

Protocolo de educación continuada en salud mental para los equipos de atención primaria*

María Adelaida Arboleda T.¹
José Miguel Salmerón C.²

Introducción

Es bien sabido que para un ejercicio adecuado de la profesión médica es fundamental estar actualizados en nuestros conocimientos. Igualmente, se acepta que lo que nos fue enseñado en nuestra formación de pregrado o posgrado necesariamente debe ser ampliado y revisado periódicamente.

En el contexto de la atención primaria, la prestación de servicios se realiza trabajando en equipos multidisciplinarios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, promotores de salud, voluntarios, etc.); por consiguiente, se deben tener en cuenta el conocimiento, las habilidades, las prácticas y también las limitaciones de cada miembro del

equipo; todo, con el fin de obtener la mayor eficacia de nuestras intervenciones. Por lo tanto, cualquier iniciativa de educación continuada deberá ser dirigida no sólo al personal profesional, sino a todos los componentes del equipo.

Tradicionalmente, y también desafortunadamente, la salud mental ha sido desdeñada como parte esencial de las intervenciones destinadas a un mejoramiento en el bienestar de las comunidades y, por ende, no ha sido incluida en los programas de promoción y prevención de los centros asistenciales. Esto no tiene ninguna justificación teórica ni práctica, por eso surge ahora la necesidad de implementarla. Proponemos, entonces, una aproximación a las posibles soluciones.

.....
* Programa de Atención Primaria en Salud Mental, Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Centro de Salud de Siloé, Santiago de Cali, Colombia.

¹ Médico psiquiatra, docente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle.

² Médico residente de segundo año de Psiquiatría, Universidad del Valle.

Marco teórico y justificación. Generalidades y epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene por definición de salud al “estado de completo bienestar físico, mental y social”, sin ninguna indicación de que alguno haya de prevalecer sobre los demás. De aquí parte la necesidad de tener muy en cuenta que cualquier intento de ofrecer un mejoramiento en el bienestar de nuestras comunidades deberá incluir, de manera constante, los factores mentales y sociales de los procesos de enfermedad. Desde 1978, cuando se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Alma-Ata, se dejaron sentadas las bases de un nuevo enfoque para atender las necesidades en salud de las comunidades. A partir de ese momento el concepto de *atención primaria en salud* es la guía para todas las intervenciones en salud pública.

Posteriormente, en 1990, se redactó y aprobó la Declaración de Caracas, en la cual se definió “que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales”. Siguiendo la misma línea de acción, la OMS ha insistido con vehemencia en

sus informes y publicaciones científicas en la necesidad de descentralizar la atención de salud mental; es decir, llevarla más allá de los hospitales psiquiátricos y, por lo tanto, integrarla a los servicios de atención primaria. Más aún, propende por que dicha atención esté a cargo de personal general de salud y no de especialistas en salud mental; además, aclara que las tareas de salud mental no deben verse como una nueva carga para los servicios de atención primaria, sino, por el contrario, como un nuevo factor que aumenta la eficacia. Por otra parte, si se logra que los equipos de atención primaria sean sensibles a la problemática de salud mental y se les da la formación necesaria para intervenir, pueden ahorrarse muchos recursos destinados a los ámbitos especializados de atención y evitar buena parte de la morbilidad, complicaciones y mortalidad generadas por las patologías mentales cuando son desatendidas.

Los trastornos mentales no se concentran en ningún grupo en particular. De hecho, son verdaderamente universales, afectan a personas de todas las regiones, están presentes en todas las etapas de la vida y no distinguen sexo, condición socioeconómica o si se vive en zona rural o urbana. En la actualidad se calcula que en el mundo hay 450

millones de personas que padecen trastornos mentales o neurológicos o que tienen problemas psicosociales. La depresión mayor grave es hoy la causa principal de discapacidad en el planeta, y, al tiempo, es la cuarta de las diez causas principales de la carga de morbilidad. Cada año, un millón de personas se suicidan y más de diez millones intentan hacerlo. Una de cada cuatro personas padece un trastorno mental en alguna etapa de su vida. Por otra parte, entre el 17% y el 22% de los jóvenes menores de 18 años de edad sufre problemas de desarrollo emocional y de conducta, y uno de cada ocho padece un trastorno mental. Entre los niños menos favorecidos, la tasa es de uno de cada cinco, pero menos del 20% de estos menores de edad recibe el tratamiento adecuado.

Si nos ubicamos en el contexto de Latinoamérica, según algunas proyecciones, en el año 2010 habrá más de dos millones de personas con esquizofrenia y más de 17 millones con trastornos afectivos, sin contar con la carga de morbilidad que acarreará el aumento en los deterioros cognitivos secundarios a las enfermedades cardiocerebrovasculares en la forma de demencias vasculares.

Con referencia al impacto socioeconómico de las enfermedades

mentales en América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó, en 1998, los resultados de un estudio realizado por el Banco Mundial, en el cual se calculó que el 8% de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad son atribuibles a ellas, proporción mayor que la asignada al cáncer (5,2%) o a las enfermedades cardiovasculares (2,6%). Adicionalmente, y en el contexto local, se han publicado varios estudios que aluden al problema de salud mental en nuestra ciudad (suicidio en menores de catorce años, rastreo de cocaína en orina de recién nacidos, etc.). Al trasladar el análisis al terreno de las estadísticas y luego de consultar el programa de mortalidad en la Secretaría de Salud Pública Municipal, podemos afirmar que en Santiago de Cali, durante el año 2002, hubo 11.147 defunciones, de las cuales la causa principal era el homicidio (con un total de 2.011 casos), seguida de lejos por las enfermedades cardiocerebrovasculares y, como dato relevante, un total de 119 suicidios, la mitad de los cuales fue llevada a cabo por menores de treinta años. Dicho de otra manera, en el grupo etáreo de los diez a los treinta años de edad, el suicidio se ubica siempre entre las cinco principales causas de muerte y, por su parte, el homicidio ocupa el primer lugar.

Ante estos hallazgos es imperioso actuar; por ello, se hace indispensable implementar un programa adecuadamente estructurado para atender los problemas de salud mental en el nivel primario de atención. Atendiendo a esta realidad, la OMS dedicó de manera íntegra, en 2001, su informe sobre la salud en el mundo al tema de la salud mental. En este documento se brinda un detallado recorrido por el panorama actual y se exponen claramente cuáles son las intervenciones mínimas requeridas para la atención de salud mental en el ámbito de la atención primaria. Dicha publicación es el principal fundamento teórico que justifica plenamente la intervención educativa que nosotros proponemos. La aproximación mediante un programa de educación continuada en salud permite involucrar a todos los actores en la prestación de servicios de atención primaria y poner en marcha actividades educativas que estén diseñadas para acceder a distintos públicos con diferente formación académica.

Marco conceptual de los procesos de educación continuada o permanente en salud

La educación continuada en salud representa el proceso permanente y evolutivo de la enseñanza que se inicia al término de la educa-

ción formal para lograr el desarrollo y actualización del personal de los servicios de salud. Además, es una labor educativa de construcción de conocimiento que se aplica dentro del escenario de trabajo. Tradicionalmente se ha caracterizado, en la mayoría de los casos, por la predominancia de cursos orientados a actualizar o mejorar el desempeño técnico del personal de salud, basándose en la transmisión de conocimientos, habilidades o destrezas, con la idea de que la práctica inadecuada del trabajo se debe a deficiencias de conocimiento.

Teniendo en cuenta este antecedente, la OPS, desde 1973, ha impulsado una transformación y nueva aproximación a estos procesos educativos. La nueva propuesta pretende resaltar un aspecto pasado por alto durante mucho tiempo: la experiencia que se logra a través de la atención sanitaria misma; es decir, la experiencia cotidiana acumulada por cada miembro del equipo. Esto define la educación no sólo a partir de las necesidades del personal, sino también de la realidad del servicio y de los problemas que afectan sus logros, y resalta, asimismo, el potencial educativo de la situación laboral y el análisis de los problemas de trabajo cotidiano. Planteado de esa forma, este proceso se ha implementado, por ejemplo, en México, Brasil

y Argentina, con resultados alentadores. En esos lugares se han encontrado ventajas como la integración individual-grupal-institucional-social en la definición de problemas y en el aumento del compromiso social; igualmente, el desarrollo de la conciencia de identidad del equipo de trabajo, el fomento de la generación de nuevos conocimientos de acuerdo con el contexto en que se lleva a cabo y, además, la posibilidad de que los agentes de salud sean más autosuficientes, al brindárseles mayor capacidad de movilizar recursos locales desdeñados.

Objetivos

- Lograr que se reconozca a la salud mental como un componente importante de la atención primaria.
- Sensibilizar al equipo de atención primaria frente a la problemática de la salud mental en sus poblaciones y a la necesidad de intervención.
- Fomentar, dentro del proceso de aprendizaje, la inclusión de aspectos relacionados con la experiencia lograda a través de la práctica cotidiana de los miembros del equipo de atención primaria.
- Ofrecer un conocimiento eficaz para afrontar los problemas en salud mental, teniendo en cuenta

ta las realidades del medio laboral y social en que se desenvuelve el equipo de atención primaria.

- Permitir que cada miembro del equipo pueda intervenir según sus funciones asignadas.
- Estimular un proceso de auto-evaluación permanente.

Aspectos técnicos

En relación con los aspectos técnicos de la educación continuada, como primera medida debemos tener presente que nuestro proceso se realiza con adultos; por lo tanto, para la educación de adultos se debe considerar:

- Metas y objetivos realistas y relevantes para su problemática.
- Lo aprendido debe percibirse como importante para sus necesidades personales y profesionales.
- La motivación debe ser producto de su deseo, no por imposición externa.
- Esta motivación debe estar enlazada con la prestación de servicios.

Método de aprendizaje basado en problemas

- Utilizar la situación de un paciente individual o de un problema de prestación de servicios.

- Escoger problemas que reflejen las necesidades de salud de la práctica cotidiana. Esto es, los problemas deben incluir los diversos determinantes políticos, sociales y económicos que influyen sobre los patrones de la práctica en salud.
- Analizar el problema obteniendo la información necesaria para encarar el problema.
- Comunicar las comprobaciones y evaluar el conocimiento adquirido.

Con lo anterior se facilita el aprendizaje en equipos y se permite un enfoque interdisciplinario. Además, abre la posibilidad de que participen miembros de la comunidad en el análisis de los problemas.

Modelo de acción para el programa de educación permanente en atención primaria en salud mental

- Planificación: sistematización y ordenamiento del plan de capacitación.
 - Objetivos y metas que se esperan lograr.
 - Etapas previstas para su cumplimiento.
 - Recursos necesarios.
 - Elementos para evaluar resultados (debe ser efectivo y flexible y considerar las ne-

cesidades presentes y futuras de la institución).

- Diagnóstico de las necesidades de capacitación: debe ser el resultado de un estudio dirigido a identificar y resolver necesidades del personal.
 - Encuestas.
 - Solicitudes individuales o del grupo.
- Elaboración del programa general de capacitación.
 - Define objetivos y metas.
 - Se forman los grupos o se precisan los individuos.
 - Se escogen las acciones de capacitación.
 - Se elabora un cronograma de actividades.
 - Se calcula un presupuesto y se buscan los recursos necesarios.
- Habilitación del programa.
 - Obtener apoyo logístico.
 - Identificar a los docentes o preparar instructores.
 - Elaborar el material didáctico.
- Desarrollo del programa.
- Evaluación del aprendizaje de los sujetos al proceso de capacitación.

Propuestas para actividades de capacitación

- Educación en el servicio (conferencias, talleres, etc.).

- Participación en sesiones clínicas.
- Participación en sesiones bibliográficas.
- Participación en sesiones de análisis.
- Revisión de procedimientos.
- Análisis de casos clínicos hipotéticos contruidos por los participantes o presentados por el equipo docente.

Las actividades educativas se diseñan para ser ejecutadas en grupos de trabajo. En nuestro caso se remitirían a los diferentes equipos de trabajo del centro de salud, a saber:

- Equipo de urgencias.
- Equipo consulta externa y sus componentes de programas.
- Equipos de acción en la periferia (puestos de salud, promotoras, etc.).

Bibliografía

1. Grupo de trabajo sobre educación permanente en salud [documento]. *Educ Med Salud* 1995;29(3-4).
2. Villalpando-Casas JJ, Gutiérrez-Trujillo G, Núñez-Maciel E. La capacitación del personal en los procesos de educación permanente en los servicios. *Educ Med Salud* 1994;28(3).
3. Cabal B de, Granada V, Infante N de, Vesga A. La experiencia de educación permanente de la Universidad del Valle y los sistemas locales de salud del municipio de Cali, Colombia. *Educ Med Salud* 1993;27(4).
4. Organización Mundial de la Salud. Informe de un comité de expertos. Sistemas de educación continua: prioridad al personal de salud del distrito. Ginebra: OMS; 1990.
5. Organización Mundial de la Salud. Una formación profesional más adecuada del personal sanitario. Ginebra: OMS; 1993.
6. Arango Y, Guzmán R de, Orrego F, Jaramillo JJ. Integración docente-asistencial: una experiencia de educación continua para el personal de servicios. Colombia. *Educ Med Salud* 1987;21(1).
7. Escobar F. Principios de aprendizaje del adulto en programas de educación continua. *Educ Med Salud* 1978;12(2).
8. Owen P, Allery L, Harding K, Hayes T. General practitioners' continuing medical education within and outside their practice. *Br Med J* 1989;299:238-40.
9. Paredes R, Medina H. Educación médica continuada en Colombia. *Educ Med Salud* 1968.
10. Organización Mundial de la Salud. La educación de personal de salud centrada en la comunidad. Ginebra: OMS; 1987.
11. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud [informe]. Parte 2, capítulo 3, Bruselas: Unión Internacional; 1999. p. 30-42.
12. Tizón JL, San-José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder; 1997.
13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
14. Vásquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Grupo Aula Médica; 1998. p. 693-707.
15. Organización Mundial de la Salud. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS; 1990.
16. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Caracas. Conferencia de la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela. Noviembre 11 al 14 de 1990.
17. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington: OPS; 1998. p. 199-202.

18. Levav I, Lima B, Somoza M, Kramer M y González R. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe: bases epidemiológicas para la acción. Bol Of Sanit Panam 1989;107(3).
19. Campo G, Roa J, Pérez A, Salazar O, Piragauta C, López L, et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia. Colomb Med 2003;34:9-16.
20. Roa J, Echandía C, Rodríguez MV, Lozano M, Arias J, Ángel L, et al. Rastreo de cocaína en orina de recién nacidos hijos de madres consumidoras. Colomb Med 2003;34:24-30.
21. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. Programa de Mortalidad. Área de Estadística. Consolidado de residentes en Cali en el período entre enero 1º y diciembre 31 del 2002.

Recibido para publicación: 21 de agosto de 2004.
Aceptado para publicación: 23 de octubre de 2004.

Correspondencia
M. A. Arboleda Trujillo
J. M. Salmerón Castro
Correo electrónico: mcta@telesat.com.co