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS*) (296) y la subescala de depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression, HADS-D*) (297) para ayudar en la atención basada en la medición para la depresión.

La HADS destaca por excluir los síntomas somáticos de la depresión y la ansiedad, lo que hace que resulte útil para evaluar a personas con enfermedades. La subescala de ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-A) evalúa los síntomas de ansiedad.

También pueden utilizarse como instrumentos de cribado para la depresión la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D10D*) (298) y la forma corta de diez preguntas (*CES-D-10*) (299).

Consumo de alcohol: El Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT*) es un cuestionario de cribado de diez preguntas que se utiliza para detectar a las personas que hacen un consumo nocivo o peligroso del alcohol (300).

Consumo de sustancias, incluidos el alcohol, las drogas y el tabaco: La Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST*) es un cuestionario de ocho preguntas que de entre cinco y diez minutos de duración en total que determina una puntuación de riesgo para determinadas sustancias y se utiliza para iniciar con las personas encuestadas una conversación acerca del consumo de sustancias (51).

Trastorno neurocognitivo asociado al VIH: La Escala Internacional de Demencia por VIH (*International HIV Dementia Scale, IHDS*) es un breve instrumento de cribado para el trastorno neurocognitivo asociado al VIH que evalúa la velocidad motora, la velocidad psicomotora y la memoria (301). Se elaboró para su uso en países de ingreso bajo y mediano, pero una revisión reciente indica que en el caso de muchos entornos africanos no se ha validado suficientemente (142). NeuroScreen, una herramienta basada en una aplicación móvil de los Estados Unidos que se ha probado de forma experimental en Sudáfrica, es prometedora para la detección de trastornos neurocognitivos asociados al VIH en diversos entornos (142, 302-304).

Anexo 4. Ejemplos de recursos de atención integrada

Modelo de atención colaborativa para la gestión de los trastornos mentales en la atención primaria

El modelo de atención colaborativa es un enfoque con base empírica que combina la división de tareas y el establecimiento de un equipo de proveedores para ofrecer un tratamiento centrado en las personas en el caso de los trastornos mentales comunes, como la depresión y la ansiedad en los entornos de atención primaria de salud (184).

Este modelo tiene cinco componentes, todos ellos compatibles con los entornos de atención del VIH:

- > El equipo de atención primaria o de atención del VIH proporciona atención médica y prescribe medicamentos para el tratamiento de la salud mental cuando es necesario.
- > Un gestor de atención conductual capacitado ayuda en la adhesión, realiza intervenciones psicológicas (por ejemplo, entrevista motivacional, activación conductual, terapia de resolución de problemas), coordina la gestión de los medicamentos para la salud mental cuando es necesario en consulta con un especialista en salud mental, y mantiene el contacto con la persona durante el tratamiento.
- > La atención basada en la medición implica el uso de una herramienta de evaluación como el cuestionario PHQ-9 para medir los síntomas en cada encuentro.
- > Se utiliza un registro electrónico para el seguimiento de los resultados.
- > Un especialista en salud mental orienta al gestor de atención mediante revisiones periódicas programadas de los casos y, ocasionalmente, puede consultar directamente a los pacientes cuando no se observa mejoría. El especialista puede ser local o remoto, en función de los recursos humanos locales.

El modelo de atención colaborativa se ha utilizado con éxito para gestionar los trastornos mentales y las enfermedades no transmisibles (305). Puede aplicarse en países de ingreso bajo y mediano (233). En los entornos en los que se ha probado, ha sido un modelo considerado aceptable por las personas que viven con el VIH (185).

Programa de Integración de la Salud Mental

El Programa de Integración de la Salud Mental es la ampliación con base empírica de un conjunto de servicios de atención integrada para los trastornos comunes de salud mental en Sudáfrica que aplica el modelo de atención colaborativa para la gestión escalonada de la salud mental en la atención primaria de salud para las personas que viven con el VIH (235). El programa demuestra el modo en que se pueden asignar funciones y crear capacidad para la prestación de atención integrada.

El personal de enfermería de atención primaria en los establecimientos ocupa un lugar central del modelo por su función como gestor de casos. Está capacitado en atención primaria de adultos y en salud mental de atención primaria de adultos mejorada para ayudar a la normalización del cribado, el diagnóstico, el tratamiento y la derivación de pacientes. El personal de enfermería de atención primaria:

- > Detecta a las personas afectadas por problemas psicosociales que podrían afectar a su adhesión.

- > Proporciona apoyo psicosocial básico y asesoramiento breve.
- > Deriva a las personas, dentro del sistema de atención colaborativa escalonada y en función de la gravedad de los síntomas, a un asesor no especializado del centro capacitado para ofrecer asesoramiento psicosocial y de adhesión ampliada; a un médico para que inicie la medicación de salud mental; o a un especialista en salud mental o a un departamento de atención ambulatoria para que se lleve a cabo una nueva evaluación y se decida un tratamiento médico o psicológico.
- > Vigila los progresos y la respuesta en las visitas de seguimiento y deriva a las personas dentro del modelo de atención colaborativa según sea necesario.

Los asesores no especializados de los centros proporcionan:

- > Psicoeducación en el centro sobre problemas psicosociales, como la depresión, que pueden interferir en la adhesión.
- > Servicios de derivación de pacientes a personas que padecen trastornos crónicos comunes para ampliar el asesoramiento sobre la adhesión, ayudando a las personas a comprender la importancia de tomar sus medicamentos, los posibles efectos secundarios y las dificultades que pueden tener con la adhesión.
- > Servicios de derivación de pacientes para el asesoramiento psicosocial individual y grupal a lo largo de varias sesiones con el fin de afrontar los principales problemas psicosociales (por ejemplo, la pobreza, el estigma, los conflictos interpersonales) que pueden desencadenar o mantener los síntomas depresivos e interferir en la adhesión.

Los asesores no especializados pueden consultar a personas mayores de 18 años. No ofrecen asesoramiento a personas que padecen trastornos mentales graves o tendencias suicidas, a parejas ni a personas que han sobrevivido a traumas como la violación y otros delitos.

Los asesores psicológicos registrados se ubican en los subdistritos y están bajo la supervisión del psicólogo del distrito. Proporcionan:

- > Supervisión individual de los asesores no especializados llevada a cabo en el centro.
- > Supervisión grupal y apoyo emocional a los asesores no especializados.
- > Asesoramiento individual para personas con traumas o casos complejos que no pueden ser gestionados por asesores no especializados.

Los médicos de atención primaria de distrito diagnostican los trastornos mentales, recetan medicamentos para la salud mental, vigilan las respuestas y ajustan las dosis, y revisan los casos complejos o graves.

Los agentes de salud comunitarios realizan visitas domiciliarias y facilitan el rastreo de las personas que no se adhieren al tratamiento y vuelven a incorporarlas a la atención, la detección de casos en la comunidad y la derivación de pacientes.

Asesoramiento grupal interactivo para mujeres que viven con el VIH sobre la depresión perinatal y la revelación del diagnóstico

Se invitó a mujeres embarazadas que vivían con el VIH y que asistían a dispensarios prenatales ubicados en los hospitales de Dar es-Salam (República Unida de Tanzania) a participar en un estudio realizado en el marco de una intervención psicosocial grupal con un enfoque de terapia de resolución de problemas. Las mujeres asignadas a la intervención psicosocial experimental recibieron una intervención estructurada de asesoramiento grupal durante seis sesiones semanales. La intervención de asesoramiento grupal fue impartida por una enfermera partera. En las sesiones se abordaron los retos que plantea vivir con el VIH, la información sobre la transmisión vertical del VIH y los enfoques de prevención, los sistemas de apoyo, los comportamientos sexuales más seguros y los efectos del VIH en la salud, y se mantuvieron conversaciones sobre la revelación del diagnóstico a la pareja, la familia y los amigos (174).

Las mujeres que participaron en la intervención de control recibieron las pruebas voluntarias disponibles y el correspondiente asesoramiento anterior y posterior a la prueba. Las mujeres que participaron en la intervención de asesoramiento grupal mostraron una pequeña reducción en el nivel de los síntomas depresivos y comunicaron una mayor tasa de satisfacción personal general con la respuesta a su revelación. No hubo diferencias en las tasas de revelación.

SEEK-GSP

El programa de Empoderamiento Social, Emocional y Económico a través del Conocimiento de la Psicoterapia de Apoyo Grupal (*Social, Emotional and Economic Empowerment through Knowledge of Group Support Psychotherapy, SEEK-GSP*) tiene por objetivo reducir la brecha en el tratamiento de la depresión entre los hombres y las mujeres que viven con el VIH. La psicoterapia de apoyo grupal trata la depresión fomentando el apoyo emocional y social, la capacidad de practicar competencias de afrontamiento positivas y las competencias de generación de ingresos (306).

Se capacita a los trabajadores de atención primaria de los centros de salud rurales. Seguidamente, estos capacitan a los agentes de salud no especializados para que detecten a las personas con depresión y las traten mediante ocho sesiones semanales de psicoterapia de apoyo grupal en las aldeas, de una duración de entre dos y tres horas.

El programa se ha ampliado con éxito y se ha integrado en la atención del VIH en las comunidades rurales de tres distritos del norte de Uganda. A diferencia de lo que indicaban estudios anteriores sobre psicoterapias grupales para la depresión, se observó un alto nivel de implicación, ya que el 80 % de participantes asistieron a las ocho sesiones.

La evaluación del programa muestra que la psicoterapia de apoyo grupal:

- > Es eficaz en el tratamiento de la depresión leve a moderada. Casi todos los participantes logran la remisión en un plazo de 6 meses y permanecen sin signos de depresión 12 meses después; se observa un efecto mayor entre los hombres que entre las mujeres.
- > Reduce los síntomas de estrés postraumático, el consumo de alcohol y el estigma relacionado con el VIH, y mejora el apoyo social, la autoestima, la adhesión a la terapia antirretrovírica y la supresión de la carga vírica.
- > Es más eficaz en función de los costes que la educación grupal sobre el VIH.

Let's Talk

Let's Talk ("hablemos") es una intervención de 14 semanas de duración que se ofrece en formato de grupo de apoyo a adolescentes de 13 años o más y a sus cuidadores principales (307). El programa presenta un enfoque estructurado con un patrón constante de actividades realizadas en sesiones de dos horas, en las que, entre otras cosas, se celebra un ritual de apertura, se comentan las prácticas de la sesión anterior que debían hacerse en casa y se realizan entre tres y cinco ejercicios interactivos básicos. Las sesiones se cierran con un debate reflexivo sobre las lecciones aprendidas, una práctica para hacer en casa, un ritual de clausura y un sorteo de lotería como incentivo para seguir participando.

El programa, elaborado en Sudáfrica, tiene por objetivo aumentar los conocimientos sobre el VIH y las habilidades conductuales junto con el apoyo a la salud mental de los cuidadores y los adolescentes, el fortalecimiento de las relaciones y la mejora de las prácticas de crianza.

Las principales conclusiones del estudio piloto fueron las siguientes (308):

- > Los adolescentes mostraron niveles más altos de conocimiento sobre la transmisión del VIH, conocimiento sobre los preservativos y confianza en la capacidad propia para negociar el uso del preservativo.
- > Los adolescentes demostraron niveles más bajos de depresión y ansiedad.
- > Los adolescentes señalaron de una mayor conexión con sus cuidadores y una mayor comunicación con ellos sobre una sexualidad saludable.

- > Los conocimientos de los cuidadores sobre la transmisión del VIH aumentaron.
- > Los cuidadores informaron de menores niveles de depresión y ansiedad.
- > Los adolescentes indicaron que habían mejorado su capacidad para afrontar y expresar emociones, resolver problemas y comunicarse de manera eficaz. Describieron una mejora de las relaciones con los cuidadores, como, por ejemplo, el hecho de recibir menos respuestas punitivas por su parte.

READY+

El modelo Resilient, Empowered Adolescents and Young People o READY+ (“adolescentes y jóvenes resilientes y empoderados”), aplicado en Eswatini, Mozambique, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe, se centra en la creación de un entorno propicio para la adhesión al tratamiento y el apoyo psicosocial para los adolescentes y jóvenes que viven con el VIH, y contempla intervenciones a diferentes niveles: la persona, el hogar, la comunidad y el centro sanitario (309).

El programa aumenta el acceso a una atención y un apoyo holísticos, en ámbitos como la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la salud mental.

Un elemento fundamental de las intervenciones son los apoyos comunitarios al tratamiento de adolescentes (*Community Adolescent Treatment Supporters, CATS*), que proporcionan información, asesoramiento y apoyo psicosocial a otros niños, adolescentes y jóvenes que viven con el VIH mediante visitas a domicilio, presencia en los dispensarios que prestan servicios relacionados con el VIH, y grupos de apoyo y servicios de salud móvil.

La salud mental se promueve a través del asesoramiento dirigido por los CATS y por líderes de grupos de apoyo capacitados y mediante servicios adaptados a los adolescentes en los dispensarios. La salud mental se evalúa de forma sistemática. Se pone a las personas que corren riesgo de padecer enfermedades mentales en contacto con los servicios para su evaluación, diagnóstico y tratamiento. Se proporciona apoyo al asesoramiento continuo, el tratamiento y la adhesión a domicilio y en el dispensario.

Friendship Bench

El proyecto Friendship Bench (“banco de la amistad”) es una intervención con base empírica desarrollada en Zimbabwe para ampliar el acceso a la atención de salud mental. Su objetivo es aumentar el bienestar mental y mejorar la calidad de vida mediante el uso de una terapia de resolución de problemas administrada por agentes de salud no especializados y centrada en las personas que padecen trastornos mentales comunes como la ansiedad y la depresión. La intervención utiliza un enfoque basado en la terapia cognitivo-conductual. Las agentes de salud no especializadas se denominan “abuelas”, y son voluntarias comunitarias capacitadas que ofrecen asesoramiento en bancos de madera ubicados en un lugar discreto del recinto de un dispensario (310, 311).

El proyecto Friendship Bench se aplica en la atención primaria. En torno al 80 % de los clientes son personas que viven con el VIH, muchas de las cuales presentan síntomas de trastornos mentales comunes y trastorno por estrés postraumático. La terapia de resolución de problemas dispensada por los agentes de salud no especializados de Friendship Bench reduce los síntomas de los trastornos mentales comunes. Los adultos jóvenes que reciben la intervención perciben mejoras en su adhesión al proceso asistencial y una mayor aceptación del estado serológico.

El proyecto Youth Friendship Bench (YouFB) se basa en los mismos conceptos básicos, pero se centra en las necesidades de personas de entre 16 y 19 años. Cuenta con asesores conocidos como “buddies” (“amigos”), que son estudiantes universitarios. YouFB realiza intervenciones en escuelas, otros entornos comunitarios y dispensarios. Sus servicios se dirigen a adolescentes que corren un alto riesgo de padecer enfermedades mentales (por ejemplo, jóvenes embarazadas o jóvenes infractores).

Anexo 5. Reducción del estigma para las personas que viven con el VIH y las personas que padecen trastornos mentales

El estigma social se manifiesta en múltiples niveles para las personas con VIH, los grupos de población clave, las personas que padecen trastornos mentales y las personas pertenecientes a otros grupos vulnerables. El estigma puede proceder de los niveles intrapersonal, interpersonal, comunitario, organizativo o estructural (312, 313). Las estrategias orientadas a reducir el estigma pueden resultar más eficaces cuando se dirigen a estos diferentes niveles, aunque la mayor base empírica para las estrategias de reducción del estigma es la referente a los niveles intrapersonal e interpersonal. Estas estrategias contemplan iniciativas como la educación sobre la población estigmatizada impartida en diversos formatos, el contacto con personas que han vivido experiencias relacionadas con el trastorno (por ejemplo, el VIH, el consumo de drogas, el trastorno mental), el afrontamiento o la adquisición de habilidades, el apoyo social, el teatro y la resolución de problemas.

Cuadro 8.

Enfoques de intervención para la reducción del estigma

Nivel de estigma	Orientación y estrategias de la intervención
Intrapersonal (autoestigma)	<ul style="list-style-type: none"> > Autoayuda > Asesoramiento > Tratamiento del trastorno estigmatizado
Interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> > Mejorar la atención y el apoyo social
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> > Reducir las actitudes y los comportamientos estigmatizantes en la comunidad mediante la educación, la sensibilización, la mercadotecnia social, el contacto, la labor de promoción y el trabajo con los medios de comunicación para reducir la perpetuación de las actitudes estigmatizantes
Organizativo, institucional	<ul style="list-style-type: none"> > Instituir programas de formación y políticas institucionales
Nivel de la Administración, nivel estructural	<ul style="list-style-type: none"> > Establecer y aplicar estructuras jurídicas, estratégicas y basadas en los derechos

La Alianza Mundial de Acciones tendientes a Eliminar Todas las Formas de Estigma y Discriminación relacionadas con el VIH, establecida en 2018, se compromete a adoptar medidas sobre el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en seis entornos: la atención médica, la educación, el lugar de trabajo, los sistemas jurídico y judicial, las comunidades y las familias, y los entornos de emergencia y humanitarios (314).

Algunas estrategias prometedoras para la reducción del estigma en los entornos de atención sanitaria son las siguientes (115, 315, 316):

- > Proporcionar información sobre el trastorno, el estigma conexo y sus efectos.
- > Dotar de habilidades a los proveedores, como, por ejemplo, la competencia cultural para trabajar con personas pertenecientes al grupo estigmatizado.
- > Fomentar el aprendizaje participativo para que los proveedores de salud y los clientes (en su caso, de manera conjunta) participen forma activa en una intervención.
- > Alentar a los miembros de un grupo estigmatizado a participar en la ejecución de una intervención orientada a cambiar las actitudes de los proveedores de asistencia sanitaria (es decir, aumentar la empatía, reducir el pensamiento estereotipado).
- > Potenciar los mecanismos de afrontamiento de las personas para superar el estigma en los entornos de atención sanitaria.
- > Modificar las políticas que discriminan, proporcionar material clínico y reestructurar los centros.
- > Hacer partícipes a las personas que viven con el VIH, las personas que padecen trastornos mentales, las personas que consumen drogas y las personas con dependencia de las drogas o el alcohol en la planificación de los servicios para sensibilizar a los centros de salud sobre sus necesidades.

Puede considerarse la posibilidad de realizar actividades destinadas a mejorar las actitudes de la comunidad hacia las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (por ejemplo, campañas contra el estigma). Estas actividades deben planificarse y ejecutarse con la participación de los usuarios de los servicios, los cuidadores y la comunidad en general, y deben prever, entre otras cosas, un contacto social directo y positivo con las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (317).

Referencias

- 1 WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>).
- 2 Sixty-ninth World Health Assembly. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf).
- 3 End inequalities. End AIDS. Global AIDS strategy 2021–2026. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2021 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>).
- 4 A/75/L.95. Political Declaration on HIV and AIDS: ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. New York: United Nations General Assembly; 2021 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids).
- 5 Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=8>).
- 6 Operations manual for the delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health centres in high-prevalence, resource-constrained settings. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44015/9789241597432_eng.pdf).
- 7 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>).
- 8 Patel V, Shekhar SS, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10 157):1553–1598.
- 9 Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>).
- 10 Yotebieng M, Brazier E, Addison D, et al. Research priorities to inform “Treat All” policy implementation for people living with HIV in sub-Saharan Africa: a consensus statement from the International Epidemiology Databases to Evaluate AIDS (IeDEA). *J Int AIDS Soc*. 2019;22(1):e25218.
- 11 UNAIDS/PCB (43)/CRP2. Thematic segment: mental health and HIV/AIDS—promoting human rights, an integrated and person-centred approach to improving ART Adherence, well-being and quality of life. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Programme Coordinating Board; 11–13 December 2018.
- 12 Ayuso-Mateos JL, Montanes F, Lastra I, et al. HIV infection in psychiatric patients: an unlinked anonymous study. *Br J Psychiatry*. 1997;170:181–185.
- 13 Beckford Jarrett S, De La Haye W, Miller Z, et al. High prevalence of psychiatric and substance use disorders among persons seeking treatment for HIV and other STIs in Jamaica: a short report. *AIDS Care*. 2018;30(5):604–608.
- 14 Bing EG, Burnam MA, Longshore D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(8):721–728.
- 15 Collins PY, Holman A, Freeman M, Patel V. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS*. 2006;20(12):1571–1582.
- 16 Duko B, Ayalew M, Ayano G. The prevalence of alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2019;14(1):52.

- 17 Kinyanda E, Hoskins S, Nakku J, et al. Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi-urban Entebbe district, Uganda. *BMC Psychiatry*. 2011;11:205.
- 18 Patel P, Rose CE, Collins PY, et al. Noncommunicable diseases among HIV-infected persons in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2018;32(suppl. 1):S5–S20.
- 19 Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, et al. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019;33(9):1411–1420.
- 20 Shadloo B, Amin-Esmaeili M, Motevalian A, et al. Psychiatric disorders among people living with HIV/AIDS in Iran: prevalence, severity, service utilization and unmet mental health needs. *J Psychosom Res*. 2018;110:24–31.
- 21 Cook JA, Burke-Miller JK, Steigman PJ, et al. Prevalence, comorbidity, and correlates of psychiatric and substance use disorders and associations with HIV risk behaviors in a multisite cohort of women living with HIV. *AIDS Behav*. 2018;22(10):3141–3154.
- 22 Hartzler B, Dombrowski JC, Crane HM, et al. Prevalence and predictors of substance use disorders among HIV care enrollees in the United States. *AIDS Behav*. 2017;21(4):1138–1148.
- 23 GBD results tool. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>).
- 24 Vreeman RC, McCoy BM, Lee S. Mental health challenges among adolescents living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(Suppl. 3):21 497.
- 25 Ruffieux Y, Lemsalu L, Aebi-Popp K, et al. Mortality from suicide among people living with HIV and the general Swiss population: 1988–2017. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(8):e25339-e.
- 26 Brown LE, Majeed I, Mu W, et al. Suicide risk among persons living with HIV. *AIDS Care*. 2020;3:1–7.
- 27 Pelton M, Ciarletta M, Wisnousky H, et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Gen Psychiatry*. 2021;34:e100247.
- 28 Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities: a systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(5):367–385.
- 29 Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, et al. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):871–881.
- 30 Information sheet: mental health and prisons.. Geneva: World Health Organization and International Committee of the Red Cross (https://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf).
- 31 Ream GL. What's unique about lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth and young adult suicides? Findings From the National Violent Death Reporting System. *J Adolesc Health*. 2019;64(5):602–607.
- 32 National survey on LGBTQ youth mental health 2020. West Hollywood, CA: The Trevor Project; 2020 (<https://www.thetrevorproject.org/survey-2020/?section=Suicide-Mental-Health>).
- 33 AIDSinfo 2020. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<http://aidsinfo.unaids.org/>).
- 34 Beck EJ, Stelzle D, Mallouris C, Mahy M, Ghys P. Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: estimates and projections for 2000–2020. *PLoS One*. 2018;13(11):e0207005.
- 35 Althoff KN, Smit M, Reiss P, Justice AC. HIV and ageing: improving quantity and quality of life. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016;11(5):527–536.
- 36 Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Smith CM, et al. Mental health interventions for persons living with HIV in low- and middle-income countries: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(S2):e25722.
- 37 Remien RH, Patel V, Chibanda D, Abass MA. Integrating mental health into HIV prevention and care: a call to action. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(S2):e25748.
- 38 Collins PY, Velloza J, Concepcion T, et al. Intervening for HIV prevention and mental health: a review of global literature. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(S2):e25710.

- 39 Chisholm D, Johansson KA, Raykar N, et al. Universal health coverage for mental, neurological, and substance use disorders: an extended cost-effectiveness analysis. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, et al., editors. *Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities*, third edition. Washington, DC: World Bank; 2016.
- 40 Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for people who inject drugs: community voices on pros, cons, and concerns. London: International Network of People who Use Drugs (<https://www.inpud.net/en/pages/pre-exposure-prophylaxis-people-who-inject-drugs-community-voices-pros-cons-and-concerns>).
- 41 UNAIDS/PCB(47)/2028. Mental health and HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Programme Coordinating Board; 15–18 December 2020.
- 42 Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. New York: United Nations; 2020 (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf).
- 43 Mental Health and COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>).
- 44 Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*. 2020;113(10):707–712.
- 45 Ahmida MZ, Ahmed O, Aibao Z, et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatry*. 2020;51:102092.
- 46 The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>).
- 47 World Health Assembly recommends reinforcement of measures to protect mental health during public health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/31-05-2021-world-health-assembly-recommends-reinforcement-of-measures-to-protect-mental-health-during-public-health-emergencies>).
- 48 Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415–424.
- 49 mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>).
- 50 mhGAP operations manual. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-operations-manual>).
- 51 Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>).
- 52 International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>).
- 53 International standards on drug use prevention: second updated edition. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization; 2018 (<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).
- 54 Abdala N, White E, Toussova OV, et al. Comparing sexual risks and patterns of alcohol and drug use between injection drug users (IDUs) and non-IDUs who report sexual partnerships with IDUs in St. Petersburg, Russia. *BMC Publ Health*. 2010;10:676.
- 55 Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>).
- 56 Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>).
- 57 Community management of opioid overdose. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548816>).

- 58 Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2017 (https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_UNESCO_WHO_GoodPolicyAndPracticeInHealthEducation.pdf).
- 59 HIV and young people who inject drugs. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng>).
- 60 Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines—supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277395>).
- 61 Consolidated guidelines on HIV testing services for a changing epidemic. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.31>).
- 62 Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf>).
- 63 WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: module 3—counsellors. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258517>).
- 64 WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: module 2—community educators and advocates. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258507>).
- 65 What are integrated people-centred health services? Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration/>).
- 66 WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>).
- 67 Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>).
- 68 Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>).
- 69 Quality health services: a planning guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011632>).
- 70 UNAIDS 2016–2021 strategy: on the Fast-Track to end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18).
- 71 Policy brief: the Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA) Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2007 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1299-policybrief-gipa_en_0.pdf).
- 72 Fast-Track commitments to end AIDS by 2030. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf).
- 73 Social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).
- 74 Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf).
- 75 Logie CH, Wang Y, Lacombe-Duncan A, et al. Factors associated with sex work involvement among transgender women in Jamaica: a cross-sectional study. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):21–422.
- 76 Kapungu C, Petroni S. Understanding and tackling the gendered drivers of poor adolescent mental health. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2017 (<https://www.icrw.org/publications/understanding-tackling-gendered-drivers-poor-adolescent-mental-health/>).

- 77 Kapungu C, Petroni S, Allen NB, et al. Gendered influences on adolescent mental health in low-income and middle-income countries: recommendations from an expert convening. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(2):85–86.
- 78 Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2016 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf).
- 79 GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10 258):1204–1222.
- 80 Strategic plan to advance research on the health and well-being of sexual and gender minorities: fiscal years 2021–2025. Bethesda, MD: National Institutes of Health Sexual and Gender Minority Research Office; 2020 (https://dpcpsi.nih.gov/sites/default/files/SGMStrategicPlan_2021_2025.pdf).
- 81 Waldron EM, Burnett-Zeigler I, Wee V, et al. Mental health in women living with HIV: the unique and unmet needs. *J Int Assoc Prov AIDS Care*. 2021;20:2325958220985665.
- 82 Women and drugs: drug use, drug supply and their consequences. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2018 (<https://www.unodc.org/wdr2018/en/women-and-drugs.html>).
- 83 Bundy DAP, de Silva N, Horton S, et al. Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities, 3rd Edition. *Lancet*. 2018;391(10 121):687–699.
- 84 Principles of adolescent substance use disorder treatment: a research-based guide—introduction. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 2020 (<https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/introduction>).
- 85 Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>).
- 86 Aggarwal S, Patton G, Reavley N, et al. Youth self-harm in low- and middle-income countries: systematic review of the risk and protective factors. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(4):359–375.
- 87 Giacomo Ed, Krausz M, Colmegna F, et al. Estimating the risk of attempted suicide among sexual minority youths: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2018;172(12):1145–1152.
- 88 Kessler R, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593–602.
- 89 Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241512343>).
- 90 Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al. Global priorities for addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, et al., editors. *Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities, third edition*. Washington, DC: World Bank; 2016.
- 91 Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341344/9789240026247-eng.pdf>).
- 92 HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV—recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94334>).
- 93 Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/adolescent-friendly-health-services-for-adolescents-living-with-hiv>).
- 94 Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>).
- 95 Esteban-Cantos A, Rodríguez-Centeno J, Barruz P, et al. Epigenetic age acceleration changes 2 years after antiretroviral therapy initiation in adults with HIV: a substudy of the NEAT001/ANRS143 randomised trial. *Lancet HIV*. 2021;8(4):E197–E205.

- 96 Gongvatana A, Morgan EE, Iudicello JE, et al. A history of alcohol dependence augments HIV-associated neurocognitive deficits in persons aged 60 and older. *J Neurovirol.* 2014;20(5):505–513.
- 97 2020 global AIDS update: seizing the moment—tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>).
- 98 Global AIDS update 2021: confronting inequalities—lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2021 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-global-aids-update>).
- 99 Stigma and discrimination experienced by sex workers living with HIV. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; 2015 (<http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Stigma%20and%20Discrimination%20Experienced%20by%20Sex%20Workers%20Living%20with%20HIV,%20NSWP%20-%20December%202015.pdf>).
- 100 Argento E, Strathdee SA, Goldenberg S, et al. Violence, trauma and living with HIV: longitudinal predictors of initiating crystal methamphetamine injection among sex workers. *Drug Alcohol Depend.* 2017;175:198–204.
- 101 Kinner SA, Snow K, Wirtz AL, et al. Age-specific global prevalence of hepatitis B, hepatitis C, HIV, and tuberculosis among incarcerated people: a systematic review. *J Adolesc Health.* 2018;62(3s):S18–S26.
- 102 Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav.* 2008;12(1):1–17.
- 103 Poteat T, Wirtz AL, Radix A, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet.* 2015;385(9964):274–286.
- 104 Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(3):214–222.
- 105 Mutumba M, Harper GW. Mental health and support among young key populations: an ecological approach to understanding and intervention. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 suppl. 1):19–429.
- 106 Global HIV and AIDS statistics: 2020 fact sheet. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>).
- 107 Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2016 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf).
- 108 Press statement: UNAIDS calls on countries to remove discriminatory laws and enact laws that protect people from discrimination. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2019/may/20190516_IDAHOT).
- 109 UNAIDS update: women are more likely to be on HIV treatment. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200428_women-more-likely-to-be-on-hiv-treatment).
- 110 Reidy DE, Berke DS, Gentile B, Zeichner A. Man enough? Masculine discrepancy stress and intimate partner violence. *Pers Individ Differ.* 2014;68:160–164.
- 111 Dunkle KL, Decker MR. Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *Am J Reprod Immunol.* 2013;69(Suppl. 1):20–26.
- 112 Rueda S, Mitra S, Chen S, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open.* 2016;6(7):e011453.
- 113 Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med.* 2019;17(1):31.
- 114 Turan JM, Elafros MA, Logie CH, et al. Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Med.* 2019;17(1):7.

- 115 Nyblade L, Stockton MA, Giger K, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med.* 2019;17(1):25.
- 116 UNAIDS/PCB (43)/18.32. Agenda item 12: thematic segment mental Health and HIV/AIDS—promoting human rights, an integrated and person-centred approach to improving ART adherence, well-being and quality of life. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/PCB43_18.32).
- 117 QualityRights materials for training, guidance and transformation. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>).
- 118 Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, et al. Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(2):174–186.
- 119 Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/).
- 120 Collins PY, Freeman M. Bridging the gap between HIV and mental health services in South Africa. In: Rohleder P, Swartz L, Kalichman S, Simbayi L, editors. *HIV/AIDS in South Africa 25 years on: psychosocial perspectives.* New York: Springer; 2009.
- 121 mhGAP community toolkit: field test version. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version>).
- 122 Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, et al. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. *Ann Rev Clin Psychol.* 2017;13:149–181.
- 123 Chi P, Zhao S, Zhang C, et al. Effects of psychosocial interventions on children affected by parental HIV/AIDS: a meta-analysis on depression and anxiety. *BMC Publ Health.* 2019;19(1):1572.
- 124 Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316(24):2618–2626.
- 125 Dorsey S, Lucid L, Martin P, et al. Effectiveness of task-shifted trauma-focused cognitive behavioral therapy for children who experienced parental death and posttraumatic stress in Kenya and Tanzania: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(5):464–473.
- 126 Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Wamala K, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of group support psychotherapy delivered by trained lay health workers for depression treatment among people with HIV in Uganda: a cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health.* 2020;8(3):e387–e398.
- 127 Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2017;32(suppl. 4):iv27–iv47.
- 128 Kaaya S, Eustache E, Lapidus-Salaiz I, et al. Grand challenges: improving HIV treatment outcomes by integrating interventions for co-morbid mental illness. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001447.
- 129 Tchankoni MK, Gbeasor-Komlanvi FA, Bitty-Anderson AM, et al. Prevalence and factors associated with psychological distress among key populations in Togo, 2017. *PLoS One.* 2020;15(4):e0231726.
- 130 Hughes E, Bassi S, Gilbody S, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(1):40–48.
- 131 Krumme AA, Kaigamba F, Binagwaho A, et al. Depression, adherence and attrition from care in HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy. *J Epidemiol Commun Health.* 2015;69(3):284–289.
- 132 Mayston R, Kinyanda E, Chishinga N, et al. Mental disorder and the outcome of HIV/AIDS in low-income and middle-income countries: a systematic review. *AIDS.* 2012;26(suppl. 2):S117–S135.
- 133 Uthman OA, Magidson JF, Safren SA, Nachega JB. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2014;11(3):291–307.
- 134 McMahon JM, Braksmajer A, Zhang C, et al. Syndemic factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adult heterosexual men. *AIDS Res Ther.* 2019;16(1):32.

- 135 Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Annals Behav Med.* 2014;47(3):259–269.
- 136 Antelman G, Kaaya S, Wei R, et al. Depressive symptoms increase risk of HIV disease progression and mortality among women in Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;44(4):470–477.
- 137 Cook JA, Grey D, Burke J, et al. Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. 2004;94(7):1133–1140.
- 138 Ickovics JR, Milan S, Boland R, et al. Psychological resources protect health: 5-year survival and immune function among HIV-infected women from four US cities. *AIDS.* 2006;20:1851–1860.
- 139 Sudfeld CR, Kaaya S, Gunaratna NS, et al. Depression at antiretroviral therapy initiation and clinical outcomes among a cohort of Tanzanian women living with HIV. *AIDS.* 2017;31(2):263–271.
- 140 Todd JV, Cole SR, Pence BW, et al. Effects of antiretroviral therapy and depressive symptoms on all-cause mortality among HIV-infected women. *Am J Epidemiol.* 2017;185(10):869–878.
- 141 Thakur KT, Boubour A, Saylor D, et al. Global HIV neurology: a comprehensive review. *AIDS.* 2019;33(2):163–184.
- 142 Mwangala PN, Newton CR, Abas M, Abubakar A. Screening tools for HIV-associated neurocognitive disorders among adults living with HIV in sub-Saharan Africa: a scoping review. *AAS Open Res* 2019;1:28.
- 143 Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>).
- 144 World drug report 2020. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2020 (http://vngoc.org/wp-content/uploads/2020/07/wdr2020_Presentation-CSO_EN_27072020-rev.pdf).
- 145 HIV and substance use in the United States. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2019 (<https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/substance-use.html>).
- 146 HIV and injection drug use. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2020 (<https://www.cdc.gov/hiv/risk/idu.html>).
- 147 Azar MM, Springer SA, Meyer JP, Altice FL. A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization. *Drug Alcohol Depend.* 2010;112(3):178–193.
- 148 Common comorbidities with substance use disorders research report: part 3—the connection between substance use disorders and HIV. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2020 (<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-3-connection-between-substance-use-disorders-hiv>).
- 149 Feelemyer J, Des Jarlais D, Arasteh K, Uusküla A. Adherence to antiretroviral medications among persons who inject drugs in transitional, low and middle income countries: an international systematic review. *AIDS Behav.* 2015;19(4):575–583.
- 150 Socias ME, Milloy MJ. Substance use and adherence to antiretroviral therapy: what is known and what is unknown. *Curr Infect Dis Rep.* 2018;20(9):36.
- 151 Wechsberg WM, van der Horst C, Ndirangu J, et al. Seek, test, treat: substance-using women in the HIV treatment cascade in South Africa. *Addict Sci Clin Pract.* 2017;12(1):12.
- 152 Magidson JF, Saal W, Nel A, et al. Relationship between depressive symptoms, alcohol use, and antiretroviral therapy adherence among HIV-infected, clinic-attending patients in South Africa. *J Health Psychol.* 2017;22(11):1426–1433.
- 153 Vagenas P, Azar MM, Copenhaver MM, et al. The impact of alcohol use and related disorders on the HIV continuum of care: a systematic review—alcohol and the HIV continuum of care. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2015;12(4):421–436.
- 154 Low AJ, Mburu G, Welton NJ, et al. Impact of opioid substitution therapy on antiretroviral therapy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2016;63(8):1094–1104.
- 155 Schlebusch L, Vawda N. HIV-infection as a self-reported risk factor for attempted suicide in South Africa. *Afr J Psychiatry.* 2010;13:280–283.

- 156 Musisi S, Kinyanda E. Emotional and behavioural disorders in HIV seropositive adolescents in urban Uganda. *East Afr Med J*. 2009;86(1):16–24.
- 157 Olley BO, Zeier MD, Seedat S, Stein DJ. Post-traumatic stress disorder among recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Care*. 2005;17(5):550–557.
- 158 Petrushkin A, Boardman J, Ovuga E. Psychiatric disorders in HIV-positive individuals in urban Uganda. *Psychiatr Bull*. 2005;29:455–458.
- 159 HIV prevention 2020 road map. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/road-map>).
- 160 Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>).
- 161 Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240023581>).
- 162 Improving men's uptake of HIV testing and linkage to services: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339620>).
- 163 Serving the needs of key populations: case examples of innovation and good practice in HIV prevention, diagnosis, treatment and care. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-eng.pdf?sequence=1>).
- 164 Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-000854-0>).
- 165 WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: module 1—clinical. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255889>).
- 166 Maintaining and improving quality of care within HIV clinical services. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325857>).
- 167 Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258506>).
- 168 Providing contraceptive services in the context of HIV treatment programmes: HIV treatment and reproductive health. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325859>).
- 169 Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).
- 170 What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: update to WHO's recommendation on oral PrEP. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>).
- 171 Communities at the centre: defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>).
- 172 WHO recommends the dapivirine vaginal ring as a new choice for HIV prevention for women at substantial risk of HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/26-01-2021-who-recommends-the-dapivirine-vaginal-ring-as-a-new-choice-for-hiv-prevention-for-women-at-substantial-risk-of-hiv-infection>).
- 173 Carbone NB, Njala J, Jackson DJ, et al. "I would love if there was a young woman to encourage us, to ease our anxiety which we would have if we were alone": adapting the Mothers2Mothers Mentor Mother Model for adolescent mothers living with HIV in Malawi. *Plos One*. 2019;14(6):17.
- 174 Kaaya SF, Blander J, Antelman G, et al. Randomized controlled trial evaluating the effect of an interactive group counseling intervention for HIV-positive women on prenatal depression and disclosure of HIV status. *AIDS Care*. 2013;25(7):854–862.

- 175 Fuhr DC, Weobong B, Lazarus A, et al. Delivering the Thinking Healthy programme for perinatal depression through peers: an individually randomised controlled trial in India. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(2):115–127.
- 176 Rahman A, Waqas A, Nisar A, et al. Improving access to psychosocial interventions for perinatal depression in low- and middle-income countries: lessons from the field. *Int Rev Psychiatry*. 2021;33(1–2):198–201.
- 177 Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners. Geneva: World Health Organization; 2014.
- 178 Prevailing against pandemics by putting people at the centre. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/prevailing-against-pandemics>).
- 179 Njuguna B, Vorkoper S, Patel P, et al. Models of integration of HIV and noncommunicable disease care in sub-Saharan Africa: lessons learned and evidence gaps. *AIDS*. 2018;32(suppl. 1):S33–S42.
- 180 WHO recommends social network-based HIV testing approaches for key populations as part of partner services package. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329964>).
- 181 Golovaty I, Sharma M, Van Heerden A, et al. Cost of integrating noncommunicable disease screening into home-based HIV testing and counseling in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78(5):522–526.
- 182 Package of care for children and adolescents with advanced HIV disease: stop AIDS. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240008045>).
- 183 Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550062>).
- 184 Unutzer J, Carlo AD, Collins PY. Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on a global scale. *World Psychiatry*. 2020;19(1):36–37.
- 185 Fuller SM, Koester KA, Erguera XA, et al. The collaborative care model for HIV and depression: patient perspectives and experiences from a safety-net clinic in the United States. *SAGE Open Med*. 2019;7:2050312119842249.
- 186 Safren SA, Bedoya CA, O’Cleirigh C, et al. Cognitive behavioural therapy for adherence and depression in patients with HIV: a three-arm randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2016;3(11):e529–e538.
- 187 Simoni JM, Wiebe JS, Saucedo JA, et al. A preliminary RCT of CBT-AD for adherence and depression among HIV-positive Latinos on the U.S.–Mexico border: the Nuevo Día study. *AIDS Behav*. 2013;17(8):2816–2829.
- 188 Abas M, Nyamayaro P, Bere T, et al. Feasibility and acceptability of a task-shifted intervention to enhance adherence to HIV medication and improve depression in people living with HIV in Zimbabwe, a low income country in sub-Saharan Africa. *AIDS Behav*. 2018;22(1):86–101.
- 189 Blank MB, Himelhoch S, Walkup J, Eisenberg MM. Treatment considerations for HIV-infected individuals with severe mental illness. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2013;10(4):371–379.
- 190 Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf>).
- 191 Blank MB, Eisenberg MM. Tailored treatment for HIV plus persons with mental illness: the intervention cascade. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;63:S44–S48.
- 192 Positive health, dignity and prevention: a policy framework. Amsterdam: Global Network of People living with HIV; 2011 (<https://gnpplus.net/resource/positive-health-dignity-and-prevention-a-policy-framework/>).
- 193 Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022232>).
- 194 WHO HTS Info app. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news/item/12-11-2020-who-hts-info-app>).
- 195 Kirmayer LJ, Swartz L. Culture and global mental health. In: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M, editors. *Global mental health: principles and practice*. New York: Oxford; 2014:41–62.

- 196 Han C-K, Ssewamala FM, Wang JS-H. Family economic empowerment and mental health among AIDS-affected children living in AIDS-impacted communities: evidence from a randomised evaluation in southwestern Uganda. *J Epidemiol Commun Health*. 2013;67(3):225–230.
- 197 Ssewamala FM, Han C-K, Neilands TB. Asset ownership and health and mental health functioning among AIDS-orphaned adolescents: findings from a randomized clinical trial in rural Uganda. *Soc Sci Med*. 2009;69(2):191–198.
- 198 Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10 036):2423–2478.
- 199 Meinck F, Orkin FM, Cluver L. Does free schooling affect pathways from adverse childhood experiences via mental health distress to HIV risk among adolescent girls in South Africa: a longitudinal moderated pathway model. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(3):9.
- 200 Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P. Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009–2011. *Br J Psychiatry*. 2013;202(s55):s95–s101.
- 201 Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Publ Health*. 2016;38(3):e282–e291.
- 202 Thinking healthy: a manual for psychological management of perinatal depression. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>).
- 203 Zhu QY, Huang DS, Lv JD, et al. Prevalence of perinatal depression among HIV-positive women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):330.
- 204 Improving early childhood development. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>).
- 205 Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860>).
- 206 LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>).
- 207 Armstrong G, Samson L. The imperative to integrate suicide prevention within community-based harm reduction programs for people who inject drugs: informed by the situation in Delhi, India. *Int J Drug Policy*. 2016;28:133–135.
- 208 International standards on drug use prevention. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2018 (<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).
- 209 Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards. Washington, DC: National Academies Press; 2015.
- 210 Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, et al. Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(2):162–172.
- 211 Basic psychosocial skills: a guide for COVID-19 responders. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance-basic-psychosocial-skills-guide-covid-19-responders>).
- 212 Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity: a new area of mental health and psychosocial work at WHO. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254581>).
- 213 Living with the times: a mental health and psychosocial support toolkit for older adults during the COVID-19 pandemic. Geneva: Inter Agency Standing Committee; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/living-times-mental-health-and-psychosocial-support-toolkit-older-adults-during-covid-19-pandemic>).
- 214 Van der Heijden I, Abrahams N, Sinclair D. Psychosocial group interventions to improve psychological well-being in adults living with HIV. *Cochrane Database System Rev*. 2017;(3):CD010806.
- 215 Underwood J, Winston A. Guidelines for evaluation and management of cognitive disorders in HIV-positive individuals. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2016;13(5):235–240.

- 216 Ruxton K, Woodman RJ, Mangoni AA. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80(2):209–220.
- 217 Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>).
- 218 Hedrich D. European report on drug consumption rooms. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2004 (https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html_en).
- 219 Gallego L, Barreiro P, Lopez-Ibor JJ. Psychopharmacological treatments in HIV patients under antiretroviral therapy. *AIDS Rev*. 2012;14(2):101–111.
- 220 Arenas-Pinto A, Grund B, Sharma S, et al. Risk of suicidal behavior with use of efavirenz: results from the strategic timing of antiretroviral treatment trial. *Clin Infect Dis*. 2018;67(3):420–429.
- 221 Mollan KR, Smurzynski M, Eron JJ, et al. Association between efavirenz as initial therapy for HIV-1 infection and increased risk for suicidal ideation or attempted or completed suicide: an analysis of trial data. *Ann Intern Med*. 2014;161(1):1–10.
- 222 Web annex J: table of drug interactions with antiretroviral drugs. In: Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-18.51>).
- 223 HIV drug interactions. Liverpool: University of Liverpool (<https://www.hiv-druginteractions.org/checker>).
- 224 Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. ; New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>).
- 225 Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med*. 2013;43(4):849–863.
- 226 Sweeney S, Obure CD, Maier CB, et al. Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: a systematic review of evidence and experience. *Sex Transm Infect*. 2012;88(2):85–99.
- 227 Nugent R, Barnabas RV, Golovaty I, et al. Costs and cost-effectiveness of HIV/noncommunicable disease integration in Africa: from theory to practice. *AIDS*. 2018;32(suppl. 1):S83–S92.
- 228 Haldane V, Cervero-Liceras F, Chuah FL, et al. Integrating HIV and substance use services: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21–585.
- 229 Schackman BR, Metsch LR, Colfax GN, et al. The cost-effectiveness of rapid HIV testing in substance abuse treatment: results of a randomized trial. *Drug Alcohol Depend*. 2013;128(1–2):90–97.
- 230 Levin C, Chisholm D. Cost-effectiveness and affordability of interventions, policies, and platforms for the prevention and treatment of mental, neurological, and substance use disorders. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, et al., editors. *Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities, third edition*. Washington, DC: World Bank; 2016.
- 231 Vanobberghen F, Weiss HA, Fuhr DC, et al. Effectiveness of the Thinking Healthy Programme for perinatal depression delivered through peers: pooled analysis of two randomized controlled trials in India and Pakistan. *J Affect Disord*. 2020; 265:660–668.
- 232 Dodds S, Nuehring E, Blaney N, et al. Integrating mental health services into primary HIV care for women: the Whole Life project. *Publ Health Rep*. 2004;119:48–59.
- 233 Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, et al. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med*. 2013; 10(5):e1001448.
- 234 Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix: a manual to improve services*. New York: Cambridge University Press; 1999.
- 235 University of Kwazulu-Natal, Department of Health of South Africa, University of Cape Town, et al. *Mental health integration programme operations manual*. Durban; Centre for Rural Health; 2018 (https://crh.ukzn.ac.za/wp-content/uploads/2019/04/GF_GG_MhiNT-operations-manual-interactive-18Feb2019-002.pdf).

- 236 Gureje O, Appiah-Poku J, Bello T, et al. Effect of collaborative care between traditional and faith healers and primary health-care workers on psychosis outcomes in Nigeria and Ghana (COSIMPO): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2020;396(10 251):612–622.
- 237 Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44322>).
- 238 Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800–1819.
- 239 Sowa NA, Cholera R, Pence BW, Gaynes BN. Perinatal depression in HIV-infected African women: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(10):1385–1396.
- 240 Peltzer K, Rodriguez VJ, Lee TK, Jones D. Prevalence of prenatal and postpartum depression and associated factors among HIV-infected women in public primary care in rural South Africa: a longitudinal study. *AIDS Care*. 2018;30(11):1372–1379.
- 241 Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, et al. Grand challenges: integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001442.
- 242 Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017;389(10 064):77–90.
- 243 Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10 064):91–102.
- 244 Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10 064):103–118.
- 245 Berg M, Coman E, Schensul JJ. Youth Action Research for Prevention: a multi-level intervention designed to increase efficacy and empowerment among urban youth. *Am J Commun Psychol*. 2009;43(3–4):345–359.
- 246 Willis N, Napei T, Armstrong A, et al. Zvandiri: bringing a differentiated service delivery program to scale for children, adolescents, and young people in Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78(suppl. 2):S115–S123.
- 247 HIV prevention among adolescent girls and young women: putting HIV prevention among adolescent girls and young women on the Fast-Track and engaging men and boys. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/20160715_Prevention_girls).
- 248 Grimsrud A, Ameyan W, Ayieko J, Shewchuk T. Shifting the narrative: from “the missing men” to “we are missing the men”. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(suppl. 2):e25526.
- 249 Patton GC, Olsson CA, Skirbekk V, et al. Adolescence and the next generation. *Nature*. 2018;554(7693):458–466.
- 250 Ameyan W, Ayieko J, Grimsrud A, Shewchuk T. Men and HIV: insights from sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(suppl. 2).
- 251 MacDonnell JA, Dastjerdi M, Khanlou N, et al. Activism as a feature of mental health and wellbeing for racialized immigrant women in a Canadian context. *Health Care Women Int*. 2017;38(2):187–204.
- 252 Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/item/9789241514019>).
- 253 Degenhardt L, Glantz M, Evans-Lacko S, et al. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*. 2017;16(3):299–307.
- 254 Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams—global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43821>).
- 255 Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2003;361(9362):995–1000.
- 256 Bass JK, Annan J, Mclvor Murray S, et al. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *New Engl J Med*. 2013;368(23):2182–2191.

- 257 Bolton P, Bass J, Neugebauer R, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc.* 2003;289(23):3117–3124.
- 258 Bolton P, Bass JK, Zangana GA, et al. A randomized controlled trial of mental health interventions for survivors of systematic violence in Kurdistan, Northern Iraq. *BMC Psychiatry.* 2014;14:360.
- 259 Bolton P, Lee C, Haroz EE, et al. A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. *PLoS Med.* 2014;11(11):e1001757.
- 260 Gao LL, Chan SW, Sun K. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(3):274–281.
- 261 Ho SM, Heh SS, Jevitt CM, et al. Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: a randomized controlled evaluation study. *Patient Educ Counsel.* 2009;77(1):68–71.
- 262 Nakimuli-Mpungu E, Wamala K, Okello J, et al. Group support psychotherapy for depression treatment in people with HIV/AIDS in northern Uganda: a single-centre randomised controlled trial. *Lancet HIV.* 2015;2(5):e190–e199.
- 263 Patel V, Weiss H, Chowdhary N, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2010;18:2086–2095.
- 264 Rahman A, Malik A, Sikander S, et al. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2008;372(9642):902–909.
- 265 Galarraga O, Gao B, Gakinya BN, et al. Task-shifting alcohol interventions for HIV+ persons in Kenya: a cost-benefit analysis. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):239.
- 266 Papas RK, Sidle JE, Gakinya BN, et al. Treatment outcomes of a stage 1 cognitive-behavioral trial to reduce alcohol use among human immunodeficiency virus-infected out-patients in western Kenya. *Addiction.* 2011;106(12):2156–2166.
- 267 Collins PY, Musisi S, Frehywot S, Patel V. The core competencies for mental, neurological, and substance use disorder care in sub-Saharan Africa. *Glob Health Action.* 2015;8:26 682.
- 268 Strengthening human resources through development of candidate core competencies for mental, neurological, and substance use disorders in sub-Saharan Africa: workshop summary. Washington, DC: National Academies Press; 2013.
- 269 Hanlon C, Naslund JA, Sikander S, et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(6):535–550.
- 270 HIV/AIDS. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1).
- 271 New app to access WHO's voluntary medical male circumcision guidelines and resources. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/01-02-2021-new-app-to-access-who-s-voluntary-medical-male-circumcision-guidelines-and-resources>).
- 272 Roland J, Lawrance E, Insel TR, Christensen H. The digital mental health revolution: transforming care through innovation and scale-up. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health; 2020 (<https://2020.wish.org.qa/app/uploads/2020/09/IMPJ7849-03-Digital-Mental-Health-WISH2020-201103-WEB.pdf>).
- 273 WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/#:~:text=The%20key%20aim%20of%20this,resource%20use%20and%20equity%20considerations>).
- 274 2019 progress reports submitted by countries. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 (<https://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2019countries>).
- 275 Global information system on alcohol and health. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>).

- 276 NCD global monitoring framework. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/gmf>).
- 277 Annex of the World Drug Report 2020. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2020 (<https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/maps-and-tables.html>).
- 278 UNODC. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (<https://dataunodc.un.org>).
- 279 The Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho>).
- 280 Resources for substance use disorders. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/gho/substance_abuse/en).
- 281 Global information system on alcohol and health. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-healthhttp://awareness.who.int/entity/substance_abuse/activities/survey_health3.5_2019.pdf).
- 282 Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015.
- 283 WHO/UNODC substance use disorder treatment facility survey. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization; 2018 (https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNOC_WHO_Facility_survey_Draft_for_field_testing_June_2019.pdf).
- 284 World Health Organization assessment instrument for mental health systems. Geneva: World Health Organization; 2005 (https://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf?ua=1).
- 285 Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D, Parnas J. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry*. 2012;11(3):181–185.
- 286 MINI. Harm Research Institute (<https://harmresearch.org/index.php/mini-international-neuropsychiatric-interview-mini>).
- 287 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(suppl. 20):22–33.
- 288 The Structured Clinical Interview for DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association (<https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>).
- 289 The World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WHO WMH-CIDI) (<https://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcididi>).
- 290 Anderson JE, Michalak EE, Lam RW. Depression in primary care: tools for screening, diagnosis, and measuring response to treatment. *B C Med J*. 2002;44(8):415–419.
- 291 Ali GC, Ryan G, De Silva MJ. validated screening tools for common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156939.
- 292 Bhana A, Rathod SD, Selohilwe O, et al. The validity of the Patient Health Questionnaire for screening depression in chronic care patients in primary health care in South Africa. *BMC Psychiatry*. 2015;15:118.
- 293 Nolan CP, O'Donnell PJM, Desderius BM, et al. Depression screening in HIV-positive Tanzanian adults: comparing the PHQ-2, PHQ-9 and WHO-5 questionnaires. *Glob Ment Health*. 2018;5:e38.
- 294 Pence BW, Gaynes BN, Atashili J, et al. Validity of an interviewer-administered patient health questionnaire-9 to screen for depression in HIV-infected patients in Cameroon. *J Affect Disord*. 2012;143(1–3):208–213.
- 295 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606–613.
- 296 Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EDDS). *J Reprod Infant Psychol*. 1990;8(2):99–107.
- 297 Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–370.

- 298 Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385–401.
- 299 Zhang W, O'Brien N, Forrest JI, et al. Validating a shortened depression scale (10 item CES-D) among HIV-positive people in British Columbia, Canada. *PLoS One.* 2012;7(7):e40793.
- 300 Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test—guidelines for use in primary health care, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2001 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>).
- 301 Sacktor N, Wong M, Nakasujja N, et al. The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia. *AIDS.* 2005;19(13):1367–1374.
- 302 Robbins RN, Brown H, Ehlers A, et al. A smartphone app to screen for HIV-related neurocognitive impairment. *J Mob Technol Med.* 2014;3(1):23–26.
- 303 Joska JA, Witten J, Thomas KG, et al. A comparison of five brief screening tools for HIV-associated neurocognitive disorders in the USA and South Africa. *AIDS Behav.* 2016;20(8):1621–1631.
- 304 Chan LG, Ho MJ, Lin YC, et al. Development of a neurocognitive test battery for HIV-associated neurocognitive disorder screening: suggested solutions for resource-limited clinical settings. *AIDS Res Ther.* 2019;16(1):9.
- 305 Ngo VK, Rubinstein A, Ganju V, et al. Grand challenges: integrating mental health care into the non-communicable disease agenda. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001443.
- 306 SEEK-GSP. Kampala: Department of Psychiatry, School of Medicine (<http://seek-gsp.org/>).
- 307 Thurman TR, Nice J, Luckett B, Visser M. Can family-centered programing mitigate HIV risk factors among orphaned and vulnerable adolescents? Results from a pilot study in South Africa. *AIDS Care.* 2018;30(9):1135–1143.
- 308 The Let's Talk program. New Orleans, LA: HVC; 2018 (<http://hvc-tulane.org/what-we-do/program-resources/>).
- 309 Frontline AIDS. READY. Hove: Frontline AIDS (<https://frontlineaids.org/our-work-includes/ready/>).
- 310 The Friendship Bench. London: Centre for Global Mental Health (<https://www.centreforglobalmentalhealth.org/the-friendship-bench>).
- 311 Creating safe spaces. Harare: Friendship Bench (<https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/>).
- 312 Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med.* 2006;11(3):353–363.
- 313 Rao D, Elshafei A, Nguyen M, et al. A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. *BMC Med.* 2019;17(1):41.
- 314 Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination: guidance for countries to implement effective programmes to eliminate HIV-related stigma and discrimination in six settings. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/eliminating-discrimination-guidance>).
- 315 Preventing suicide in jails and prisons. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43678/9789241595506_eng.pdf?sequence=1).
- 316 Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>).
- 317 Strategies aimed at improving community attitudes. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/psychosis-and-bipolar-disorders/strategies-aimed-at-improving-community-attitudes>).

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud, 2022

Algunos derechos reservados. Este trabajo está disponible bajo la licencia IGO Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

En virtud de los términos de esta licencia, puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo con fines no comerciales, siempre y cuando el trabajo esté debidamente citado, como se indica a continuación. En ningún uso de este trabajo debe sugerirse que ONUSIDA o la Organización Mundial de la Salud (OMS) respaldan una organización, un producto o un servicio específicos. El uso del logotipo de ONUSIDA o de la OMS no está permitido. Si adapta el trabajo, debe obtener una licencia para su trabajo de acuerdo con la misma licencia de Creative Commons u otra equivalente. Si traduce este trabajo, debe añadir el siguiente descargo de responsabilidad junto con la forma de cita propuesta: "Esta traducción no ha sido creada por ONUSIDA o la Organización Mundial de la Salud (OMS). ONUSIDA y la OMS no se hacen responsables del contenido o la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la única edición vinculante y auténtica".

Cualquier mediación relacionada con controversias derivadas de la licencia deberá llevarse a cabo de acuerdo con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Integración de las intervenciones en materia de salud mental y VIH. Consideraciones principales. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación en la publicación (CIP, *Cataloguing-in-Publication*). Los datos de CIP de la OMS pueden consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y concesiones de licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, consulte <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes para uso comercial y cuestiones sobre derechos y concesiones de licencias, consulte <http://www.who.int/copyright>.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo atribuido a terceros, tal como tablas, cifras o imágenes, es su responsabilidad determinar si necesita autorización para dicha reutilización, así como obtener la autorización pertinente del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones resultantes del incumplimiento de cualquier componente perteneciente a terceros en el trabajo recae únicamente sobre el usuario.

Las denominaciones empleadas en la presentación del material de esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA ni de la OMS en lo relativo a la situación legal de ningún país, territorio, ciudad o área, ni de sus autoridades, ni en lo concerniente a la delimitación de sus fronteras o límites territoriales. Las líneas punteadas y discontinuas en los mapas representan las líneas divisorias aproximadas, por lo que puede que allí no exista coincidencia total.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que ONUSIDA y la OMS los aprueben o recomienden, dándoles preferencia ante otros de naturaleza similar que no se mencionan. Excepción hecha de errores y omisiones, los nombres de los productos de marca se distinguen por la mayúscula inicial.

ONUSIDA y la OMS han tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin ningún tipo de garantías, ni expresas ni implícitas. La responsabilidad sobre la interpretación y el uso del material reside en el lector. Ni ONUSIDA ni la OMS serán responsables en ninguna circunstancia de los daños que surjan de su utilización.

ISBN (OMS) 978-92-4-004317-6 (versión electrónica)
ISBN (OMS) 978-92-4-004318-3 (versión impresa)

ISBN (UNAIDS) 978-92-9253-092-1
UNAIDS/JC3049E



ONUSIDA
Programa Conjunto de las
Naciones Unidas sobre el VIH/
Sida

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org

Organización Mundial de la Salud
Departamento de VIH/Sida

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

Correo electrónico: hiv-aids@who.int

