

MAESTRIA EN SALUD MENTAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COHORTE 2011-2013

Título:

“Importancia adjudicada a la promoción y a la prevención primaria en salud mental por parte de los profesionales de salud mental de la dirección de atención primaria de la salud (DPAS), Córdoba-Capital”

Autor: Lic. Heredia, Ana.

Director: Dr. Ase, Iván.

Córdoba -Argentina

2015.

*“La Universidad Nacional de Córdoba no se hace solidaria con el contenido de la
presente tesis”*

AGRADECIMENTOS.

RESUMEN.

Intervenir en salud mental en comunidad, implica posicionarnos desde las necesidades de la misma, las estrategias se deben adaptar a la situación que los grupos y la comunidad requieren; esto implica considerar a la salud mental como parte de la salud pública, englobada en el cambio de paradigma por la cual atraviesa.

En la Ciudad de Córdoba-Capital los recursos humanos en el primer nivel de atención no cubren el 50% de la población. La orientación de la atención es clínica, responde a un encuadre reduccionista de programación de la política pública en salud. La formación de grado y postgrado articulado con la política pública es una herramienta necesaria en la transformación.

La reestructuración de los servicios de atención en salud mental debe considerar la promoción y prevención primaria como una de las medidas indispensables para garantizar el acceso a la salud en la comunidad, facilitando el derecho a la salud.

Teniendo en cuenta los distintos marcos normativos: **Estrategia Regional y Plan de Acción Regional en Salud Mental-OPS/OMS**, **Ley Nacional de Salud Mental No 26657**, **Ley Provincial 9848** y los principios de la Declaración de **CARACAS**.

Pensar en salud mental, accesible e integral es posible. Siempre que la salud pública, dentro de su programación la incorpore como algo que atraviesa a todos los sujetos, clases sociales, edad y sexos.

Una política pública que reconozca la promoción y prevención primaria como algo prioritario en la agenda pública, reconociendo la promoción y prevención primaria en el proceso de salud mental colectiva.

Palabras Claves: Capacitación- Práctica- Promoción -Prevención Primaria-salud mental.

ABSTRAC

Intervening in community mental health involves positioning ourselves from the needs of the same, strategies must be adapted to the situation and community groups required; this involves considering mental health as part of public health, included in the paradigm shift which crosses.

In the city of Cordoba Capital human resources at the primary care level not cover 50% of the population. The orientation of care is clinical, responds to a reductionist framing of programming of public health policy. The undergraduate and postgraduate articulated public policy is a necessary tool in the transformation.

Restructuring care services should consider mental health promotion and primary prevention as one of the essential measures to ensure access to health in the community, facilitating the right to health.

Given the different regulatory frameworks: Regional Strategy and Regional Action Plan on Mental Health-OPS / WHO, National Mental Health Act No 26657, 9848 Provincial Law and the principles of the Declaration of CARACAS.

Think mental, accessible and comprehensive health care possible. Whenever public health, in its program to incorporate it as something that crosses all subjects, social class, age and gender.

A public policy that recognizes the promotion and primary prevention as a priority on the public agenda, recognizing the promotion and primary prevention in the process of collective mental health.

Key words: **Virtually training- Promotion -Prevention Primary-mental health.**

CONTENIDO

<u>1. INTRODUCCIÓN</u>	7
<u>2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</u>	10
<u>2. b Alianza transformadora entre enfoques: en la promoción y prevención de la salud mental.</u>	17
<u>2.c Definición de prevención universal, selectiva e indicada</u>	18
<u>2.d Del examen preliminar de la comunidad al diagnóstico comunitario en Salud Mental.</u>	20
<u>2.e Fortalecer las acciones comunitarias:</u>	21
<u>3. OBJETIVO GENERAL.</u>	26
<u>3.a OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u>	26
<u>4. MATERIAL Y MÉTODO</u>	27
<u>4. a Enfoque y Tipo de Estudio.</u>	28
<u>4. b. Técnica e instrumento de recolección de datos:</u>	28
<u>4. c Consideraciones Éticas:</u>	31
<u>5 ANÁLISIS DE LOS DATOS:</u>	32
<u>6 . DISCUSIÓN</u>	43
<u>7. Conclusiones.</u>	61
<u>8 Recomendaciones.</u>	64
<u>9 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.</u>	66
<u>Anexos.</u>	73

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental como núcleo de los procesos de intervención desde la promoción y prevención primaria, cuya cosmovisión debe contener valores culturales, ser sensible al contexto y tener como eje central la participación de todos los actores que conforman la red, no solo los servicios de salud, sino que debe ser amplia en su dinámica de conformación (integrantes de la comunidad, educación, ONG, iglesias de cualquier religión, centros vecinales, entre otros).

Entender la salud mental como una construcción colectiva, permite reflexionar sobre el rol que adquieren todos los que participan de este proceso: sujeto, comunidad, profesionales, instituciones etc.

Desde esta perspectiva está basado el marco teórico de la investigación: *“Importancia adjudicada a la promoción y prevención primaria en salud mental por parte de los profesionales de salud mental de la dirección de atención primaria de la salud DPAS, Córdoba-Capital”*. Entendiendo que tiene que ver con la “perspectiva”¹ que tienen algunos de los actores que intervienen en el proceso dentro del primer nivel de atención.

Desde ningún punto de vista busca ser valorativo sobre las acciones ni las intervenciones, sino por el contrario poder ampliar la visión y favorecer la construcción de una salud mental accesible a la comunidad, además de invitar a profundizar este tema en nuevas investigaciones.

Para llevar a cabo esta investigación fue necesaria la elaboración de un cuestionario sobre capacitación y práctica en salud mental (CAP). Este cuestionario permitió el acceso a la información más general sobre la promoción y prevención primaria y las intervenciones desde la salud mental.

Teniendo en cuenta que las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten mejorar la calidad de vida.

Por su parte la prevención primaria de los trastornos mentales, se basa en los principios de salud pública.

La clasificación de prevención en salud pública -prevención primaria, está compuesta por un continuo que abarca la prevención universal, selectiva e indicada.

Promoción y prevención primaria si bien son diferentes en el caso de la salud mental comparten tanto analogías estructurales como una relación funcional y un objetivo común: mejorar la salud mental.

¹ Perspectiva: el arte que se dedica a la representación de objetos tridimensionales en una superficie bidimensional (plano) con la intención de crear la posición relativa y profundidad de dichos objetos. La finalidad de la perspectiva es por tanto, reproducir la forma y disposición con que los objetos aparecen a la vista.

En cuanto a la práctica en el ámbito de la salud mental es indispensable poder comprender como los profesionales de la salud mental en la actualidad participan, construyen y abordan los aspectos preventivos y de promoción desde el campo de la salud pública, para lograr reflexionar sobre los recursos utilizados en la práctica diaria y potenciar aquellos elementos no utilizados; por eso es que se pone el acento en la práctica y capacitación que los profesionales acceden, reconociendo de esta forma que prácticas son posibles con la comunidad, cuales se pueden mejorar y sobre todo pensar una salud mental accesible en la comunidad, evitando de esta forma que las necesidades en este campo sean resueltas solo desde la asistencia, cuando la emergencia ya está instalada y produce que la capacidad del servicio se desborde.

2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Determinantes de la salud mental y los trastornos mentales incluyen no sólo los atributos individuales tales como la capacidad de gestionar los propios pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también los factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, nivel de vida, condiciones de trabajo y los apoyos sociales de la comunidad¹.

Alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta a nivel mundial. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. Las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés) que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo y que se estima que para el año 2020 aumentarán en un 15%. Cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas².

Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad, sino que también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas. Teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento, para disminuir la discapacidad debida a trastornos mentales y de conducta, una de las alternativas para reducir la carga causada por estos trastornos es la prevención².

Las encuestas comunitarias de salud mental han mostrado altas tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en América Latina y el Caribe². Ellos y las enfermedades neurológicas representan el 22% de la carga total de enfermedades en estos países y resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida³. En Argentina, se estima que el porcentaje de personas afectadas por trastornos mentales es 15,1 % -ENDI² 2004-⁴ de un total de 7,1 % de población con discapacidad³.

En el 2010, según información publicada por la base de datos que conforman el registro nacional de discapacidad⁵ el mayor porcentaje de población con discapacidad mental se encuentra entre los 0 a 49 años, representando la población de 10 a 14 años el 59%. El 66% de la población con discapacidad, no acceden al empleo formal⁵.

Aproximadamente 25.000 personas están detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas; más de un 80% de estas personas son encerradas durante más de un año, y muchas lo son de por vida; dos tercios de las camas psiquiátricas pertenecen al sistema público; el 75% de las personas en el sistema argentino de salud mental público se encuentran detenidas en instalaciones de 1000 camas o más ⁶.

² ENDI: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (Argentina-2001), fue relevada entre noviembre de 2002 y abril de 2003 y publicada en el 2004.

Por otra parte, la falta de alternativas de intervención en distintos contextos, que faciliten el acceso a la atención en salud mental en la comunidad, invisibiliza la demanda espontánea de usuarios y familiares. El problema se complejiza en virtud de la amplia brecha en la atención³, y por la demora en la búsqueda de los servicios.

Se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos⁷. Se considera que existe una íntima relación entre la accesibilidad simbólica y la participación social de los usuarios⁷.

La accesibilidad además requiere un profundo análisis que va más allá de la demanda y oferta en salud; se debe contemplar la accesibilidad psi-socio-cultural, que propone abordar a partir de la interfaz social en tanto espacio de actualización de discontinuidades sociales, en el que se encuentran los actores que poseen las diferentes racionalidades culturales o que forman parte de un grupo social diferente⁸.

Las barreras serían los factores que limitan una atención satisfactoria en el ámbito de la salud⁸.

Sumado las violaciones de derechos humanos generalizadas y la discriminación que sufren; la perspectiva de los derechos humanos es esencial para responder a la carga mundial de trastornos mentales⁹.

El plan de acción de la OMS hace hincapié en la necesidad de servicios, políticas, legislación, planes, estrategias y programas para proteger, promover y respetar los derechos de las personas con trastornos mentales en línea con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos pertinentes¹⁰.

Estos datos son relevantes para reconocer la necesidad en salud mental de promover nuevas estrategias de intervención. Se recomienda el desarrollo de los servicios de salud y de atención social comunitarios integrales; la integración de la atención de la salud mental y el tratamiento en los hospitales generales y de atención primaria, la continuidad de la atención entre los diferentes proveedores y niveles del sistema de salud, la colaboración efectiva entre los proveedores formales e informales de cuidado, y la promoción del autocuidado, por ejemplo, a través de la uso de las tecnologías de salud electrónicos y móviles¹¹, este postulado también se encuentra vinculado con la ley nacional de salud mental 26657¹² y ley provincial de salud mental 4898¹³.

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario, aunque muchas

³ La brecha de tratamiento representa la diferencia entre la prevalencia real de un trastorno y la proporción de personas afectadas por ese trastorno que reciben tratamiento. También se puede expresar como el porcentaje de personas que requieren atención y no la reciben.

veces sea subestimada frente a la salud física. Tiene, en su esencia, el principio aceptado mundialmente que "*no hay salud sin salud mental*"¹⁴.

La histórica publicación del informe de Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, en 1974, se considera un momento decisivo en la forma de concebir la salud pública, ya que el informe se centró en la salud de la población y en los factores que influyen en ella. Elaboró el concepto del "campo de salud" con cuatro componentes: características biológicas, ambiente, modo de vida y organización de la asistencia sanitaria¹⁵.

Estos se modificaron más tarde, pero el concepto básico permanece invariable: hay factores que influyen en la salud o que la determinan más allá de los límites de la capacidad de los servicios de asistencia sanitaria. Es interesante señalar, que al explicar la idea de promoción de la salud, el informe basó la principal estrategia en el cambio del modo de vida y dirigió claramente esto al individuo y al medio.

La Carta de Ottawa (1986) todavía representa la formulación esencial del concepto de promoción de la salud y dice claramente que toda acción en ese sentido significa construir políticas públicas saludables, crear un ambiente de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, adquirir aptitudes personales y reorientar los servicios de salud. Esta se convierte en el punto de arranque para la práctica contemporánea de la promoción de la salud¹⁶.

Pichón Riviere apunta: "La salud mental se concibe como la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social"¹⁷.

El concepto de factor protector alude a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Rutter, 1985).

Si bien los factores de riesgo están presentes en las situaciones de adversidad, simultáneamente con éstos se presentan los mecanismos protectores que logran crear en las personas la posibilidad de revertir, no la situación a la que se ven enfrentadas, sino la percepción que tienen sobre ésta y, por tanto, de sobrepasarla. Esto va creando en las personas una percepción optimista sobre las situaciones y, a la vez, la sensación de que es posible actuar sobre ellas¹⁸.

El vocablo *resiliencia* el término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Rutter, 1993)¹⁹. Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y los resultados de competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales, como el temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy pequeños (Osborn, 1993)¹⁹.

Diversas investigaciones demuestran la importancia de la promoción y la prevención de la salud mental²⁰. Algunos antecedentes abordan procesos de participación colectiva utilizando el arte, creatividad y juego en el ámbito del espacio público llevados a cabo por

instituciones que conforman la red barrial de la Ciudad de Buenos Aires y su posible articulación con algunos aspectos de la Atención Primaria de la Salud desde una perspectiva integral con enfoque en Salud Mental. Algunos de los datos arrojados por esta investigación, permite ver que estos procesos participativos, propician una vía hacia la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación comunitaria hacia la constitución de la propia comunidad como sujetos activos de la transformación de sus realidades²¹.

Otra de las investigaciones identifico factores de riesgo y factores de protección en la etapa adolescente. El aumento de conductas de riesgo y psicopatológica en la adolescencia es un signo de alarma al cual debemos responder con acciones concretas y viables. La revisión de los diversos programas de prevención exitosos en cada uno de los tipos de conductas de riesgo, lleva a definir algunos comunes denominadores: atención individualizada e intensiva; programas colaborativos comunitarios; identificación y tratamiento precoces; foco en los sistemas escolares; provisión de programas comunitarios para los adolescentes fuera del sector formal de educación; necesidad de capacitación de los profesionales; entrenamiento en habilidades sociales; incorporación de los pares y de la familia en la prevención; conexión con el mundo laboral²².

Entonces, la mayoría de las evaluaciones muestran que los programas intensivos, integrales y flexibles son los que más sirven para prevenir las conductas de riesgo de los adolescentes y sus consecuencias²².

Otro antecedente sobre factores protectores de la salud mental, es un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. Este estudio tenía dos objetivos principales. En primer lugar, comparar tres factores protectores de la salud mental: valores, inteligencia emocional y autoestima entre población general y población clínica. Un aporte importante de la investigación realizada es la inclusión de muestras clínicas para estudiar estos aspectos positivos o salugénicos, ya que la mayoría de los estudios se han centrado en población general. Por otro lado, se han incluido variables poco estudiadas como valores e inteligencia emocional en este tipo de población. Los resultados están en clara concordancia con los principios de la Psicología Positiva, que afirman que los aspectos positivos también contribuyen a las variables patológicas y por lo tanto pueden fortalecerse a través de intervenciones positivas²³.

En lo que concierne a los factores protectores, se puede distinguir entre externos e internos. Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales, resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control²⁴.

Rutter (1990) señala que, una misma variable puede actuar bajo distintas circunstancias,

tanto en calidad de factor de riesgo como de protector.

La promoción de la salud tiene como objetivo ofrecer a la gente un mayor control de los factores determinantes de su salud, estos determinantes de la población son el centro de trabajo de promoción de la salud (Herrman, 2005).

En cuanto a la promoción de la salud mental ofrece nuevas estrategias, donde son determinantes los derechos humanos: vivir en comunidad, recibir atención en salud, estudiar, practicar deportes tener oportunidades de esparcimiento e interactuar socialmente.

El cuidado de la salud mental es el conjunto de actividades basadas en un repertorio de conocimientos culturales y científicos que tienen por objeto promover, proteger²⁵.

2.a. Abordaje desde la perspectiva de la promoción y prevención en el proceso de salud mental colectiva.

Salud mental:

La salud mental está relacionada con el despliegue de las diversas capacidades humanas en los diferentes momentos de la vida. Está asociada a la posibilidad de disfrutar y derivar satisfacción de las cosas que hacemos, sean grandes o pequeñas. Supone construir y desarrollar vínculos activos, transformadores de la realidad, que nos permitan atender nuestras necesidades y responsabilizarnos por nuestro propio bienestar psíquico y el de los demás. Es también la habilidad de conocer las capacidades, limitaciones y cómo estas interactúan con las determinantes sociales, económicas y culturales²⁶.

La salud mental -más que un estado- es un proceso dinámico, producto del interjuego entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Lo dinámico también incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Implica un proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de auto-cuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición -propia y ajena- de ser sujetos de derecho²⁶.

La salud mental es un concepto constituido por una dimensión sociocultural, de desarrollo y de derecho. Ha dejado de ser entendida únicamente como la ausencia de enfermedad mental para focalizar su acción en el ámbito de la salud pública, constituyéndose en eje transversal del desarrollo humano y social. Como dimensión sociocultural, la salud mental está asociada al conocimiento de la cultura de las personas y sus comunidades, de sus características, sus capacidades y sus limitaciones en estrecha relación con las determinantes históricas, sociales, económicas y culturales existentes²⁶.

El contexto sociocultural es indisoluble de la producción de subjetividades y viceversa. La incertidumbre con respecto al futuro constituye el escenario de fondo. El profesional

mismo encuentra en ellas un eco que lo remite a sus propias circunstancias y, simultáneamente, desafía sus herramientas de trabajo²⁷.

A nivel **individual**, la salud mental implica, entre otros aspectos:

- La asunción de un proyecto de vida personal, a partir del reconocimiento de las propias agencias y limitaciones.
- La capacidad de auto-cuidado, empatía, tolerancia y confianza en la relación con las demás personas.
- La facultad de postergar impulsos, deseos, gratificaciones inmediatas al mediar un pensamiento guiado por valores y principios familiares, sociales y culturales interiorizados.
- El reconocimiento de la diferencia y límites entre el mundo subjetivo y la percepción consensuada de la realidad.
- La acción creativa y transformadora del medio, generadora de condiciones favorables para el desarrollo de los recursos personales.
- La capacidad de disfrute y de buscar sentido a la vida

A nivel **familiar**, la salud mental implica, entre otros aspectos:

- Un sistema de relaciones familiares que proporcione a sus miembros seguridad y un soporte consistente en el cual puedan desarrollar sus capacidades humanas.
- Una relación familiar con límites claros entre sus miembros y sus sub-sistemas, que determina los modos de relación, acceso y privacidad entre los familiares.
- Un acuerdo entre los miembros de una familia en cuanto a responsabilidades, capacidades, influencia y límites.
- Un grado de adecuación de los miembros con sus roles, los cuales son reconocidos y valorados por los demás miembros del sistema familiar.
- Un liderazgo efectivo que mantenga el balance de las capacidades, responsabilidades e influencias; que monitoree los límites; que favorezca la negociación y el diálogo en situaciones de conflictos; que promueva el desarrollo del sistema familiar; que establezca modelos de referencia, entre otros.

A nivel **social**, la salud mental implica, entre otros aspectos:

- Un tejido de relaciones sociales que vincule, organice e integre a una variedad de actores sociales, posibilitando alternativas y oportunidades para canalizar el potencial transformador de individuos, familias, grupos, organizaciones, instituciones y comunidades.

- Una colectividad generadora de instituciones, modelos de referencia, símbolos, narrativas compartidas, que propicien un sentido de pertenencia con vínculos inclusivos y solidarios, que reflejen un sentido de identidad a los diversos grupos socioculturales que la componen.

- Un Estado garante de principios democráticos y de los derechos humanos, que, como parte de la sociedad, reconozca y facilite los espacios y procesos de participación ciudadana.

- Un Estado que trabaje por reducir los niveles de pobreza, la carencia de servicios básicos, la impunidad y la exclusión que viven amplios sectores de la población

El concepto de comunidad, según Del Cueto²⁸, es un conjunto de muchos y muchas unidos en territorio que conforma una cartografía particular del orden biológico, social, maquínico, gnoseológico, que establecen uniones y relaciones de contenido y expresión heterogéneos al agruparse a partir de un interés común muchas veces errático y parcial. Su fuerza es producida por ideas y pensamientos que construyen un *nosotros* a veces no regido por leyes del territorio geográfico. Los nuevos modelos comunitarios exigen una reinención de las prácticas y poner el centro del debate de la intervención de la política de lo común, el encuentro con lo común, el establecimiento de lo común, la potencia que da lo común en el punto de encuentro de los intereses particulares con los intereses comunitarios²⁸.

La salud mental comunitaria aborda los problemas de salud mental de una manera integral, colocando en el centro de su atención las condiciones emocionales y sociales en las que se encuentran las personas, familias y comunidades. Desde allí, se plantean propuestas de intervención que se orienten a la recuperación y fortalecimiento de las relaciones sociales que se identifican como fragmentadas²⁶.

Por otro lado, busca y trabaja por el empoderamiento de la sociedad, vale decir, no sólo porque los derechos ciudadanos y el de la salud sean parte de la realidad, sino también busca generar condiciones para que los ciudadanos, de manera organizada, sean protagonistas de acciones políticas y sociales que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida²⁹.

Ardoíno³⁰ dice, una *intervención* hace referencia al procedimiento por el cual, con un enfoque teórico técnico particular, se pretende conocer y estudiar lo que acontece y la dinámica de evolución y cambio que puede derivarse de dicha intervención. En todos los casos se alude a la inclusión de un tercero, el que interviene en relación a un estado preexistente, con una historia y devenir propios. Comprende además la intervención en la red institucional pública y privada presente, en acto o en efecto en esa comunidad³⁰.

2. B ALIANZA TRANSFORMADORA ENTRE ENFOQUES: EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL.

A través de la participación, la promoción de la salud comienza un ciclo de transformación de participantes, sus entornos y sus relaciones con otros, incluyendo varios agentes de la promoción de la salud. En cuanto el ciclo avanza, es más probable que estos cambios ocurran a través del establecimiento de nuevas alianzas, en la medida en que los profesionales de la salud se involucran más como mediadores activos entre los intereses divergentes que afectan la salud e impiden el empoderamiento de los individuos y las comunidades³¹.

Promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre, y mejorar, su salud. Para alcanzar un estado de bienestar físico completo, mental y el bienestar social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar las aspiraciones, para satisfacer las necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Salud es, por lo tanto, considerarse como un recurso para la vida cotidiana, no es el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que acentúa social y personal recursos, así como las capacidades físicas. Por lo tanto, promoción de la salud no es sólo la responsabilidad del sector de la salud, sino que va más allá de estilos de vida saludables a bienestar³⁰.

Prevención de los trastornos mentales

Las afecciones de salud mental se refieren a los problemas, síntomas y trastornos de salud mental, incluyendo la tendencia y síntomas de salud mental relacionados con un padecimiento temporal o continuo. Las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental. Aunque hay diferentes matices de definiciones en el campo, la prevención de los trastornos mentales es ampliamente entendida de acuerdo a la definición: La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de "reducir la incidencia" (Mrazek & Haggerty, 1994)⁴.³²

El enfoque para la prevención de los trastornos mentales radica en el concepto de salud pública, definido como "el proceso de la movilización de recursos locales, estatales, nacionales e internacionales para resolver problemas importantes de salud que afectan a las comunidades" (Detels y otros, 2002). El Informe del Instituto de Medicina de EEUU (Mrazek & Haggerty, 1994) ha propuesto un marco de referencia para la intervención de salud mental en los trastornos mentales de acuerdo con la clasificación de la prevención de las enfermedades físicas (Gordon, 1983, 1987) y las distinciones clásicas de salud pública entre la prevención primaria, secundaria y terciaria. Las intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas se incluyen dentro de la prevención primaria. La prevención secundaria intenta disminuir la proporción de casos establecidos del trastorno o la enfermedad en la población (prevalencia) a través de la detección y tratamiento temprano de enfermedades

⁴ Definición de salud pública en relación con la prevención de los trastornos mentales

diagnosticables. La prevención terciaria incluye intervenciones que reducen la discapacidad, mejoran la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad³³.

2.C DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN UNIVERSAL, SELECTIVA E INDICADA

Prevención universal se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.

Prevención selectiva se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico, social y biológico.

Prevención indicada se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental. (Mrazek & Haggerty, 1994, pp. 22—24)

Interface entre la prevención y la promoción en el campo de la salud mental

La salud mental positiva actúa como un poderoso factor de protección contra las enfermedades mentales. Sin embargo, los trastornos mentales y la salud mental positiva no se pueden describir como extremos diferentes de una escala lineal, sino más bien como dos componentes superpuestos e interrelacionados de un solo concepto de salud mental (Detels y otros., 2002). Los elementos de prevención y promoción a menudo están presentes dentro de los mismos programas y estrategias, involucrando actividades similares y produciendo resultados diferentes pero complementarios. Debido a que tanto la promoción de la salud mental como la prevención primaria de los trastornos mentales se ocupan principalmente del mejoramiento de la salud mental y la influencia de sus antecedentes, se deben entender como enfoques conceptualmente distintos pero interrelacionados³⁴.

Prevención en salud mental comunitaria

Exige comprender que los problemas de la salud mental y los factores de riesgo son emergentes de una problemática global, la cual también requiere ser analizada en su propio contexto. Desde este análisis se pueden plantear estrategias de trabajo preventivo que se adecuen a las realidades locales³³.

Por ejemplo, prevención en salud mental comunitaria se refiere al trabajo con personas que han sido maltratadas, previniendo que reproduzcan la violencia contra sí mismos, sus familias o grupos de referencia y prevenir los trastornos que pueden aparecer incluso en la adultez. Así mismo, fomenta el desarrollo de recursos psicológicos de grupos vulnerables de la comunidad, con el fin de prevenir el surgimiento o el arraigo de potenciales conflictos.

Atención en salud mental comunitaria

Esta forma de intervención se orienta a actuar sobre el malestar y los problemas que la comunidad identifica; involucra a diferentes actores, como personal de salud, promotores, agentes tradicionales y otros profesionales vinculados al trabajo comunitario. Es importante tomar en cuenta, que cada uno de ellos en su trabajo de atención e interacción con la comunidad, es un instrumento que facilita procesos que afectan, despliegan o bloquean la salud mental. Por este motivo es necesario desarrollar y fortalecer las capacidades y habilidades de quienes están involucrados en estos procesos, poniendo especial énfasis en algunas herramientas básicas tales como: la escucha, la empatía, la interpretación, la concertación, el respeto a las diferencias, entre otras³⁵.

Focalizando en las necesidades y demandas de la población, el proceso de construcción de propuestas y acciones se hace tan relevante como el proceso de atención, con sus logros y avances. Entonces, las propuestas de atención en salud mental comunitaria, implican identificar las capacidades, recursos y habilidades de la comunidad y de los individuos afectados; con el fin de hacer crecer el potencial local y posibilitar un trabajo coordinado³³.

2.D DEL EXAMEN PRELIMINAR DE LA COMUNIDAD AL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL.

Las acciones de salud mental en la comunidad incluyen, en primer paso, la exploración activa y detallada de las necesidades de salud de la comunidad. Estas acciones son seguidas por las respuestas a estas necesidades, respuestas que se orientan hacia la comunidad en su conjunto²⁶.

Estas acciones llevan consigo el ¿Cómo hacer? Es decir, como llevar a cabo el diagnóstico comunitario. Son dos los métodos más adecuados: la primera es el “examen preliminar de la comunidad”. A este le sigue el “diagnóstico comunitario” propiamente dicho. La realización de ambas etapas permitirá al trabajador de la salud mental, identificar determinantes sociales de trastornos psiquiátricos o de la conducta (por ejemplo el desempleo en el alcoholismo), la magnitud del trastorno en la comunidad (por medio de las tasas de incidencia y/o prevalencia) así como los factores que promueven recuperación (por ejemplo, solidez de las redes sociales)³³.

El propio intercambio transforma los objetos intercambiados en signos de reconocimiento y, a través del reconocimiento mutuo de los agentes y el reconocimiento de la pertenencia al grupo, produce, construye el grupo y al mismo tiempo determina los límites del

grupo: en otras palabras, delimita el espacio más allá del cual el intercambio no puede tener lugar³⁵.

Concepto APS –OMS.

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad³⁶.

2.E FORTALECER LAS ACCIONES COMUNITARIAS:

Promoción de la salud trabaja a través del concreto y acción comunitaria eficaz en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, la planificación de estrategias y su aplicación para lograr una mejor salud. En el corazón de este proceso es el empoderamiento de las comunidades - la propiedad y el control de su propios esfuerzos y destinos. El desarrollo comunitario se basa en la existencia humana y los recursos materiales disponibles en la comunidad para mejorar la autoayuda y el apoyo social, y desarrollar sistemas flexibles para el fortalecimiento de la participación ciudadana en y la dirección de los asuntos de salud. Esto requiere la plena y el acceso continuo a la información, el aprendizaje las oportunidades de salud, así como apoyo financiero. (8° conferencia de promoción de la salud 2013/OPS)³⁷.

Desarrollar habilidades personales: la promoción de la salud apoyo personal y desarrollo social, mediante el suministro de información, educación para la salud y la mejora de habilidades para la vida. Para hacerlo, aumenta las opciones disponibles para las personas de ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre su entorno, y para tomar decisiones conducentes para la salud. Permitir a las personas a aprender a lo largo de la vida, para preparar para todas sus etapas y para hacer frente a enfermedades y lesiones crónicas es esencial. Esto se facilitará en la escuela, el hogar, el trabajo y la comunidad. Es necesario actuar a través de la educación, profesionales, y organizaciones de voluntariado y dentro de las propias instituciones³⁸.

El espíritu de Alma-Ata: El espíritu de Alma-Ata se llevó adelante en el Carta para la Promoción de la Salud que se aprobó en Ottawa en 1986. La Carta estableció el reto de avanzar hacia la nueva salud pública, reafirmando la justicia social y la equidad como requisitos previos para la salud, y la promoción y la mediación como los procesos de su logro³⁸.

Ideas sobre la complejidad: fragmentación, fractal, relatividad, dinamismo interdeterminación, contingencia. Estos enfoques van ligados a una noción renovada de la teoría de los sistemas, como sistemas dinámicos, complejos, autoregulados, mutantes, imprevisibles, productores de niveles emergentes de organización³⁹.

La complejidad podría ser vista desde los siguientes ángulos, en la promoción y prevención en salud mental:

- Pluralidad de niveles: (promoción, prevención primaria: universal, selectiva e indicada).
- Diversidad de relaciones: (vínculos intersectoriales).
- Naturaleza no finalista: (es un ciclo que nunca se debe cerrar, posibilitan el fortalecimiento y empoderamiento de la población).
- No lineal
- Discontinuidad o emergencia de algo totalmente nuevo

Acudimos a la utilización de varios términos aceptados como personas usuarias de los servicios de salud mental, personas con discapacidad psicosocial, personas con padecimiento mental⁴⁰ hasta el concepto de sufrimiento psíquico⁴⁰ de la epidemiología de la salud mental desarrollado por Galende E. & otros, ya que no solamente se refiere a los casos de trastorno mental, sino también a las nuevas formas de padecer psíquicamente como el estrés, duelos, exclusión, discriminación, segregación, nuevas adicciones, etc.⁴⁰.

El plan Nacional de salud mental, mandato normativo para la aplicación de la Ley 26657 en su decreto reglamentario N° 603/2013 manifiesta que en la actualidad la salud mental atraviesa un proceso de transformación que implica pasar de lo “patológico” a la “salugenico” la misma plantea que no hace referencia a enfermedad mental sino personas con padecimiento mental, deja de utilizar la “palabra tratamiento” para hablar de “procesos de atención”⁴¹.

En los abordajes desde la complejidad, el conocimiento o lo ya sabido es una condición para el pensar, pero no determina el producto del pensamiento. Es un punto de partida inevitable y valiosa, imprescindible para pensar pero no suficiente, ni privilegiado, puesto que “pensar es cambiar de ideas”. Llevar adelante una práctica implicada y responsable exige que seamos capaces de reconocer simultáneamente la paridad y la diversidad. Este es un gran desafío para todos los profesionales³⁹.

¿Por qué las personas no solicitan ayuda? A continuación se mencionan solo dos factores remediabiles: el estigma y la capacitación deficiente del equipo de salud de la APS⁴². La gente no consulta porque teme la percepción del otro sobre el acto mismo de consultar por un trastorno mental: el estigma es un factor que atraviesa e impregna todos los estratos sociales y todas las comunidades, con énfasis en las más tradicionales⁴².

El segundo factor que colabora para mantener la carga de la enfermedad mental se relaciona con la capacitación de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención - escaso conocimiento, actitud negativa o ambivalente frente al problema- lo que resulta sin duda un tema conflictivo pero crucial si se quiere cambiar la situación actual⁴².

Formación de recursos humanos en salud mental para el abordaje de la promoción y prevención primaria.

Resulta imprescindible orientar la formación del recurso humano del sector salud con una mirada diferente, que jerarquice la importancia de la promoción y prevención, la formación del equipo interdisciplinario de salud y el reconocimiento de las problemáticas y necesidades de su comunidad a cargo. Esto implica, como consecuencia, un fortalecimiento del primer nivel de atención con recurso humano calificado y jerarquizado que permitiera contribuir a la mejora que el sistema requiera⁴³.

Los recursos humanos (RRHH) en salud mental que actúan en la comunidad se encuentran con tres desafíos reiterados²⁷:

- 1- Dar respuesta a las demandas “clínicas” y a su vez encontrar soluciones a los problemas “comunitarios”;
- 2- Comprometer no sólo a los recursos humanos formales de otros sectores y jurisdicciones, sino también a los “no formales” de la propia comunidad; y
- 3- Considerar al autocuidado en salud mental como una estrategia válida.

Hace falta voluntad, conocimientos y motivación profesional y política, así como comunitaria, para aplicar y desarrollar un modelo de forma coherente, respetando cuidadosamente sus características (para no desvirtuarlo) y llevándolas adelante, donde predomine la calidad de la atención, además de la cantidad (recursos suficientes) ⁴⁴.

Una buena atención en salud mental no depende solamente de la cantidad de recursos disponibles, sino también de su diversidad y calidad. Esto implica equipos multiprofesionales e interdisciplinarios que den respuesta a la complejidad bio-psicosocial del ser humano, que estos equipos sean suficientes y bien formados en cuanto a calidad y variedad (profesionales y escuelas o modelos teórico-prácticos de intervención). Es también muy importante que estos profesionales y equipos estén receptivos y disponibles para implicarse en la necesidad de cambio y aprendizaje continuados que supone el trabajo con la comunidad⁴⁴.

Al emprender la formación de los RRHH en salud mental, los gobiernos encargados de elaborar políticas y planes en este campo, así como las instituciones encargadas de la formación, enfrentan el enorme desafío de cambiar de paradigma, y construir distintos niveles de abordaje según el tipo de servicio y las funciones que tengan que prestar los diferentes actores²⁷.

Los proyectos de formación de los trabajadores de la salud mental deben ser concebidos como una propuesta singular, contextualizada y flexible. Los cambios socio-culturales, científico-tecnológicos y político-económicos que experimentan nuestras sociedades deben ser considerados y debatidos por los trabajadores de la salud mental pues implican transformaciones que influyen definitivamente en la salud y calidad de vida, y pueden generar trastornos psíquicos²⁷.

Los principios de Brasilia, entiende que la Declaración de Caracas consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención, y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales⁴⁵, esto incluye la promoción y prevención primaria en salud mental⁴⁶.

En el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos, entre las acciones fundamentales se encuentran: la capacitación apropiada y previa a la prestación de servicios de diferentes profesionales de la salud, con programas de estudios basados en las necesidades y ajustados a los objetivos; el mejoramiento del acceso a la información y las fuentes de conocimiento; el desarrollo de la supervisión de apoyo; la creación de herramientas simplificadas de diagnóstico y abordaje⁴⁶.

En las redes que se legitiman por sus capacidades de innovación, aparecen así “bucles de resonancia” en las redes que abren y cierran el manejo de los condicionantes tanto objetivas como subjetivas. Son los estilos de hacer las cosas de lo cotidiano los que nos señalan las diferencias entre unos casos y otros⁴⁷.

Las redes no existen porque vengan determinadas por los datos de la condición socioeconómica, ni se construyen donde hay más conciencia social; no se trata de factores objetivos ni subjetivos sino relacionales, es decir, de construcciones que se consolidan en la vida cotidiana, en que nos vamos auto-educando desde pequeños⁴⁷.

Según lo establece la dirección nacional de salud mental, la formación de los recursos humanos de los trabajadores de salud mental en la comunidad debe contener: conformación e integración de redes afectivas, laborales y educativas; inclusión social; igualdad de oportunidades; vivienda, salud, educación y trabajo; participación en proyectos colectivos; habilidades para afrontar los problemas de la vida⁴⁸.

La formación de recursos humanos implica: diseñar un programa conjunto de universidades, ministerios, organizaciones de profesionales para la formación y actualización de los recursos humanos especializados en salud mental desde un enfoque de la salud pública⁴⁹.

Fortalecer la capacitación en equipos interdisciplinarios de salud mental orientados a las reformas institucionales en curso y a la perspectiva de la salud mental comunitaria con metas a mediano y largo plazo⁴⁹. Estrategias para mejorar la cobertura en salud mental en zonas rurales de las provincias⁴⁹.

El mapeo o cartografía es uno de los recursos que se debe construir con los actores locales para identificar situaciones de riesgo o exposición a factores que pueden incidir en el desarrollo de la salud mental de la comunidad, grupo o persona en particular⁵⁰.

Involucrar otros organismos del estado como educación; acción social; vivienda; municipios; así como a iglesias, juntas vecinales; ONG; para la gestión de los recursos que posibiliten la inclusión social de las personas⁴⁹.

A esto se le debe sumar el abordaje desde una perspectiva, no solo de la salud pública sino además con un enfoque de derechos humanos⁴⁹.

Los problemas de salud, se ubican en una encrucijada de múltiples disciplinas y enfoques metodológicos y demandan integrar todas estas perspectivas en la comprensión de los hechos concretos⁵¹.

3. OBJETIVO GENERAL.

“Analizar la importancia adjudicada por parte de los profesionales del servicio de salud mental, de la dirección de atención primaria de la salud (DAPS) Córdoba-Capital, a la promoción y prevención primaria en salud mental según su capacitación y práctica”.

3.A OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1** Determinar cuáles son las principales actividades de los profesionales que se desempeñan en el servicio de salud mental (DAPS).
- 2** Identificar la capacitación recibida durante la formación académica y el ejercicio profesional en promoción y prevención primaria en salud mental durante su desempeño en el servicio de salud mental (DAPS).
- 3** Caracterizar las prácticas en promoción y prevención primaria en salud mental de dichos profesionales.
- 4** Describir la importancia atribuida a la promoción y prevención primaria en salud mental por parte de estos profesionales.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4. A ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO.

Esta investigación utilizó metodología cuantitativa:

El tipo de estudio fue *descriptivo*.

Tipo y selección del universo: trabajadores del servicio de salud mental, de la dirección de atención primaria de la salud (DAPS), Córdoba-Capital.

Población y criterio de inclusión: la unidad de análisis ésta compuesta por trabajadores del servicio de salud mental de la dirección de atención primaria de la salud (DAPS), con más de un año de antigüedad.

Criterios de exclusión: a) tener menos de un año de antigüedad en el servicio, b) trabajado/ra que no den su consentimiento para participar de la investigación o decidan durante el proceso dejar de participar.

4. B. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario denominado “*Capacitación y práctica en salud mental*”. (Anexo 1)

El instrumento consta de cuatro apartados, cuyos dominios analizan: a) práctica diaria y datos sociodemográficos, b) conocimiento y opinión, c) tipo de capacitación y práctica, d) estimación de la práctica actual y distribución bajo su control.

Cada apartado contiene:

a) Práctica diaria y datos sociodemográficos: edad, género, año que finalizó estudios universitarios, año que ingresó al servicio, horas semanales de trabajo, tareas que desempeña (administrativo, clínica, investigación, promoción, prevención, capacitación, otros), también consulta si el trabajado/ar se desempeña en otro servicios, ya sea en el ámbito público, privado u obra social; consultando además que tareas desempeña (administrativo, clínica, investigación, promoción, prevención, capacitación, otros) y horas semanales.

b) conocimiento y opinión: incluye expresiones que se utilizan en la referencia bibliográfica sobre promoción y prevención primaria en salud mental, escala tipo Likert: valora de 1 a 5: 1) totalmente en desacuerdo. 2) en desacuerdo. 3) ni en acuerdo ni en desacuerdo 4) de acuerdo. 5) totalmente de acuerdo.

- 1) La prevención de los trastornos mentales tiene el objetivo de reducir la incidencia de los trastornos mentales.

- 2) La promoción de la salud mental constituye un recurso y un derecho básico esencial para el desarrollo social y económico.
- 3) Las acciones de promoción de la salud mental tienden a crear condiciones individuales, sociales y ambientales que permiten el óptimo desarrollo psicológico, físico y social.
- 4) Los factores de riesgo y de protección pueden ser maleables y por lo tanto son focos de la prevención primaria y la promoción de la salud mental.
- 5) Las intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas se incluyen dentro de la prevención primaria de la salud mental.
- 6) La promoción y la prevención en salud mental son exclusivas responsabilidad del sector sanitario.

c) Tipo de capacitación y práctica: incluye formación recibida en la academia y en el servicio donde trabaja la mayor cantidad de horas semanales, además de contener las actividades que desempeña vinculadas a la promoción y prevención primaria y las que conocen que estén relacionadas en otros contextos que no sean su lugar de trabajo.

Marque con una X según su criterio: 1) totalmente insatisfecho/a 2) insatisfecho/a 3) ni satisfecho/a ni insatisfecho/a 4) satisfecho/a 5) totalmente satisfecho/a.

- 1) Cuan satisfecho/a está usted con la capacitación recibida en la **universidad** en relación a las:
 - a) Acciones curativas.
 - b) Acciones de rehabilitación.
 - c) Acciones de promoción de la salud mental.
 - d) Acciones de prevención primaria en salud mental.
- 2) Cuan satisfecho/a está usted con la capacitación que recibe en el servicio donde trabaja el mayor tiempo en la actualidad:
 - a) Acciones curativas.
 - b) Acciones de rehabilitación.
 - c) Acciones de promoción de la salud mental.
 - d) Acciones de prevención primaria de la salud mental.

Las siguientes preguntas deberá responder por Si/No- No Recuerdo.

- 1) En los últimos 12 meses leyó por lo menos una publicación científica sobre **promoción** de la salud mental, por ejemplo: documentos nacionales e internacionales, revistas científicas, libro o internet.
- 2) En los últimos 12 meses leyó por lo menos una publicación científica sobre **prevención primaria** en la salud mental por ejemplo: documentos nacionales e internacionales, revistas científicas, libro o internet.
- 3) En los últimos 12 meses, participó en congresos, conferencias, talleres, seminarios, y/o

en cursos sobre temas de **promoción** de la salud mental.

- 4) En los últimos 12 meses participó en congresos, conferencias, talleres, seminarios, cursos sobre temas de **prevención** primaria en salud mental.

Por favor, responder a las siguientes preguntas:

- En el más reciente año lectivo (incluido el actual) realiza algún postgrado y/o curso de formación o similares en su profesión. Por favor nombrarlos.
- En los últimos 12 meses en su práctica profesional realizo/realiza actividades sobre **promoción de la salud mental**. Por favor nombrar todas
- En los últimos 12 meses en su práctica profesional, realizó/realiza actividades sobre **prevención primaria en salud mental**. Por favor nombrar todas
- Dentro de las intervenciones o programas en salud mental e nivel provincial y/o nacional, ¿conoce usted alguna/s de **promoción de la salud mental**? Nombrar hasta 3
- Dentro de las intervenciones o programas en salud mental a nivel provincial y/o nacional, ¿conoce usted alguna/s de **prevención primaria en salud mental**? Nombrar hasta 3.

En todos los casos también se brindaba la opción de marcar: No conozco.

d.) estimación de la práctica actual y distribución bajo su control, buscando poder ponderar el valor real y cual sería lo que el profesional desearía realizar.

- 1) Estime el porcentaje (100%) de su **práctica profesional actual**, que dedica a las:
 - a) Acciones curativas
 - b) Acciones de rehabilitación
 - c) Acciones de promoción de la salud mental
 - d) Acciones de prevención primaria de salud mental.

- 2) Si la distribución de su tiempo profesional estuviera bajo **su total** control. ¿Qué porcentaje dedicaría a las:
 - a) Acciones curativa
 - b) Acciones de rehabilitación
 - c) Acciones de promoción de la salud mental
 - d) Acciones de prevención primaria en salud mental
 - e) Acciones profesionales que no estén vinculadas con salud mental.

Es necesario destacar, que el instrumento fue confeccionado para esta investigación, ya que no se encontraron antecedentes de instrumentos similares que investiguen la importancia que se adjudica a la promoción y la prevención primaria desde la mira de los profesionales de la salud mental.

El cuestionario fue programado analizando variables constitutivas establecidos por la revisión bibliográfica⁵², cada una de las expresiones son tomadas de distintos marcos teóricos actualizados sobre promoción y prevención primaria en salud mental, permitiendo reconocer la adhesión o no, por los distintos profesionales.

Se tuvo en cuenta las variables capacitación y formación; buscando analizar la importancia que se le adjudica a la promoción y prevención en salud mental en la práctica.

Se encuadra dentro del paradigma de salud mental en comunidad, los distintos marcos normativos internacionales, que expresan la necesidad de accesibilidad a la salud mental en la comunidad.

El cuestionario antes de su aplicación fue analizado mediante la *face validity*; para luego iniciar la fase del estudio piloto aplicado a 30 profesionales de salud mental, para determinar las características psicométricas, mediante el alfa de Cronbach, lo que definió la consistencia interna del mismo, demostró que estaba compuesto por elementos homogéneos y correlacionados, que determinaron la versión final de la escala. Para el análisis de datos se tuvo en cuenta la varianza de los ítems analizada por el programa estadístico SPSS (versión 21) ⁵³. El mismo fue anónimo, se aplicó con el consentimiento informado del profesional quien fue informado sobre el origen de la investigación, uso de los resultados, (uso científico); aplicado por profesionales externo al servicio.

4. C CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para la aplicación del instrumento se tuvo en cuenta la aplicación del consentimiento informado, explicando los fines de la investigación, objetivo de la misma, tiempo requerido para su aplicación, garantizando la confidencialidad, (por lo que en el análisis de los datos no se referirá a ningún caso en particular sino al análisis de datos en su conjunto) se dejó en claro que la participación es voluntaria y podrá abandonar el estudio en cualquier etapa, firmando la conformidad el encuestado y el investigador, garantizando el anonimato y la privacidad de los datos, el mismo fue valorado por el Comité de Ética (CIEIS).(Anexo 2)

5 ANÁLISIS DE LOS DATOS:

La recolección de datos se hizo mediante cuestionario “**capacitación y práctica en salud mental**”; respondieron de un total de 40 profesionales cuyo universo corresponde a n=92 % psicólogos y n=83% corresponde a trabajo social.

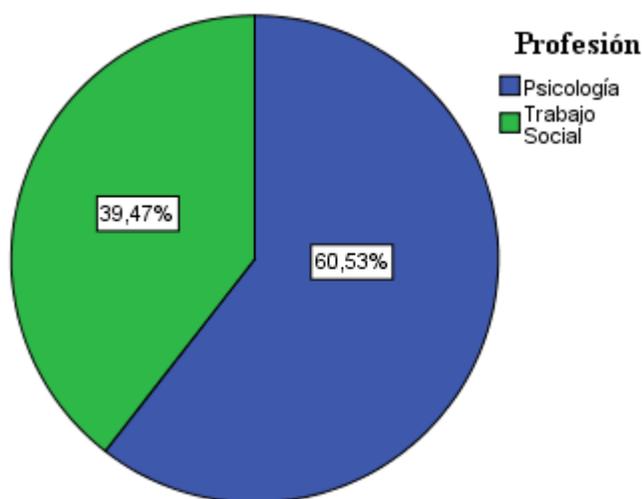


Fig. 1 Porcentaje de profesionales según profesión.

La unidad de análisis estuvo compuesta por la totalidad del universo, que representan a los profesionales del servicio de salud mental, de la Dirección de Atención Primaria de la salud en adelante DAPS (Córdoba-Capital).

Se realizaron análisis univariado para describir la distribución y frecuencia de presentación de cada variable incluida en el cuestionario; análisis bivariado de asociación entre las variables utilizando el test de χ^2 ajustado⁵⁴. En las asociaciones se tuvo en cuenta los datos sociodemográficos: edad, género, profesión, antigüedad en el servicio y análisis de interdependencia de variables empleando el método factorial de correspondencia múltiple, el cual genera agrupamiento de atributos similares de los sujetos. En todos los casos se trabajó con un nivel de confianza del 95%. Para el análisis de los datos se usó el programa estadístico SPSS (versión 21)⁵³.

La edad de los profesionales oscila entre una media de 33 años para la profesión de psicología y 38 años para trabajo social. En cuanto al género de la muestra hay mayor representatividad del género femenino 80% el 20% restante corresponde al género masculino.

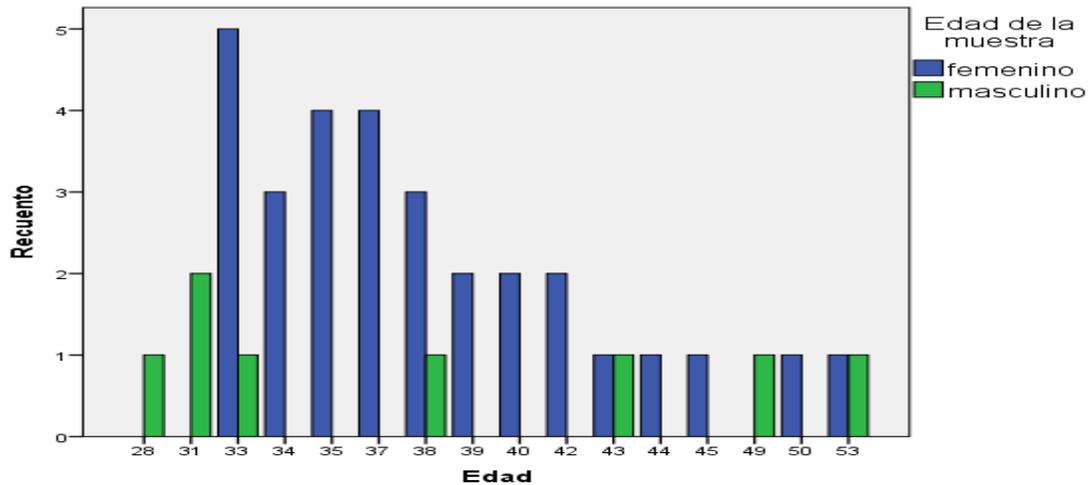


Fig. 2

Antigüedad de los profesionales: 50% entre un año y cinco años de antigüedad, el 47% entre cinco y diez años de antigüedad y el 3% restante con más de diez años de antigüedad.



Fig. 3 antigüedad en el servicio

La cantidad de horas en servicio: 35 horas semanales. Además se calculó las horas semanales en otros servicios; 16% (7 a 10 horas por semana), 22% (10 a 20 horas semanales), 13% (20 a 30 horas por semana); el 49% restante solo trabaja 35 horas por semana, Del 50% se distribuyen: 34% sector privado, 13% ámbito estatal (educativo) y un 3% en obra sociales.

Principal actividad que desempeñan los profesionales de psicología y trabajo social:

Se analizó mediante las siguientes variables: administrativo, clínica, promoción; prevención, capacitación, investigación, otros.

De una muestra constituida por 88% la principal actividad es la Clínica (60%), promoción (16%) tareas administrativas (13%), investigación (5%), prevención (3%) solo reconocida como práctica por psicología, otras (3%). (Ver Fig 4).

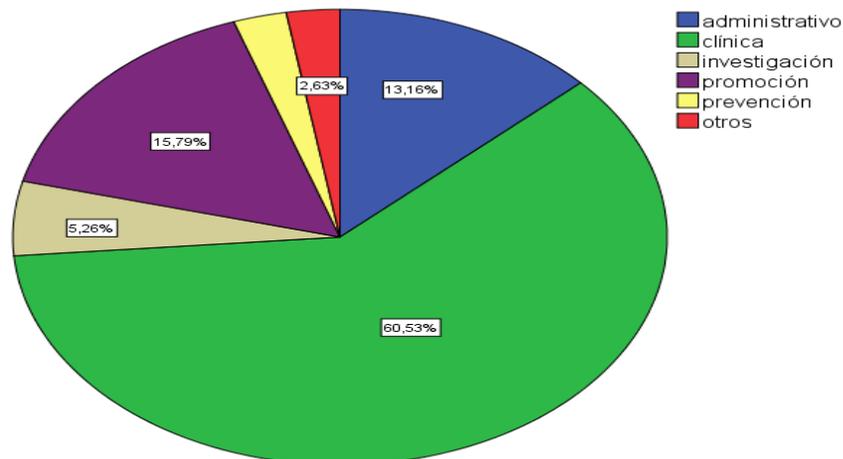
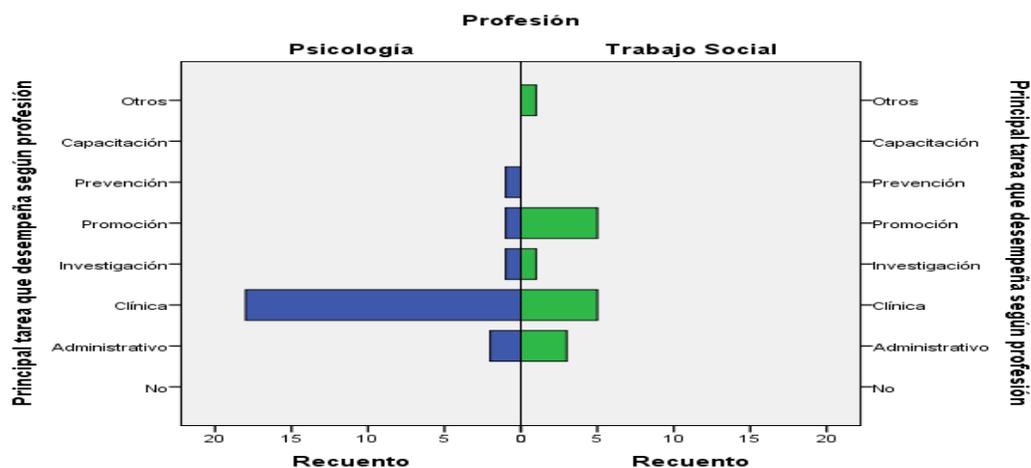


Fig. 4 Principales tareas que desempeñan los profesionales

Del porcentaje de profesionales (50%) que presta servicios en el ámbito privado, estatal (educativo) y obra social: clínica (18%), capacitación (16%), promoción (5%), otros (5%).

También se pide que los encuestados valoren en % como distribuirían el tiempo en las áreas de intervención si está estuviera bajo su control: ver fig. 5.



Satisfacción sobre la formación recibida en la universidad y en el servicio donde desempeña la mayor cantidad de horas semanales, comparándolo con las siguientes variables: acciones curativas, de rehabilitación, promoción de la salud mental y prevención primaria en salud mental; valorando de 1 a 5: 1) totalmente insatisfecho, 2) insatisfecho, 3) ni insatisfecho ni satisfecha 4) satisfecho 5) totalmente satisfecho.

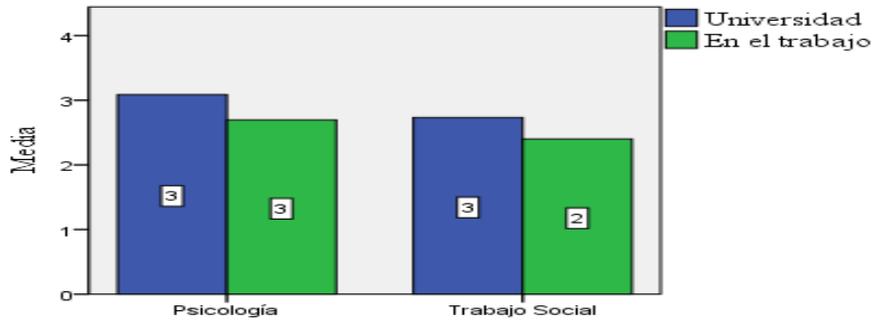


Fig. 6 Nivel de satisfacción relacionado con las acciones curativas en salud mental

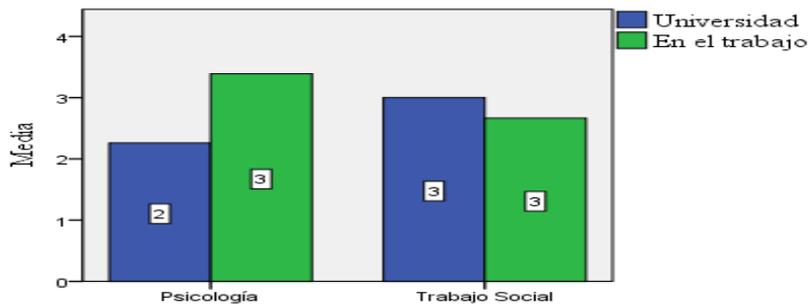


Fig. 7 Nivel de satisfacción sobre la capacitación recibida en promoción de la salud mental

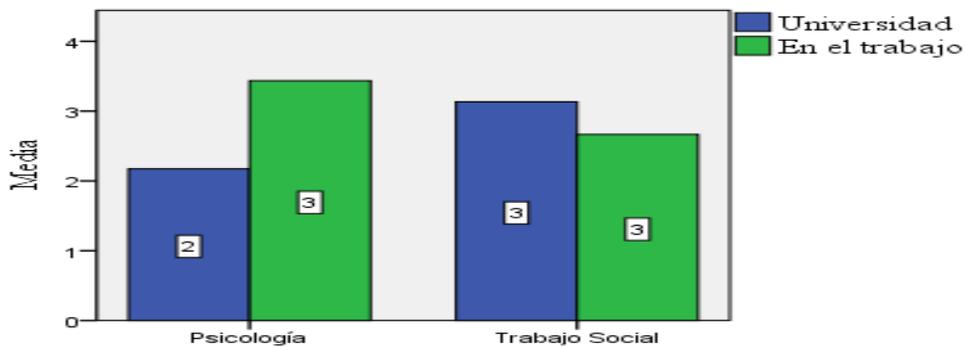


Fig. 8 Nivel de satisfacción sobre la capacitación recibida en prevención primaria en salud mental.

A continuación se analiza la opinión que tienen los profesionales que formaron parte de la muestra sobre algunos conceptos y principios que se atribuyen a la promoción y prevención primaria. Se valoró en una escala de 1 a 5: 1) totalmente en desacuerdo 2) en desacuerdo 3) ni en acuerdo ni en desacuerdo 4) de acuerdo 5) totalmente de acuerdo. Se obtuvieron los siguientes resultados:

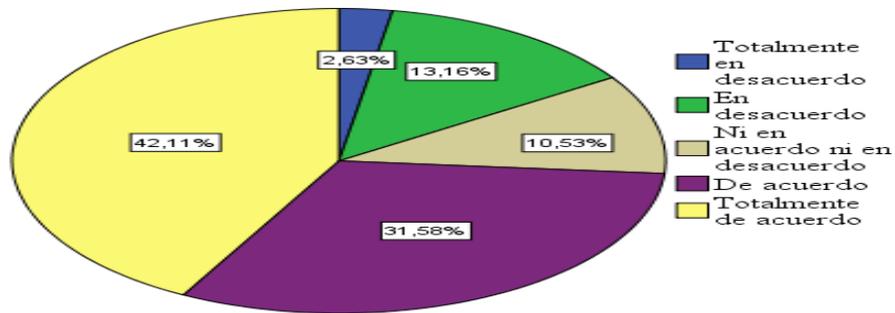


Fig. 9 La prevención de los trastornos mentales tiene el objetivo de reducir la incidencia de los trastornos mentales

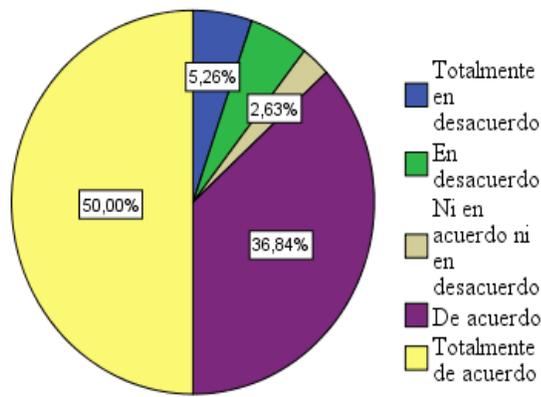


Fig. 10 La promoción de la salud mental constituye un recurso y un derecho básico esencial para el desarrollo social y económico

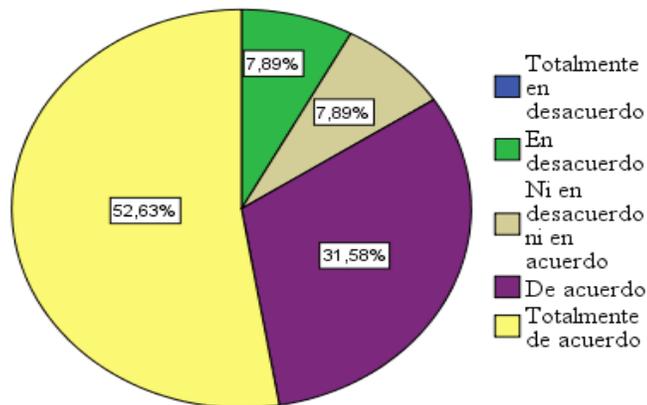


Fig. 11 Las acciones de promoción de la salud mental tienen a crear condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico, físico y social

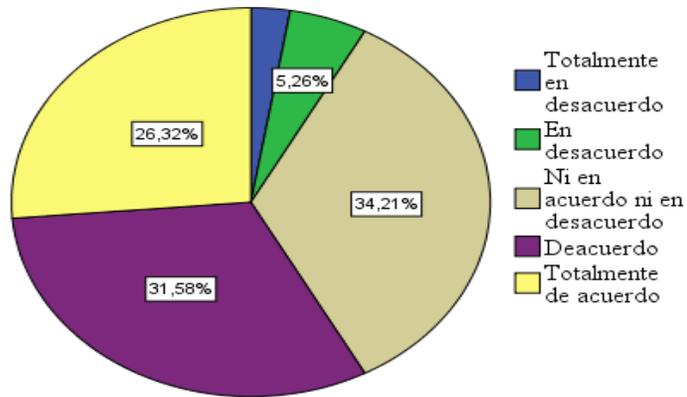


Fig. 12 Los factores de riesgo y de protección pueden ser maleables y por lo tanto son focos de la prevención primaria y la promoción de la salud mental

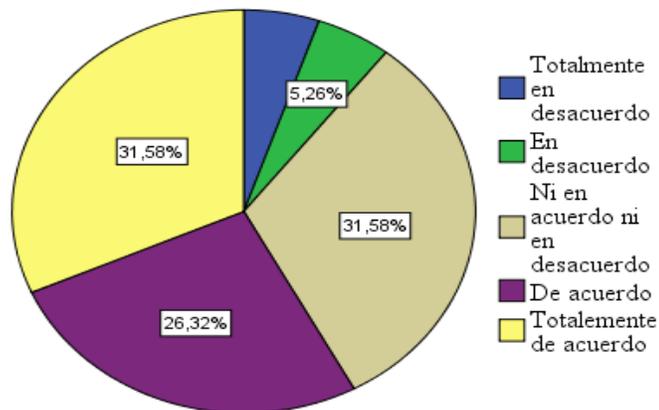


Fig. 13 Las intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas se incluyen dentro de la prevención primaria de la salud mental

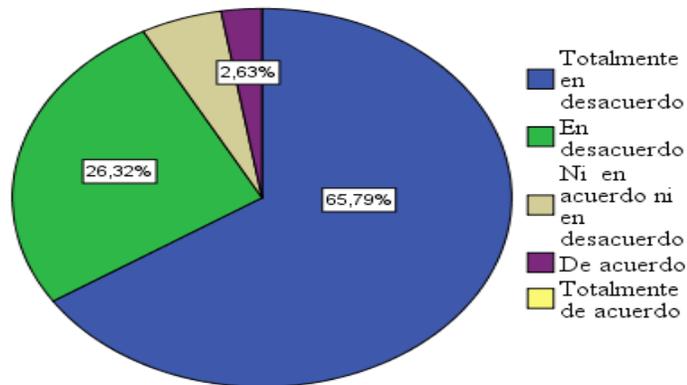


Fig. 14 La promoción y la prevención en salud mental son de exclusiva responsabilidad del sector sanitario

Los datos analizados sobre postulados teóricos presentados, manifiestan unificación sobre la información que utiliza académicamente.

A continuación se analizó: actividades de promoción y prevención primaria que los profesionales identifican que desarrollan otros actores que intervienen en salud mental.

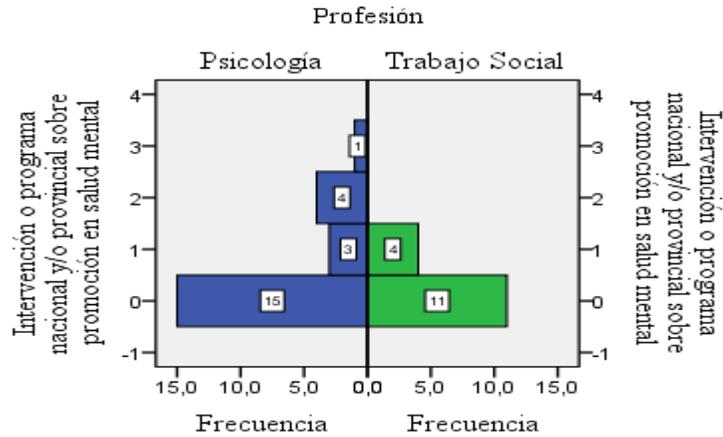


Fig. 15. Referencias: 0= ninguna 1= solo una actividad 2= dos actividades 3= más de tres actividades.

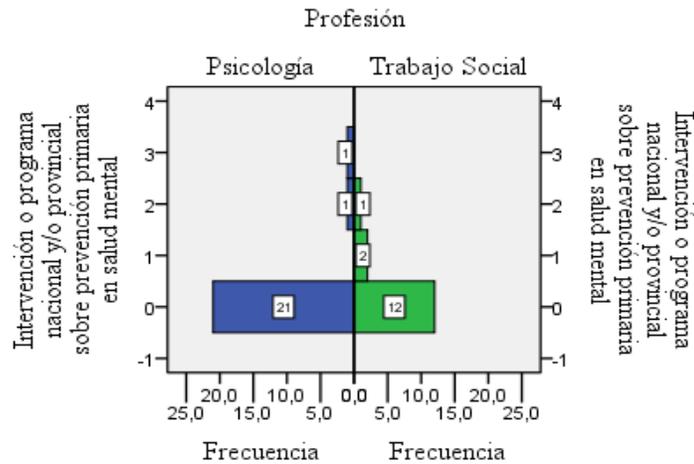


Fig. 16. Referencias: 0= ninguna 1= solo una actividad 2= dos actividades 3= más de tres actividades.

Las actividades representadas por los profesionales, es baja respecto a otros actores que intervienen en salud mental y la promoción y prevención primaria.

Gráfico 17: capacitación que los profesionales realizan en el último año lectivo, incluido el año en curso

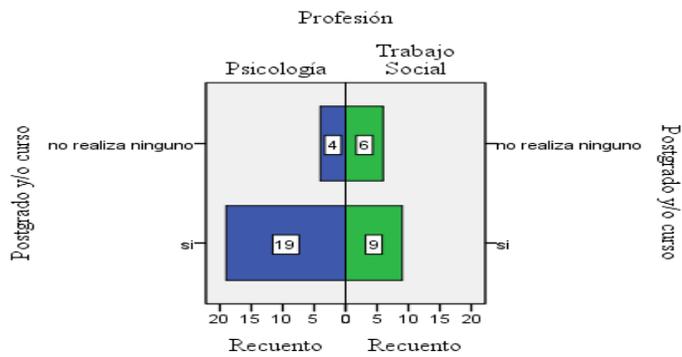


Fig. 17 Capacitación que realizan los profesionales

Actividades que realizan sobre promoción y prevención primaria de la salud mental:

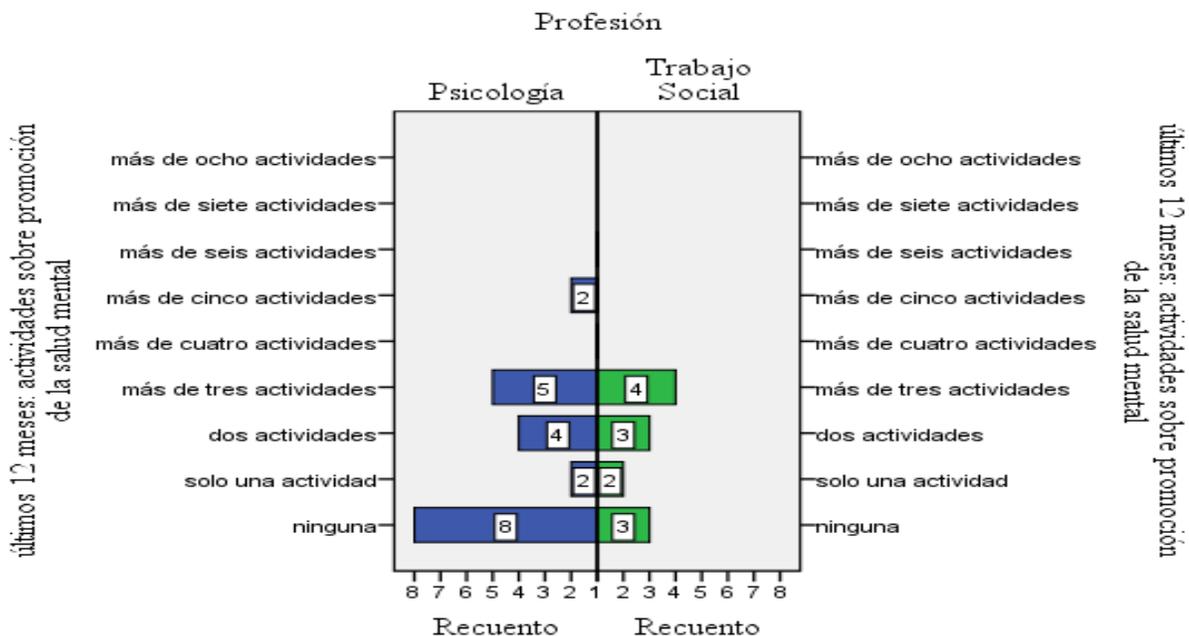


Fig. 18 Actividades desarrolladas sobre promoción de la salud mental.

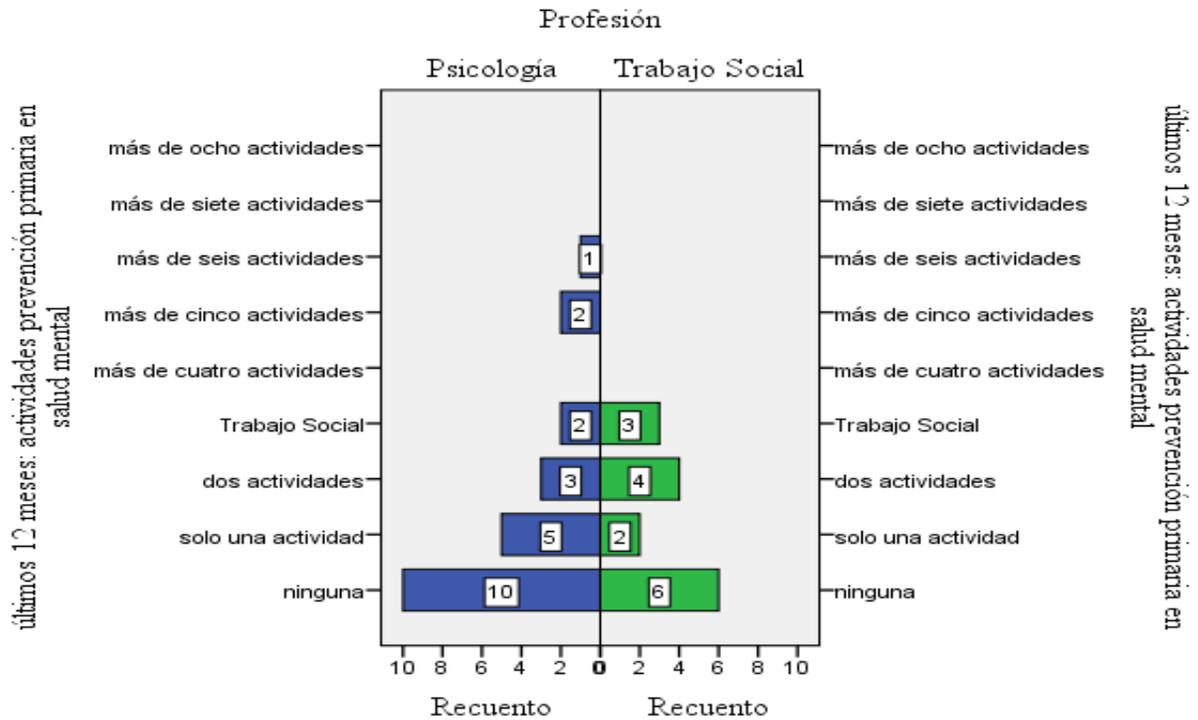


Fig. 19 Actividades desarrolladas sobre prevención primaria en salud mental

El análisis de los datos permitió cuantificar la importancia adjudicada a la promoción y prevención primaria en salud mental, sus aspectos positivos y negativos para la implementación de estrategias en el campo de la salud mental, desde el enfoque de la atención primaria de la salud.

Gráfico 20: Distribución del tiempo en la práctica diaria: estas variables permiten introducir en el análisis los factores que pueden modificar la distribución del tiempo bajo su control, lo que facilita la autonomía en la decisión.

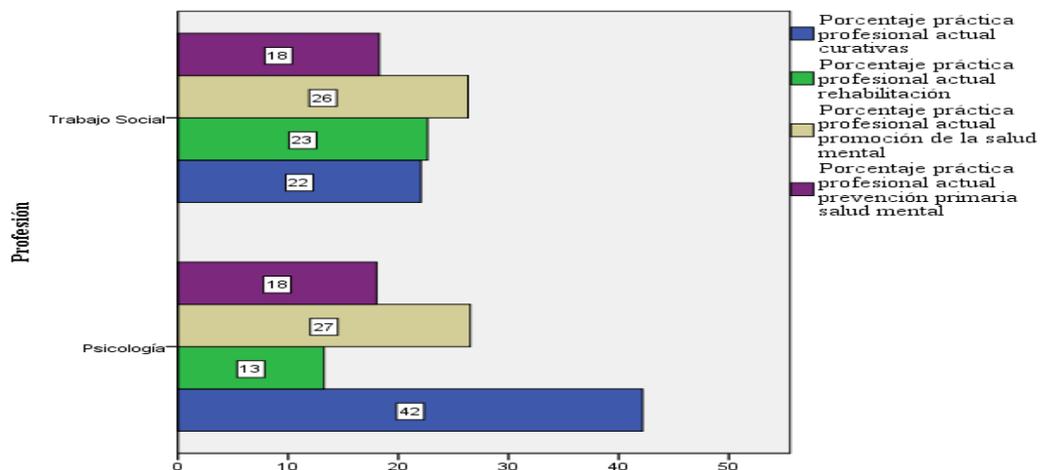


Fig. 20: dsitribución actual del tiempo

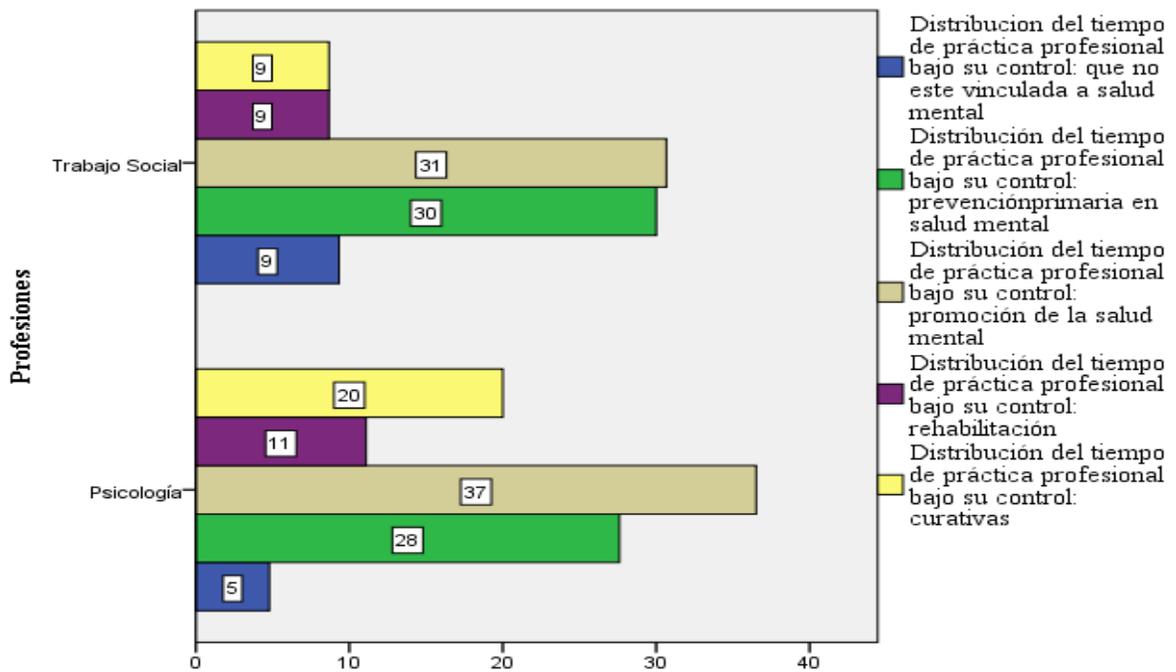


Fig. 21: Distribución del tiempo: si pudiera elegir como distribuirlo

La información obtenida mediante el “cuestionario capacitación y práctica en salud mental”, permite reconocer como pueden incidir las diferentes representaciones que tienen los profesionales de la DAPS en su trabajo diario.

6 . DISCUSIÓN

Esta investigación incluyó 40 participantes, comprendió las profesiones de: psicología y trabajo social, estos se desempeñan en la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS); la distribución por profesión fue: 61% psicólogos y 39% trabajadores sociales; la representación por género: 80% mujeres y 20% hombres, de estos dependen 96 centros de salud que se distribuyen por los distintos barrios de esta ciudad⁵ (anexo 3).

Cabe destacar que al momento del relevamiento es el principal protagonista en el primer nivel de atención, de los cuales 70 centros de salud no cuentan con profesionales, es decir 26 solo cuentan con psicólogos a nivel operativo: 22 en centros de salud, 1 en coordinación, 3 en equipos de acompañamiento a testigos en juicios contra crímenes de lesa humanidad (temporarios), equipos interdisciplinarios zonales de 6 zonas sanitarias sin cobertura de psicología; por su parte trabajo social: 15 en centros de salud, tres en EZI y uno en coordinación; la atención de psiquiatría en algunas de las oportunidades se hacen en coordinación con la dirección provincial de salud mental.

Por lo expuesto, la disponibilidad de recursos humanos en salud mental no cubre el 50% en el primer nivel de atención en la capital de Córdoba

La media de la edad es: 33 años para los profesionales de psicología y 38 años para trabajo social. La antigüedad de los profesionales permite reconocer que en los últimos cinco años (50%), la incorporación de recursos humanos fue insuficiente, respecto a quienes tienen diez años en el servicio (47%), y un porcentaje bajo 3% con más de diez años de antigüedad, esto permite visibilizar la escasa inversión de recursos humanos en el campo de la salud mental. Esto significa alrededor de 2 profesionales por año.

Teniendo en cuenta que en la ciudad de Córdoba, aproximadamente 574.455 personas (48,4% de la población de un total de 1.330.023 habitantes⁶) utilizarían el subsistema público⁷ y coexisten efectores de salud: nacionales, provinciales y municipales. Este último con cincuenta y ocho centros de salud y treinta y cuatro Unidades de Atención Primaria de Salud (UPAS).

En la provincia de Córdoba, la provincia gestiona los efectores de mayor complejidad y transfirió a las unidades menores la casi totalidad de efectores de baja complejidad. En el caso específico del municipio de la ciudad de Córdoba (capital de la provincia), debido a su escala, cuenta con una red de efectores de baja complejidad (puestos sanitarios, centros de salud)

⁵ DAPS, depende de la dirección general de atención de la salud Municipal (Córdoba-Capital) Argentina.

⁶ Censo Nacional de Población, Hogares y vivienda 2010⁵⁵

⁷ El subsistema público de salud: comprende una diversidad de servicios de salud que se extienden a lo largo de todo el país. Argentina es un país federal, por ello el subsistema de salud se organiza en los tres niveles de gobierno: la nación, las provincias y los municipios. De todos los niveles, las provincias son las responsables por la salud de sus habitantes a través de una facultad constitucional no delegada en el poder nacional ni en los municipios. La nación ejerce funciones de coordinación, regulación, y asistencia técnica y financiera. Las provincias y municipios, a su vez, brindan servicios directos de asistencia a la población⁵⁶

ubicados en zonas con mayores indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), al mismo tiempo que cuenta con efectores de alta complejidad (hospitales).

La provincia de Córdoba cuenta con 21 centros de atención primaria de salud (CAPS), estos cuentan con 10 psicólogos y 2 psicopedagogas; la dirección provincial de salud mental, cuenta con 19 equipos de atención comunitaria (E.A.C), al momento de realizarse esta investigación no hay información pública disponible sobre la conformación de recursos humanos de estos equipos⁸.

Los profesionales desempeñan sus tareas en un total de 35 horas semanales, el 50% de los profesionales encuestados prestan servicio en otros contextos: 34% sector privado, 13% educativo y 3% en obras sociales.

El tipo de contrato⁹ con los que cuentan los profesionales de psicología: 13 planta permanente, 3 planta permanente con pase aún no definido, 8 contrato art 09, 2 contrato art 08; trabajo social por su parte 8 planta permanente, 7 contrato.

El Decreto reglamentario 603/2013 ley nacional de salud mental N° 26.657⁶³, y ley provincial 9848 plantean la interdisciplina y la incorporación de múltiples actores en el proceso de intervención en este campo.

Esta insuficiencia de profesionales que aborden la salud mental en la comunidad, pone en evidencia la limitación de los recursos y estrategias que a nivel de promoción y prevención primaria pueden implementarse territorialmente en salud y en particular en salud mental⁵⁷

Barcolo y Stolkiner (2001) la atención primaria de la salud, es la puerta de ingreso al sistema de salud pública, la brecha en la inequidad de la distribución de los recursos humanos, la pauperización y el incremento del desempleo, impactan en los servicios de salud incrementando y complejizando la demanda, de ésta manera los profesionales del primer nivel se definen como “bisagra” o como “trinchera” entre el sistema de salud y las necesidades de la comunidad, más que como puerta de entrada⁴⁴

Los recursos humanos en salud, sufrieron transformaciones similares al resto del mercado laboral: desequilibrio en cuanto a la disponibilidad de algunas profesiones, concentración de profesionales en los grandes centros urbanos, distancia entre la formación profesional y el perfil ocupacional⁶¹

⁸ http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/10/sal_smental_eac.pdf www.cba.gov.ar/direccion-de-salud-mental/

⁹ Tener en cuenta que el cuestionario aplicado (anexo 1), no incorporo la variable: tipo de contrato que los profesionales tienen en su lugar de trabajo, se sugiere incorporar esta variable en próximas aplicaciones, ya que la variable estabilidad laboral, condición laboral, pueden influir sobre el desempeño profesional.

Analizando la distribución de los profesionales conduce a pensar la relación recursos humanos, condición laboral al momento de caracterizar prácticas profesionales en el primer nivel de atención.

Analizar la práctica (roles, tareas y actividades) de los profesionales en el campo de la salud pública que llevan a la reflexión trabajo vs productividad, es necesario analizar las condiciones de trabajo, entendidas como: “todos aquellos elementos que se sitúan en torno al trabajo sin ser el trabajo mismo, el conjunto de factores que lo envuelven” (Peiró y Prieto1996)⁶²

Si bien existen diversos conceptos sobre condiciones de trabajo, a la hora de pensar un rol ocupacional activo se debe partir de la premisa que todo ser humano tiene una naturaleza ocupacional, las condiciones de trabajo inciden en el desempeño de un rol activo influyendo esto en la producción no solo de el trabajo en sí mismo, sino además de encontrar placer en su hacer y la adaptación para encontrar nuevas alternativas de desempeño.

Prieto⁶² refiere que las condiciones de trabajo incluye la descripción de las siguientes categorías: condición de empleo; condiciones ambientales; condiciones de seguridad; característica de la tarea; proceso de trabajo; condiciones sociales y/u organizacionales. Se pondrá el foco en condiciones de trabajo y procesos de trabajo¹⁰.

Cuando se indaga sobre las actividades que los profesionales desarrollan en su práctica diaria en el primer nivel de atención encontramos: como principal actividad clínica (60%), en menor porcentaje promoción (16%), en tareas administrativas (13%), investigación (5%), prevención (3%) otras actividades (3%).

Dentro de la carga horaria en otros espacios de intervención (50%), sus principales actividades son: clínica (18%), capacitación (16%), promoción (5%), otros (5%).

Algunas de las principales demandas en salud mental que son receptadas por el primer nivel de atención: consumo problemático de drogas, referido principalmente por las escuelas secundarias, pedidos de tratamiento y medicación para niños/as por problemas de violencia, situaciones de violencia de género, muchas de ellas judicializadas, y consultas para la certificación de discapacidad⁵⁹

Otro dato relevante tiene que ver con el registro de las interconsultas publicado por la secretaria de salud y ambiente municipal, donde no se registraron consultas por salud mental (ver anexo 3). Esto permite reconocer la dificultad en el acceso a la atención, servicios en salud mental y su registro. A su vez en la página oficial de la municipalidad de la provincia de Córdoba, no plantea objetivos para abordar la salud mental como parte integral de la salud.

¹⁰ Para llegar a describir la práctica diaria es importante destacar que todas las categorías tienen su importancia, solo se analizan estas variables siguiendo la lógica de esta investigación.

Desde sus inicios, el pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericano problematizó la concepción de salud (y por ende de enfermedad) inherente a las prácticas hegemónicas. Comenzó cuestionando las categorías sociales utilizadas hasta el momento para incorporar “lo social” y, simultáneamente dejó de considerar la salud-enfermedad como estados antagónicos, para poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, también dinámico y procesual, de la salud-enfermedad⁶⁴.

Dentro del marco de promoción y prevención la atención en salud es el momento de intervención más temprano posible en la cadena de eventos entre el riesgo, los problemas de salud y sus secuelas. Esta atención se presta a nivel individual y comunitario. En lo individual comprende la educación y promoción en salud, para fortalecer las capacidades de las personas en prevención y auto cuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención primaria y esencial⁴³

Es una necesidad impostergable conocer la prevalencia de los trastornos mentales y la brecha de tratamiento, que está dada por la diferencia entre las tasas de prevalencia verdadera y las de las personas que han sido tratadas, que en algunos casos es grande pese a la existencia de tratamientos eficaces⁶⁵

Teniendo en cuenta que el análisis de las estadísticas vitales se constituye en indicadores claros de morbilidad subyacente⁶⁵, la prevalencia de los problemas de comportamiento y salud mental observados en los registros de estadísticas vitales de Argentina y la provincia de Córdoba se relacionan a patologías que están incluidas como necesidades en el primer nivel de atención.

Respecto a la Tasa de Mortalidad General de la Provincia de Córdoba se puede observar que se ubica en cuarto lugar respecto a la Región centro del país y del total de las jurisdicciones⁶⁶

Esto permite reconocer la necesidad de estrategias de promoción de la salud y prevención específica, para esto la evidencia científica que los servicios y el estado puedan producir es indispensable para mejorar los procesos de intervención en promoción y prevención primaria en salud mental.

Recordemos que la principal actividad es la clínica (67%). Esto sigue la lógica de un sistema que se encuentra en crisis, que busca responder a la demanda planteada como urgencia y la falta de apoyos de redes.

Además se analizó la distribución del tiempo de los profesionales sobre su práctica diaria y como lo distribuirían los mismos, la variación entre intervenciones clínicas y de promoción y prevención primaria es muy baja.

Todas estas variables, pone en crisis el sistema de atención "La crisis es un intermedio dentro de cuyos límites el presente se desconoce a sí mismo. Las fronteras entre posible e imposible se vuelven inseguras y los paradigmas que permitían fijar objetivos, instrumentos y comportamientos para el conjunto de las fuerzas sociales, dejan de operar con la fuerza acostumbrada⁶⁷. El desarrollo sin cambios estructurales profundos es sustituido por cambios y tensiones que operan mientras el desarrollo parece haberse congelado.

Adherir a una política de APS con enfoque de derechos, no se logra a partir de una mera reconversión discursiva o legal. Las posiciones puramente "voluntaristas" no están en condiciones de sortear las vallas institucionales que hay que vencer a los fines de implementar una política de APS con enfoque de derechos⁶¹

Se ha podido demostrar que la implementación de nuevos dispositivos de acción pública tropieza con los hábitos reales de los trabajadores involucrados³². La estrategia de APS en tanto política pública obliga al Estado a un enorme esfuerzo de coordinación y cooperación entre diferentes agencias. La APS, podría decirse, obliga a una gestión de la intersectorialidad que rompe con los tradicionales modelos de la gestión pública. Modelos centrados en la lógica de la especialización, que favorecen la división del trabajo, que priorizan las estructuras jerárquicas y verticales de mando y control. La atomización y la construcción de compartimentos estancos es la característica sobresaliente de los modelos de gestión centrada en los sectores.

Como contra partida el concepto de salud colectiva postula la necesidad de estudiar la enfermedad no en la apariencia individual, sino en la colectividad humana, se trata de pensar el problema en su conjunto⁶⁸. La sola descripción de las condiciones objetivas no logra explicar totalmente el condicionamiento social de las prácticas, es importante rescatar al agente social que las produce y a su proceso de producción⁶⁹.

Esto nos invita a pensar desde la mirada de los abordajes de la complejidad⁶⁹ que nos dan la oportunidad de expandir y transformar, o más aún, reinventar el juego del conocimiento.

Desde estos enfoques es posible considerar y aprovechar el modo en que las distintas áreas del saber y el quehacer humano, se afectan de múltiples formas fertilizándose mutuamente.

Pensar "en red" implica ante todo la posibilidad de tener en cuenta el alto grado de interconexión de los fenómenos y establecer itinerarios de conocimiento tomando en cuenta las diversas formas de experiencia humana y sus múltiples articulaciones. La red no tiene recorridos ni opciones predefinidas (aunque desde luego pueden definirse y también congelarse). Las redes dinámicas son fluidas, pueden crecer, transformarse y reconfigurarse. Son ensambles autoorganizados que se hacen "al andar". Atraviesan fronteras, crean nuevos

dominios de experiencia, perforan los estratos, proveen múltiples itinerarios, tejiendo una trama vital en continuo devenir⁶⁹

La prevención es igualmente eficaz cuando es aplicada a distintas edades y grupos con niveles de riesgo diferentes; los programas preventivos deberían ser largos para niños y cortos para la tercera edad presentados en un enfoque de salud pública más amplio, es importante intentar acercar la investigación y la política, ya que la investigación, la práctica y la política tienen por igual un rol crucial que jugar. La creación de vías de colaboración entre la investigación y la práctica, y el estudio de programas preventivos, podría contribuir al desarrollo de políticas e infraestructuras más sostenibles⁷⁰

Analizando estos datos, podemos observar que se responde a la demanda cuando un problema de salud ya está instalado, en esto influye la falta de distribución de los recursos pero también inciden otros factores, esto nos hace retomar el punto de la complejidad antes mencionada entre las variadas percepciones y recursos que circulan en torno a la salud/enfermedad y la hegemonía de los saberes y prácticas de los profesionales de la salud, es necesario analizar y problematizar la supuesta pasividad de quienes acceden al servicio de salud y sus familiares, como la participación de otros actores que, por acción u omisión, operan como determinantes estratégicos de la medicalización de la salud⁶⁷

El Plan Federal de Salud 2004–2007 estableció las prioridades de la atención primaria y dispuso una asignación creciente de recursos para acciones de promoción y prevención. De la misma manera, el Plan Federal de Salud 2010-2016, aún en discusión, plantea el avance progresivo hacia la descentralización de estas acciones en forma sistemática y organizada, delegando en los gobiernos los esfuerzos para desplegar esta estrategia a partir del desarrollo de políticas saludables⁴¹ pero en la práctica real, estas acciones no se ven implementadas por el estado

En este sentido el cuestionario aplicado, permitió relevar que no hay reconocimiento por parte de los profesionales sobre estrategias de promoción y prevención primaria por parte del estado nacional, provincial y municipal. Es decir si los programas de intervención fueron elaborados, estos no llegaron como herramienta o recurso a los profesionales. La falta de programas específicos de promoción y prevención primaria, locales y nacionales dificulta la articulación con otros espacios que permiten ampliar la red de intervención.

Esto se vincula con promoción del conocimiento y el ejercicio concreto de derechos, es una forma de construcción de ciudadanía, el acceso a la información es un elemento clave para promover la participación en salud. Es importante que la población conozca los servicios que se le ofrecen, sus derechos en cuanto a servicios de salud, los mecanismos por los cuales puede interactuar con el sistema. Esto es algo que puede fortalecerse a través de la participación de los usuarios, favoreciendo la accesibilidad simbólica a la atención. En este

sentido, cabe destacar que en los discursos tanto de usuarios con participación como en usuarios sin participación en salud⁷¹

Elaborar una intervención, un programa de salud para una comunidad, los actores responsables por la implementación de esas acciones y/o programas deben contemplar un conjunto de aspectos que, aunque ajenos a la ciencia, interfieren en la formulación de estrategias, son aspectos del orden ideológico, de orden político, de orden ético. Estos aspectos son entrecruzados por cuestiones religiosas, culturales, morales y otras⁷²

Basaglia, proponía poner la “enfermedad entre paréntesis” para que fuera posible ocuparse del sujeto en su experiencia.

Si se reflexiona sobre el quehacer de la salud colectiva, sus instrumentos de intervención, investigación planeación y monitoreo de las condiciones de salud, de las acciones y programas. Una de las preguntas iniciales en el análisis estratégico es la necesidad⁷³

Esta necesidad en salud es definida y usada según interpretaciones distintas acerca de porque y como se da la distribución de formas de acceso y satisfacción de una sociedad.

En la actualidad confrontan dos grandes corrientes a) necesidad humana como un valor relativo que depende de opciones individuales y de las posibilidades que cada persona y su familia tienen para adquirirlo en el mercado; b) necesidad como un proceso determinante de vida cuya realización se constituye de esa manera como un derecho inalienable, al que debe accederse bajo una distribución equitativa y segura por parte de todos los miembros de una sociedad que debe constituirse solidariamente para el máximo bien común⁷³

Podemos entender que la reflexión crítica está constituida por una actitud crítica y aptitud crítica dentro del proceso de toma de decisiones en el ámbito de la salud, esto posibilita la toma de decisiones⁷⁴; es posible generar y fortalecer la aptitud crítica mediante la educación en todos los niveles⁷⁴

La responsabilidad de las decisiones que afectan de manera significativa la vida de una sociedad son tomadas por el Estado, Estado como “espacio social”, ya que es en el espacio “social” que puede ser físico o virtual, donde se encuentran los “actores”⁷⁴

En cada sociedad la actitud puede modificarse en tiempos cortos dependiendo de la coyuntura histórica es decir, el episodio histórico que se atraviesa. La aptitud por el contrario, solo puede modificarse a través de procesos de capacitación que requieren más tiempo y tal vez el acceso a instituciones formales que hayan desarrollado formas de pensamiento crítico. Sobre estas ideas de cambio de comportamiento y aptitud crítica deberemos construir los conceptos necesarios para introducirnos en las decisiones en salud⁷⁴

Cuando se indaga sobre el nivel de satisfacción con la capacitación recibida en la universidad y el lugar de trabajo el cuestionario permite analizar: capacitación clínica y su formación no hay una posición tomada sobre las herramientas brindadas tanto en el ámbito académico como laboral; sobre promoción y prevención primera el nivel de satisfacción es más bajo, pero sin grandes proporciones respecto a la formación clínica.

De los datos obtenidos el 63% de los profesionales realizan cursos de posgrado y capacitaciones fuera de su lugar de trabajo; el 37% restante no realizan capacitaciones formales.

Testa expresa, “La universidad latinoamericana no parece estar pasando por su mejor momento, con las debidas excepciones, que en general no ocurren en nuestro país. Y no es de extrañar, ya que la crónica desfinanciación de la enseñanza en todos sus niveles tiene consecuencias deletéreas para la creación de un ambiente que promueva el pensamiento crítico”.

Por su parte Galende⁷⁵ (2015) dice: las perspectivas epistemológicas y metodológicas en el campo actual de la salud mental configuran un complemento importante para los avances de una perspectiva crítica de la investigación en salud mental, de ellas depende la construcción de un conocimiento específico, que logre la coherencia entre las prácticas y las teorías que las sostengan.

El mismo autor refiere: salud mental no consiste en una disciplina que pueda fijar los límites de su campo teóricos y de intervención práctica: en la producción de conocimiento acerca del sufrimiento mental, sus significados y valoraciones, aun respecto de sus prácticas terapéuticas, ya que estas se funden e interactúan con prácticas espontáneas de diversos actores sociales⁷⁵.

Se naturaliza una práctica cuando los tiempos que la regulan son solo los tiempos institucionales, los tiempos de las coberturas médicas, los tiempos de la prisa que la época impone⁷⁶.

Se deben potenciar los recursos existentes y generar la posibilidad de nuevos que ayuden en el proceso de intervención evitando la cronicidad o la institucionalización de los problemas que pueden resolverse en el contexto más próximo de la persona⁷²

La capacitación en salud, facilita la planificación y programación de estrategias de promoción y prevención primaria, por otro lado permite que este sea accesible entendida esta como la accesibilidad psicosociocultural que implica: accesibilidad geográfica, financiera, administrativa, sociocultural y simbólica; como así también la disponibilidad y aceptabilidad⁸

Existe una tendencia de los profesionales de la salud a pensar su estrategia de atención a partir de la lógica médica aprendida en su formación. Esto lleva a entender fenómenos como

la falta de adherencia a tratamientos o la falta de seguimiento de recomendaciones, poniendo gran parte de la responsabilidad en los beneficiarios⁸

Teniendo en cuenta La Estrategia y plan de acción sobre salud mental para las Américas, fue aprobada por todos los ministros de salud de los países del continente durante el 49o. Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud/ (OPS/OMS)¹

La Estrategia presenta un abreviado pero minucioso análisis de situación y delimita cinco líneas de trabajo o áreas estratégicas claves, a saber: 1. Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental; 2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, con énfasis en el desarrollo psicosocial de la niñez; 3. Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones; 4. Fortalecimiento de los recursos humanos; y 5. Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental.

Estas áreas estratégicas están íntimamente vinculadas entre sí y difícilmente los procesos de reestructuración de los servicios de salud mental puedan ser exitosos si alguna de ellas es excluida de la ecuación de trabajo. Por el contrario, la ejecución de acciones en un área facilita el desarrollo de las otras.

La ley provincial de salud mental 9848 plantea¹¹ “el ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación”.

A su vez en la misma ley¹²: red integral de promoción, prevención y asistencia en salud mental. Transformación institucional; ponen énfasis en la necesidad de articular diferentes estrategias, recursos y programas.

Hoy se valora la salud mental, promovida y protegida , los trastornos mentales se previenen y las personas afectadas por estos trastornos son capaces de ejercer toda la gama de los derechos humanos y el acceso a la alta calidad, la salud culturalmente apropiada y la asistencia social de una manera oportuna para promover la recuperación, con el fin de alcanzar el más alto nivel posible de salud y participar plenamente en la sociedad y en el trabajo, libre de estigma y discriminación(plan de acción integral 2013-2020- OMS)¹

Esto implica considerar la misma como parte de la salud pública, teniendo en cuenta los distintos marcos normativos: las diez recomendaciones (**Estrategia Regional y Plan de Acción Regional en Salud Mental-OPS/OMS**), **Ley Nacional de Salud Mental No 26657**, **Ley Provincial 9848** y los principios de la Declaración de **CARACAS**, plantean la

¹¹ Artículo N°1 inciso a.

¹² Título II, artículos 21, 22, 23, 24 y el capítulo II

Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud, proponen la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

Contrastando con estos documentos fundamentales encontramos otra realidad de la Salud mental actual en la Provincia de Córdoba, el informe reciente publicado por la Comisión provincial de la memoria de Córdoba, Mirar tras los muros “*situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba*” (2013)⁵⁷, refleja la realidad de la Salud Mental, que deja en evidencia la necesidad de acciones que tienen que ver con procesos de intervención multivariados, que requieren un abordaje complejo.

Silvia Malvarez²⁷. La promoción, junto con la protección, el mantenimiento y la recuperación de la salud mental, constituyen acciones que implican instancias subjetivas, intersubjetivas, comunitarias y sociales abarcando un amplio espectro de decisiones e intervenciones sujetas a la cultura y condiciones de vida, y a las políticas y estrategias deliberadamente adoptadas para su implementación, un posicionamiento singular hacia el futuro que permita situar y ordenar la acción para la promoción de la salud mental²⁷

Atlas de Salud Mental de la OMS 2011 proporciona datos que demuestran la escasez de recursos en los países para satisfacer las necesidades de salud mental, y subraya la desigual distribución y el uso ineficiente de tales recursos, dato que se refleja en el análisis de las variables de este estudio. La escasez de recursos humanos en la capital de la provincia de Córdoba, además se puede reconocer que desde la formación tanto académica como desde los lugares donde desempeñan sus roles profesionales, no hay estrategias de capacitación sostenida de los recursos humanos⁹

Desde la Declaración de Alma Ata no han sido pocas las resistencias y obstáculos que ha encontrado la APS⁷⁷, lo que se ha traducido en que los resultados obtenidos por ella en los distintos países han sido disímiles y en que la meta de "Salud para todos en el año 2000" siga siendo tan lejana como entonces⁷⁸

La falta de decisión política, los costos excesivos, la dificultad para producir cambios institucionales, fueron algunos de los factores que obstaculizaron, particularmente en América Latina, la puesta en marcha de una APS integral como lo propiciaba OPS-OMS⁹

De esta forma el término APS deja de tener un único significado. En la actualidad, bajo el mismo rótulo, se esconden diversas maneras de entender la APS: como una estrategia, como un nivel de atención, como un programa específico¹⁴. Autores como Mario Testa²⁶ alertaron sobre el hecho de que en América Latina en contextos de ajuste y ante las dificultades políticas y económicas para instrumentar la APS tal como estaba planteada en términos teóricos, corría el riesgo de convertirse en una política estatal diferenciada, dirigida a los más pobres y cuyo único objetivo era reducir el gasto en salud.

Aún se destinan recursos financieros a los hospitales monovalentes, a pesar de su asociación con los resultados de salud pobres y violaciones de los derechos humanos. La Reorientación de estos fondos hacia los servicios basados en la comunidad, incluyendo la integración de la salud mental en los centros de atención de la salud en general es casi nula⁶.

En el año 2007 el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) presentó la investigación *Vidas Arrasadas*, un informe contundente sobre la situación de los hospitales psiquiátricos en la Argentina y la segregación de las personas en estos asilos⁶

Las conclusiones más importantes fueron: aproximadamente 25.000 personas están detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas; más de un 80 por ciento de estas personas son encerradas durante más de un año, y muchas lo son de por vida; dos tercios de las camas psiquiátricas pertenecen al sistema público; el 75 por ciento de las personas en el sistema argentino de salud mental público se encuentran detenidas en instalaciones de 1000 camas o más. Muchas de estas internaciones constituyen detenciones arbitrarias puesto que no se conoce la legalidad de las mismas, las cuales producen: muertes que no son investigadas, privación de la libertad en celdas de aislamiento, abusos físicos y sexuales, falta de atención médica, condiciones insalubres de alojamiento, ausencia de rehabilitación, tratamientos inadecuados y sobrepoblación, entre otras graves violaciones a los derechos humanos.

El plan nacional de salud mental publicado por la dirección Nacional de Salud Mental- Noviembre/2013, la ley no hace mención a la expresión “enfermedad mental”, sino que se refiere a “personas con padecimiento mental”. De la misma manera, no utiliza la palabra “tratamiento”, sino “procesos de atención”. Se hace necesario, en esta instancia, recordar y comparar con el supuesto ideológico e institucionalizante de la psiquiatría de lógicas manicomiales, que separa un objeto ficticio, la enfermedad, de la integralidad de las personas y del tejido histórico-social en el que advinieron como tales y en el que surgieron sus problemas¹²

Los profesionales encuestados manifestaron acuerdo con los postulados teóricos presentados, esto permite reconocer uno de los pilares desde donde empezar a pensar, cuestionar, intervenir y reorientar el proceso de aprendizaje. Esto ayudaría en la implementación de una política pública de salud mental con base en la comunidad, con la necesidad de invertir en nuevas formas de hacer cotidianas.

El concepto de desaprendizaje nos invita a pensar el modo de hacer en salud. A menudo se idealiza el proceso de aprendizaje como lineal y creciente, pero en realidad no es así, ya que requiere transformaciones que implican nuevas ideas sobre uno mismo y su compromiso con una buena práctica. La metodología del desaprendizaje tiene por objeto el desaprender para reconstruir e innovar, es decir, para aprender a menudo primero se necesita desaprender⁷⁹

Desaprendizaje, a) con la verdad absoluta, b) con las miradas únicas, C) con una racionalidad técnica como única forma de conocimiento.

Los autores lo definen como un proceso auto formativo -individual y/o colectivo-, de búsqueda de significados nuevos, desplazando conceptos adquiridos en forma acrítica. Desaprender es ejercitar la sospecha sobre aquello que se muestra como "aparentemente lógico", "verdadero y coherente". En el ámbito de la salud, se cuestiona hasta qué punto los marcos teóricos y disciplinares que fundamentan las acciones cotidianas de los profesionales, limitan su pensamiento⁷⁹

Desde esta línea de pensamiento, los profesionales son artesanos de nuevas formas de pensar y hacer en su trabajo diario, donde la formación formal académica y/o institucional, están en constante proceso de cambio⁸⁰

Otro tema a tener en cuenta es el estigma que gira en torno a la problemática de la salud mental, vinculada directamente a la locura y está relacionada con la peligrosidad, que dificulta el acceso a la atención en salud mental, esto puede atravesar a los profesionales que no se vinculan de manera directa con procesos de intervención en salud mental⁸¹

La discriminación pone en peligro los derechos humanos y puede ser potenciada por un estatus socioeconómico bajo, edad avanzada o género. Se refleja en la legislación, en las políticas de salud, en los presupuestos y en el estado de los servicios. Uno de los modos que se plantean para reducirla son las políticas de salud mental, que tengan como eje central la paridad, el desarrollo de servicios de bases comunitarias para trabajar en red y leyes antidiscriminatorias. El proceso de estigmatización no es solo el producto de procesos cognitivos, sino que existe y se perpetúa en un contexto de inequidad⁸¹

En esta construcción social de la locura, se ven interpelados aquellos profesionales que no se vinculan de manera directa a la salud mental, por lo que es necesario sensibilizar a los profesionales para formar equipos interdisciplinarios capaces de abordar desde la perspectiva de factores protectores y factores de riesgo y desde la ampliación de DDHH en salud.

También es importante la sensibilización de la población en general para aceptar que la salud mental, nos atraviesa a todos y todas, en diferentes contextos, familia, comunidad, trabajo, tiempo libre.

Najmanovich plantea que la Complejidad implica una ruptura con la supuesta "racionalidad pura" no implica en absoluto caer en concepciones subjetivistas a la new age. El sentimiento por el organismo por el contrario, es un modo de interacción con el mundo que reúne lo racional y lo sensible en un modo de inteligibilidad peculiar capaz de permitir a los sujetos interaccionar complejamente con su ambiente³⁹

Por eso pensar en políticas públicas en salud mental, invita a la voluntad política a generar nuevos modos de intervenir, generar nuevos espacios, pero esos espacios deben ser cedidos por el estado, como garante de derechos. No solo alcanza con la buena voluntad de

los profesionales, sino que se necesitan de decisiones sustanciales que marquen el cambio del rumbo de la atención en salud mental.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas⁶, el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, dependiendo de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

→ Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.

→ Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: 1) no discriminación; 2) accesibilidad física; 3) accesibilidad económica; 4) acceso a la información.

Es evidente que no se lograra avanzar ni ser creíbles en salud mental sin un monitoreo adecuado de los programas y la evaluación de sus resultados. Sea cual fuere su situación y sus dificultades, no hay país que no pueda establecer una serie de indicadores mínimos, interactuantes con su propia realidad, que sirvan para convencer tanto a los decisores de las políticas locales como a los funcionarios de los organismos internacionales, que redundan en beneficios apoyar un programa de salud mental¹²

No hay estrategias en el ámbito de la salud pública en la provincia de Córdoba, que aborden la salud mental desde un enfoque preventivo, solo se hace desde la atención a las demandas desde signos y síntomas de la enfermedad, el reconocimiento de las estrategias desde los factores de riesgo y protección quedan invisibilizados a la luz de la patología, hay tendencia de un conocimiento sesgado sobre promoción de la salud, desde la perspectiva de la salud mental separada de la salud física.

Este objetivo requiere el desarrollo de las capacidades institucionales necesarias, ya que de ellas se desprenderían las opciones efectivamente posibles³⁰. En este sentido, las políticas pasadas actúan como constreñimientos para los cambios. Existen programas, proyectos y estructuras que presentan sus propias rutinas y comportamientos normalizados sobre los cuales los actores políticos y los cambios en la legislación tienen poco dominio.

La mala redistribución de los recursos y la escases de diversidad profesional, sobrecarga el rol ocupacional de los trabajadores, lo que ponen en juego la salud integral de los mismo, estos son factores que inciden directamente en el desempeño profesional.

Los programas sociales no sólo depende de que éstos sean diseñados desde un enfoque de derechos, considerando, a la vez, la integralidad de la pobreza y de la exclusión social, sino que depende básicamente de la propia calidad y equidad de los servicio sociales dado que éstos constituyen los espacios donde se zanja en definitiva la protección de los derechos económicos, sociales y culturales. En atención a ello, sostendremos que la contraloría social

debe cubrir los programas sociales y extenderse hacia los servicios sociales, de modo tal que asegure la exigibilidad de los derechos donde son efectivamente dirimidos⁸⁴

La atención de la demanda en salud mental depende de una construcción gradual de articulaciones orientadas por la corresponsabilización de los diferentes servicios que componen la red de atención⁸⁵

Por otra parte, también será de gran importancia generar espacios de formación académica de grado y postgrado, destinadas tanto a psicólogos, trabajadores sociales como a profesionales de otras disciplinas; esto constituirá una oportunidad para pensar en las poblaciones y problemáticas diversas, dando la posibilidad de generar identidades profesionales que incorporen la salud colectiva a su campo de posibilidades de acción, herramientas útiles para su práctica, sea profesional o de investigación⁸⁶

Los discursos vinculados a la interdisciplina en la salud mental, es uno de los aspectos claves de este cambio paradigmático constituye la reformulación del concepto de la salud mental y con este el surgimiento de nuevas orientaciones para los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental, tales como la Interdisciplinareidad⁸⁷

Al decir de Galende: “debe ser hoy uno de los ejes para una política racional en Salud Mental: desarrollar estrategias de prevención” y atención de los trastornos psíquicos con participación de usuarios, familias y comunidad; cómo restituir una comprensión de estos trastornos en el campo de la palabra y la responsabilidad de los mismos sujetos para su elaboración; cómo integrar los cuidados de la salud mental dentro de una política amplia en Salud que tenga en cuenta todos los determinantes del trastorno⁸⁸

No se trata solo de enfermedades, sino de problemas sociales. Tratar de asociar la solución de los mismos con la medicina no sería más que un éxito del proceso de medicalización descrito por Michel Foucault⁸⁹. Los problemas epidemiológicos que afectan a los conjuntos sociales tienen raíces causales en: las desigualdades sociales; la falta de controles sobre el medio ambiente y sobre los alimentos que consumimos; la falta de acceso a niveles básicos de educación, al agua potable y obras de saneamiento básico; la ausencia de una vivienda digna; la carencia de empleo o empleos precarizados⁹⁰

Para implementar dichas políticas y planes, se necesita buena legislación –es decir, leyes que sitúen a las políticas y planes en el contexto de estándares de derechos humanos– y buenas prácticas aceptadas internacionalmente⁹¹. Argentina, cuenta con legislación que contempla un nivel de estándar a la altura de las recomendaciones internacionales, lo que da cuenta de la falta de decisiones políticas contundente que ayuden en la programación eficaz, de la atención en salud y sobre todo en salud mental.

Se deben potenciar los recursos existentes y generar la posibilidad de nuevos que ayuden en el proceso de intervención, evitando la cronicidad o la institucionalización de problemas que se pueden resolver en el contexto más próximo de las personas⁹²

La OMS considera que el “empoderamiento” es un concepto esencial de la promoción de la salud. El empoderamiento tiene que tener lugar, de forma simultánea, a nivel poblacional e individual, ya que consiste en un proceso social multidimensional, a través del cual los individuos y los grupos logran un mejor conocimiento y mayor control sobre sus vidas. Como consecuencia de ello, pueden transformar su entorno social y político para mejorar sus circunstancias vitales que están relacionadas con la salud⁹³

A nivel individual, el empoderamiento es un elemento importante del desarrollo humano.

Es un proceso de toma de control y responsabilidad de las actuaciones que tienen como propósito alcanzar la totalidad de su capacidad. Dicho proceso consta de cuatro dimensiones que son las siguientes: - autoconfianza, - participación en las decisiones, - dignidad y respeto, - pertenencia y contribución a una sociedad más plural, Para el individuo, el proceso de empoderamiento significa vencer una situación de impotencia y adquirir control sobre la propia vida. Dicho proceso comienza por la definición individual de las necesidades y objetivos deseados centrándose en el desarrollo de las capacidades y recursos que lo apoyen⁹³.

El empoderamiento de los individuos está dirigido a ayudar a la autodeterminación y autonomía, para que pueda ejercer más influencia en la toma de decisiones sociales y políticas, y para aumentar su autoestima. Las comunidades pueden apoyar a los individuos en este proceso, estableciendo redes sociales y movilizando ayuda social; así se mejora la cohesión entre individuos y se puede apoyar a las personas que están atravesando periodos de vulnerabilidad. El empoderamiento de la comunidad comprende un mayor grado de empoderamiento individual de los miembros que la forman, un sentimiento más fuerte de pertenencia a la comunidad, el desarrollo de actividades políticas y la participación en ellas, el liderazgo en el proceso de toma de decisiones y el acceso a los recursos que benefician a la comunidad⁹²

La salud mental es parte indivisible de la salud integral y del vivir bien. La promoción de la salud mental comunitaria, con la participación activa de la población permite su empoderamiento y el cambio de las percepciones y actitudes erróneas hacia los problemas de salud mental en la comunidad⁹³

Los usuarios de los servicios de salud, buscan generalmente formas de vincularse de diversas maneras con el territorio, este territorio es entonces desde esta perspectiva: existencial, situacional y adquiere diversidad de sentidos⁷⁷

De ésta manera, los usuarios toman por un lado el territorio geográficamente constituido como referencial que para ellos tiene sentido, su barrio y todo lo que existe en él en términos de equipamiento institucional, son referencias subjetivas por estar en el campo territorial. Por otro lado la división es también cultural y como tal sobrepasa lo geográfico, de tal manera que los usuarios fabrican otras geografías, buscando ofertas que consideran más adecuadas que no son en su barrio ni su lugar de trabajo. Por eso situarse en los establecimientos de de salud como lugar central para construir fuentes de información no permite visibilizar el cuidado producido en todo su complejidad⁹⁴

La cartografía no puede restringirse a itinerarios fijos, se debe recorrer para conocer las redes-acontecimientos, donde los sujetos de la comunidad buscan ayuda⁹⁴

En la actualidad, el enfoque de derechos en el campo de las políticas públicas, basado en la normativa internacional sobre derechos sociales, pretende devolverle a la estrategia de APS su inicial sentido garantista del derecho a la salud⁹⁵

La promoción y prevención primaria, es una de las estrategias fundamentales a implementar en el cuidado de la salud colectiva.

Por eso pensar nuevas maneras de hacer en salud, es Desaprender para desarrollar nuevas aproximaciones a la realidad profesional significa dismantelar sus elementos y analizar sus implicaciones para la práctica. Se trata, en suma, de desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico el cual permita, mediante el cuestionamiento de las formas de experiencia personal, la reconstrucción, innovación, transformación y mejora de las prácticas⁸³

Los recursos humanos (RRHH) en salud mental que actúan en la comunidad se encuentran con tres desafíos reiterados¹²:

1. Dar respuesta a las demandas “clínicas” y a su vez encontrar soluciones a los problemas “comunitarios”;
2. Comprometer no sólo a los recursos humanos formales de otros sectores y jurisdicciones, sino también a los “no formales” de la propia comunidad; y
3. Considerar al autocuidado en salud mental como una estrategia válida.

Los proyectos de formación de los trabajadores de la salud mental deben ser concebidos como una propuesta singular, contextualizada y flexible. Los cambios socio-culturales científico-tecnológicos y políticos económicos que experimentan nuestras sociedades deben ser considerados y debatidos por los trabajadores de la salud mental pues implican transformaciones que influyen definitivamente en la salud¹²

La trayectoria académica y la experiencia profesional, la voluntad que los profesionales manifestaron de intervenir desde estrategias de promoción y prevención primaria, son recursos fundamentales, para cambiar el curso de las intervenciones actuales.

Los profesionales le adjudican pequeñas variaciones a la promoción y prevención primaria y su actuación clínica, esto hace necesario reorientar las prácticas en salud mental.

Es fundamental adoptar una reforma desde la planificación de la política pública, que facilite el desarrollo de nuevas prácticas, fortaleciendo el trabajo desarrollado y generando nuevos recursos dentro de la estrategia de reorientación.

Los principales problemas que enfrenta el desarrollo de los recursos humanos en salud están relacionados con la falta de planificación por parte de los sistemas educativos, además hay una incoordinación de las instituciones formadoras con la autoridad sanitaria y poca adecuación de los recursos formados a las necesidades de los servicios⁹⁶

Es imprescindible estimular el interés de intervenir en promoción y prevención primaria, tanto desde la salud pública, dentro del contexto municipal, académico de grado como de posgrado, donde se generen herramientas para la formación de los profesionales de la salud en general.

El recorrido que marco esta investigación mediante la interpretación de la información, demuestran la necesidad de reorientar y adaptar las estrategias que en la actualidad se implementan en la provincia de Córdoba en el ámbito de la salud pública.

La falta de inversión en recursos humanos en salud mental, permite reconocer que el estado provincial como municipal, no reconocen en esta su sustancial aporte, para facilitar el cuidado de la salud dentro del marco del derecho a la salud.

7 Conclusiones.

✓ Al momento de desarrollarse está investigación, DAPS es la principal protagonista en el primer nivel de atención en salud, 96 centros de salud (la mayoría ubicados en zonas con indicadores de NBI), donde setenta de estos no cuentan con profesionales de psicología, es decir veintidós cuentan con profesionales de psicología, quince con trabajo social. La distribución de profesionales no cubre el 50% en el primer nivel de atención en Córdoba-capital. La inversión de recursos humanos es de dos profesionales por año para un total de 574.455 personas (48,4% de la población de un total de 1.330.023 habitantes).

✓ La principal actividad de los profesionales en el primer nivel de atención es: clínica (60%), promoción (16%), tareas administrativas (13%), investigación (5%), prevención (3%) otras actividades (3%). No hay reconocimiento por parte de los profesionales sobre estrategias de promoción y prevención primaria por parte del estado nacional, provincial y municipal. Es decir si los programas de intervención fueron elaborados, estos no llegaron como herramienta o recurso a los profesionales. La falta de programas específicos de promoción y prevención primaria, locales y nacionales dificulta la articulación con otros espacios que permiten ampliar la red de intervención en salud mental.

✓ La inestabilidad en los contratos de los profesionales, hace necesario que el 50%, presten servicio en otros contextos: 34% sector privado, 13% educativo y 3% en obras sociales. La Provincia de Córdoba debe repensar la distribución de los recursos y las condiciones laborales de estos, evitando que los profesionales se vean en la necesidad de encontrar nuevas alternativas de desempeño profesional fuera del sistema público, evitando el desgaste profesional.

✓ Respecto a la capacitación recibida en la universidad y el lugar de trabajo el cuestionario permite analizar: capacitación clínica y su formación no hay una posición tomada sobre las herramientas brindadas tanto en el ámbito académico como laboral; sobre promoción y prevención primera el nivel de satisfacción es más bajo, pero sin grandes proporciones respecto a la formación clínica. Se naturaliza una práctica: por los tiempos, institucionales, coberturas médicas, los tiempos de la prisa, uno de los principales factores que inciden es la sobre carga profesional, resolviendo la demanda que accede al centro de salud con necesidades concretas de intervención, cuando está encontró su expresión, sin la posibilidad de anticiparse con estrategias de promoción y prevención primaria.

✓ La capacitación en salud mental de grado y posgrado facilita la planificación y programación de estrategias de promoción y prevención primaria, por otro lado permite que esta sea accesible entendida como accesibilidad psicosociocultural. Existe una tendencia de los profesionales de la salud a pensar su estrategia de atención a partir de la lógica aprendida en su formación. Esto lleva a entender fenómenos como la falta de

adherencia a tratamientos o la falta de seguimiento de recomendaciones, poniendo gran parte de la responsabilidad en los beneficiarios, sin cuestionarse si la estrategia utilizada es apropiada. Potenciar los recursos existentes y generar la posibilidad de nuevos en el proceso de intervención evita la cronicidad o la institucionalización.

✓ No hay estrategias en el ámbito de la salud pública en la provincia de Córdoba, que aborden la salud mental desde un enfoque preventivo, solo se hace desde la atención a las demandas desde signos y síntomas de la enfermedad, el reconocimiento de las estrategias desde los factores de riesgo y protección quedan invisibilizados a la luz de la patología, hay tendencia de un conocimiento sesgado sobre promoción de la salud, desde la perspectiva de la salud mental separada de la salud física. Tratar de asociar la solución de los mismos con la medicina no sería más que un éxito del proceso de medicalización descrito por Michel Foucault.

✓ Hoy se valora la salud mental, promovida y protegida, debe seguir la lógica del derecho a la salud. La falta de decisión política, los costos excesivos, la dificultad para producir cambios institucionales, fueron algunos de los factores que obstaculizaron, aún se destinan recursos financieros a los hospitales monovalentes, a pesar de su asociación con los resultados de salud pobres y violaciones de los derechos humanos. Reorientar los servicios de salud es el principal desafío del estado provincial y municipal, garantizando a la comunidad el acceso a la salud culturalmente apropiada, para esto la promoción y prevención primaria son la principal acción a tener en cuenta en la planificación estratégica.

8 Recomendaciones.

Como se analiza en el marco teórico y se profundiza en la discusión, las estrategias de promoción y prevención primaria en salud mental, son fundamentales para mejorar la atención de la salud en general. Es la estrategia fundamental que permite reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales, mejorando la calidad de vida de las personas y sus comunidades garantizando el derecho a la salud.

Teniendo en cuenta que la distribución de los recursos humanos no cubre el 50% de la población y que el paradigma en salud mental invita a romper con las dicotomías salud-salud mental, se necesita de acciones concretas, que rompan con prácticas tradicionales y las improvisaciones en la toma de decisiones en el campo de la salud mental.

Es necesario posicionarse en el análisis de las necesidades que una comunidad, grupo o población necesita. Estas deben ser pensadas desde la mirada de la complejidad, donde convergen diferentes formas de abordar un mismo problema. Una persona puede no consultar por miedo al estigma que gira en torno a la salud mental, es por ello que el equipo debe ser inter y multidisciplinario para poder mapear su comunidad y articular con otros espacios anticipándose según el conocimiento que se obtiene de su comunidad y población.

Es necesario pensar la asignación de un fondo específico para el primer nivel de atención y la articulación intersectorial para alcanzar el objetivo: el ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación” (ley provincial 9848).

Estimular la activación de nuevas redes, las buenas prácticas reprogramando nuevas cartografías de intervención. Para eso la inversión en recursos humanos de diversas disciplinas es fundamental, como así también poder generar espacios de formación de grado y posgrado articulando el nivel municipal-provincial y nacional.

Pensar en políticas públicas desde la mirada de la promoción y prevención primaria en salud mental, implica un abordaje desde la ampliación de derechos humanos, empoderando a los usuarios de los servicios de salud y su comunidad.

Es indispensable sensibilizar a la comunidad de profesionales de la salud, otros actores sociales y la comunidad en general, sobre la importancia de la salud mental, su promoción y prevención primaria, reduciendo el estigma que gira sobre esta en los servicios generales de la salud. Pensar en una salud mental accesible e integral es posible. Siempre que la salud pública, dentro de su programación la incorpore como algo que atraviesa a todos los sujetos, clases sociales, edad y género. Una política pública que reconozca la promoción y prevención primaria como algo prioritario en la agenda pública.

9 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

- 1- World Health Organization (2013), Mental Health action plan 2013-2020. World Health Organization, Ginebra (www.who.int)
- 2- Organización Panamericana de la Salud (2009), Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe Washington, D.C.: OPS
- 3- World Health Organization. (2013), Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences World Health Organization
- 4- ENDI: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (Argentina-2001), fue relevada entre noviembre de 2002 y abril de 2003, publicada en el 2004.
- 5- Servicio Nacional de Rehabilitación (2010) Anuario estadístico nacional de la República Argentina. Ministerio de salud de la nación- organización panamericana de la salud. (www.snr.gov.ar).
- 6- Centro de Estudios Legales y Sociales –CELS- (2007) “Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina”. Mental Disability Rights International (MDRI)
- 7- Stolkiner A, Solitario R. (2008) Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Facultad de psicología - UBA / secretaria de investigaciones / anuario de investigaciones / volumen xv
- 8- *Landini, F; González Cowes, V; D'Amore, E. (2014) Por um marco conceitual para repensar a acessibilidade cultural. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Fev 30(2):231-244, <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030313>.*
- 9- World Health Organization (2011), Mental Health Atlas World Health Organization
- 10- World Health Organization (2005), Promoción de la salud mental prevención primaria en salud mental en la comunidad Herrman H, Saxena S, Moodie R (eds.): Promoting Mental Health. Concepts. Emerging Evidence. Practice. World Health Organization, Geneva.
- 11- Sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones (2010) Estimación de la población afectada de 15 años y mas, trastornos mentales y del comportamiento en Argentina.
- 12- Dirección Nacional de Salud Mental (2010) Ley nacional de salud mental 26.657, Argentina.
- 13- Dirección Provincial de Salud Mental (2010) Ley Provincial de salud mental 4898, Córdoba-Argentina.
- 14- Organización Panamericana de la Salud (2009) Estrategia y plan de acción sobre salud mental. OPS/OMS (www.paho.org)
- 15- Lalone, M. (1974) A new perspective on the health of Canadians. Office of the

- Canadians Minister of National Health and Welfare.
- 16- Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Organización Mundial de la Salud.
 - 17- Briolotti AS, (2013) citando a: Enrique Pichon-Rivière en la revista Primera Plana: la “vida moderna” bajo la mirada psicosocial. Universidad Nacional de la Plata.
 - 18- Acosta C, Amar Amar J, Abello Llanos R, (2003) Factores Protectores: Un Aporte Investigativo desde La Psicología Comunitaria De La Salud. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. No. 11: 107-121,2003
 - 19- Organización Panamericana de la Salud (2003) El Estado de Arte en Resiliencia. OPS.
 - 20- Organización Mundial de la Salud (1998), Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996. Promoción de la Salud. Glosario. WHO.
 - 21- Bang C, (2011), Prácticas Participativas que utilizan el Arte, Creatividad y Juego en el Espacio Público: un estudio exploratorio desde la Perspectiva de Atención Primaria de Salud Integral con Enfoque en Salud Mental, Facultad de Psicología – UBA/ Secretaría de Investigación/Anuario de Investigaciones/Volumen XVIII. Fecha de Recepción 30 de Marzo/2011. Fecha Aceptación: Junio/2011.
 - 22- Greco C, Morelato G, Ison M. (2010) Emociones positivas: una herramienta psicológica para proporcionar el proceso de resiliencia infantil Psicodebate Psicología, cultura y sociedad Mendoza-Argentina.
 - 23- Góngora VC, Casullo MM (2009) Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general Interdisciplinaria, Vol. 26, Núm. 2, 2009, pp. 183-205 Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines Argentina. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18011827002>
 - 24- Organización Mundial de la Salud (2004) Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept.de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra.
 - 25- Mosqueda-Díaz A, Graças A, Ferriani C, (2011) Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile -. Latino-Am. Enfermagem May-June; 19 Spe No:789-95 www.eerp.usp.br/rlae
 - 26- Vega M, Valz Gen V, Rivera, M. y Moya, A (2005). Salud Mental: Tarea Compartida. Publicaciones en Salud. Lima: Proyecto AMARES de la Unión Europea y del Ministerio de Salud.
 - 27- Organización Panamericana de la Salud, (2009) Salud Mental en la comunidad. Segunda Edición. Cap 5,12, 13, 15. OPS.
 - 28- Del Cuento AM, (2014) la salud mental comunitaria- vivir, pensar, sentir. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: fondo de cultura económica.

- 29- Ferro R, (2010) Salud mental y poder, un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad- Revista de Salud Pública, (XIV) 247-62, dic. 2010.
- 30- Ardoino J, (1981) en su texto: "La intervención: ¿imaginario del cambio o cambio del imaginario?", en "La intervención institucional "Editorial Folios, México
- 31- Organización Panamericana de la Salud (2007) Evaluación de la promoción de la salud principios y perspectivas. Metodologías para la promoción de la salud. OPS
- 32- Organización Panamericana de la Salud (2001) Promoción de la salud en las Américas. Informe Anual del Director – 2001. Washington, D.C.: OPS.
- 33- Levav I, (2011), prevención primaria- Maestría en salud mental. Universidad Nacional de Córdoba- Argentina.
- 34- Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos Mentales Intervenciones efectivas y Opciones de políticas Un Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con El Centro de Investigación de Prevención De la Universidades de Nijmegen y Maastricht
- 35- Stolkiner A, (2001) Subjetividades De Época Y Prácticas En Salud Mental, Revista Actualidad Psicológica, Año XXVI-No 293 Buenos Aires 2001
- 36- Organización Panamericana de la salud (2009) Estrategia Regional y Plan de Acción Regional en Salud Mental-OPS/OMS
- 37- World Health Organization (2013), 8th World Conference on Health Promotion. World Health Organization.
- 38- Organización Panamericana de la Salud (1990) Declaración de Caracas- conferencia reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela.
- 39- Najmanovich, D. Mirar con Nuevos Ojos: Nuevos Paradigmas en las ciencias y pensamiento complejo (2006).-1º ed. Biblos Buenos Aires-Argentina ISBN 978-950-786-671-5.
- 40- Galende E (2008). “Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser”. Lugar Editorial.
- 41- Dirección Nacional de salud mental y adicciones (2013) Plan Nacional de salud mental, mandato normativo para la aplicación de la Ley 26657 en su decreto reglamentario N° 603/2013
- 42- Levav I, (2003) Salud mental: una prioridad de la salud pública. Revista de la Maestría en Salud Pública ISSN: 1667-3700 · Año1 N° 2 · Diciembre
- 43- Organización Panamericana de la Salud (2008). “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington ISBN 978-92-75-33262-7 – Electrónico.
- 44- Stolkiner, A. (2005) Salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I Jornadas Provinciales de Psicología Posadas- Argentina
- 45- Organización Panamericano de la Salud (2005) Principios de Brasilia, principios rectores para el desarrollo de la atención de la salud mental en las Américas.

- 46- Organización Mundial de la Salud (2008), mnGP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y abusos de sustancia. ISBN 978 92 4 159620 6 (Clasificación de la NLM: WM 140)
- 47- Dornell, T. (2005). Territorios y redes sociales. Montevideo-Uruguay. Universidad de la república facultad de ciencias sociales departamento de trabajo social área teoría y metodología de la intervención profesional
- 48- Secretaria de Derechos Humanos (2013) Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos/compilado por Arriaga M; Ceriani L; Monópoli V. 1ed. Buenos Aires ISBN 978-987-1407-52-1
- 49- OMS-IESM. (2009) Sistema de Salud Mental en 10 Provincias Argentinas: Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Río Negro, Salta, San Juan, Tierra del Fuego, Tucumán. Resultados de la evaluación realizada mediante el Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental.
- 50- Merhy E; Feuerwerker, L; Silva, E (2012) Methodological contributions towards the study of health care production: lessons from a research study on barriers and access in mental health. Salud colectiva, Buenos Aires, 8(1):25-34
- 51- Samaja J; (2009) Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. 1ª ed. 2ª reimp. Buenos Aires, Lugar editorial. ISBN 978-950-892-189-5.
- 52- Grasso L. (2006) Introducción a la Estadística en Ciencias Sociales y del Comportamiento. Ed. FFyH - UNC 2006
- 53- IBM-SPSS versión 21.
- 54- Macchi RL (2001) Introducción a la Estadística en Ciencias de la Salud. Editorial Médica Panamericana S.A
- 55- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y vivienda 2010. Argentina <http://www.censo2010.indec.gov.ar>
- 56- Tobar F; Montiel L; Falbo R; Drake I (2006). La red pública de atención primaria de la salud en Argentina. Diagnóstico y desafíos; informe de investigación realizado como subsidio para la discusión y formulación de una política nacional de APS. Buenos Aires-Argentina
- 57- Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba cap. Salud mental en Córdoba: entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción /Lucía Bonafé- 1ª ed. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; editorial de la Universidad Nacional de Río IV, 2014. ISBN 978-950-33-1108-0

- 58- Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba /Lucía Bonafé- 2ª ed (2015). Cap El derecho a la salud mental: Viejos problemas, nuevos desafíos, Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; editorial de la Universidad Nacional de Río IV
- 59- González García G; Rossen M; (2010) Módulo 5: políticas de salud /; - 1a ed. 2a reimp. - Buenos Aires Ministerio de Salud de la Nación, 2010. ISBN 978-950-38-0020-1
- 60- Buriyovich J; Pautassi L. (2005) Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas. Publicación de las Naciones Unidas ISBN: 92-1-322646-2
- 61- Prieto C (1994) Mercado de trabajo y condiciones de empleo: compatibilidad societal y poder social de negociación. Cuadernos relaciones laborales N° 5 ed. Complutense Madrid.
- 62- Decreto reglamentario 603/2013 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- 63- Stolkiner, A (2005) Interdisciplina Y Salud Mental: IX Jornadas Nacionales De Salud Mental I Jornadas Provinciales De Psicología- Misiones-Argentina
- 64- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. (2005) “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública.” Rev Panamericana Salud Pública;18(4/5):229–40
- 65- López de Neira MJ, Bella M; (2010) Atención Primaria y Trastornos Mentales y del comportamiento: una mirada exploratoria Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.
- 66- Testa M (1995) “Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación. (El caso de salud)”. Lugar Editorial. Buenos Aires. Colección Salud Educativa
- 67- Cannellotto A; Luchtenberg E (2010). Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades, 1ºed. Universidad Nacional de Gral. San Martín UNSAM ISBN 978-987-1435-13-5
- 68- Najmanovich D; (2009) “El desafío de la complejidad: redes, cartografías dinámicas y mundos implicados”. Artículo presentado en el Primer Seminario Bienal de Implicaciones Filosóficas de las Ciencias de la Complejidad. La Habana- Cuba
- 69- Jané-Llopis E (2005) The Efficacy Of Mental Health Promotion And Mental Disorder Prevention Interventions. Centro de la Investigación para la prevención, Universidad De Nijmegen, Holanda

- 70- Solitario, R; Garbus, P; (2008) Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: Su Relación con la Accesibilidad Simbólica a los Servicios. Secretaría De Investigaciones. Anuario De Investigaciones / Volumen Xv. Facultad De Psicología – UBA
- 71- Amarante P; (2009) Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial. 1° ed. Buenos Aires: Topía Editorial. ISBN: 978-987-1185-31-3
- 72- Breilh, J; (2003) Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. 1° ed. Lugar Editorial, Buenos Aires. ISBN: 950-892-147-1
- 73- Testa M. (2007) Decidir en Salud, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? Salud Colectiva; 3(3):247-257.
- 74- Galende, E (2015) El conocimiento y prácticas de la salud mental. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Lugar Editorial. ISBN 978-950-892-481-0.
- 75- Carew, V. (2011) De la naturalización al dispositivo. Reflexiones sobre lo institucional de una práctica. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- 76- OPS. Declaración de la conferencia internacional sobre la salud mental comunitaria (2010) <http://new.paho.org/bulletins/dmdocuments/bolivia1.pdf> La Paz-Bolivia
- 77- Giovanella L; Feo O. (2012) Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Rio de Janeiro: ISAGS
- 78- Medina, J; Clèries, J. (2007) EL DESAPRENDIZAJE: Propuesta para Profesionales de la Salud Críticos. Educación Médica. Volumen 10, Número 4, Pag. 216 Barcelona
- 79- Najmanovich, D. (2005) El juego de los vínculos subjetividad y redes: figuras en mutación. Editorial Biblos. Buenos Aires ISBN 950-786-488-1
- 80- Nakash, O; Levav. I. Mental health stigma in a multicultural society: the case of Israel. Psychology, Society, & Education 2012, Vol.4, N° 2, pp 195-209.
- 81- Caldas de A, Torres González F (2005) “Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos”. OPS, Publicación Científica y Técnica N° 601.
- 82- Medina J.L., Clèries X El Desaprendizaje: Propuesta para Profesionales de la Salud Críticos. Rev Educ Cienc Salud 2009; 6 (2): 115-116
- 83- Cunill Grau, N. Contraloría Social y Derechos Sociales, El desafío de la integralidad. Volumen XV III. Número 1. I Semestre de 2009 Gestión y Política Pública. Caracas-Venezuela.

- 84- Mângia, E. F.; Muramoto, M. T. Modelo de Matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. maio/ago. 2009. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 118-125
- 85- Fernando, L; Hacia una Psicología Rural Latinoamericana - 1a ed. - : CLACSO, 2015 Ciudad Autónoma de Buenos Aires. E-Book. ISBN 978-987-722-039-1
- 86- Bru, G. La Interdisciplina como Utopía (2012). Servicio Social de la Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N. de Mar del Plata-Argentina
- 87- Galende, E. “Psicofármacos y Salud Mental, La ilusión de no ser” (2008). Capítulo Sexto. Lugar Editorial, Buenos Aires
- 88- Foucault, M. La vida de los hombres infames. 1992. (Colección Caronte Ensayos) Editorial Altamira Buenos Aires.
- 89- Spinelli, H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina (2010). Salud Colectiva, Buenos Aires, 6(3):275-293
- 90- Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (2006) OMS- Organización Mundial de la Salud ISBN 92 4 3562827
- 91- Rangel Pande, M; Amarante P. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão (2011). Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro RJ
- 92- User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. (2010) Publicado en inglés por la Oficina Regional para Europa de la OMS. http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf
- 93- Merhy, E; Feuerwerker, L. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental (2012) Salud Colectiva, Buenos Aires, 8(1):25-34.
- 94- Ase, I; Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? (2009). Salud Colectiva, 5(1):27-47, Buenos Aires-Argentina.
- 95- González R, E; Gómez L, L; López E, G (2013) Guatemala: paradigma en la formación de recursos humanos en salud PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

ANEXOS.

1. Cuestionario sobre capacitación y práctica en Salud Mental.
2. Consentimiento informado.
3. Mapa 090, cobertura de salud municipal. Elaboración área de SIG sistema de información empresarial.
4. Mapa 92, porcentaje de variación de consulta atendidas en consultorios externos por área programática de salud entre los años 2003 y 2004. Distribución por especialidades año 2004.

Cuestionario Número.....

Fecha:/...../2013 Género: Masculino..... Femenino..... Edad:.....

Estimado/a Profesional: este cuestionario, parte de mi tesis en la “Maestría en Salud Mental” (UNC), es anónimo y garantiza la **confidencialidad** de los datos. Usted será informado de los resultados, pero de manera agrupada. No hay preguntas correctas ni incorrectas, sólo interesa su opinión. Lleva pocos minutos responderlo.

Se agradece vivamente su participación y el tiempo dedicado a responderlo.

Profesión: Psiquiatría..... Psicología..... Trabajo Social.....

Año en que terminó sus últimos estudios universitarios:

Título Licenciatura:.....

Postgrado en..... Año.....

Doctorado en..... Año.....

Otro: Año.....

¿DESDE QUÉ AÑO TRABAJA EN ESTE SERVICIO?.....

¿NÚMERO DE HORAS SEMANALES QUE TRABAJA EN ESTE SERVICIO?:

¿QUÉ TAREA DESEMPEÑA? (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDA):

ADMINISTRATIVO..... CLÍNICA..... INVESTIGACIÓN..... PROMOCIÓN..... PREVENCIÓN..... CAPACITACIÓN..... OTROS:
ESPECIFICAR.....

¿TRABAJA ACTUALMENTE EN OTRO SERVICIO?: SI... NO....

(SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, POR FAVOR RESPONDER LA PREGUNTA SIGUIENTE)

PRIVADO.....ESTATAL.....OBRA SOCIAL..... (MARQUE LA/S QUE CORRESPONDA)

¿QUÉ TAREA DESEMPEÑA? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDA):

ADMINISTRATIVO.....CLÍNICA.....INVESTIGACIÓN.....PROMOCIÓN.....PREVENCIÓN.....CAPACITACIÓN.....OTROS ESPECIFICAR:
.....

NÚMERO DE HORAS SEMANALES QUE TRABAJA EN ESTE/OS SERVICIO: (HORAS POR SEMANA).....

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBERAN RESPONDERSE SEGÚN SU OPINIÓN:

(MARQUE CON UNA X SEGÚN SU CRITERIO): (1) TOTALMENTE EN DESACUERDO- (2) EN DESACUERDO – (3) NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO-(4)DE ACUERDO – (5) TOTALMENTE DE ACUERDO

PREGUNTAS

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

La prevención de los trastornos mentales tiene el objetivo de reducir la incidencia de los trastornos mentales					
La promoción de la salud mental constituye un recurso y un derecho básico esencial para el desarrollo social y económico.					
Las acciones de promoción de la salud mental tienden a crear condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico, físico y social					
Los factores de riesgo y de protección pueden ser maleables y por lo tanto son focos de la prevención primaria y la promoción de la salud mental.					
Las intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas se incluyen dentro de la prevención primaria de la salud mental.					
La promoción y la prevención en salud mental son de exclusiva responsabilidad del sector sanitario.					

MARQUE CON UNA X SEGÚN SU CRITERIO: (1) TOTALMENTE INSATISFECHO/A (2) INSATISFECHO/A(3) NI SATISFECHO/A NI INSATISFECHO/A(4) SATISFECHO/A(5) TOTALMENTE SATISFECHO/A.

Cuan satisfecho/a esta usted con la capacitación <u>recibida en la universidad</u> en relación a las :	1	2	3	4	5
- Acciones curativas					
- Acciones de rehabilitación					
- Acciones de promoción de la salud mental					
- Acciones de prevención primaria de salud mental					
Cuan satisfecho/a esta usted con la capacitación que <u>recibe en el servicio</u> donde trabaja el mayor tiempo en la actualidad:	1	2	3	4	5
- Acciones curativas					
- Acciones de rehabilitación					
- Acciones de promoción de la salud mental					
- Acciones de prevención primaria de salud mental					

LA SIGUIENTES PREGUNTAS DEBERÁ RESPONDER POR: **SI / NO – NO RECUERDO**

SI	NO	NO RECUERDO			
En los últimos 12 meses leyó por lo menos una publicación científica sobre promoción de la salud mental, por ejemplo: documentos nacionales e internacionales, revistas científicas, libro o internet					
En los últimos 12 meses leyó por lo menos una publicación científica sobre prevención en salud mental por ejemplo: documentos nacionales e internacionales, revistas científicas, libro o internet					
En los últimos 12 meses, participó en congresos, conferencias, talleres, seminarios, y/o en cursos sobre temas de promoción de la salud mental					
En los últimos 12 meses, participó en congresos, conferencias, talleres, seminarios, cursos sobre temas de prevención en salud mental					

POR FAVOR, RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- En el más reciente año lectivo (incluido el actual) realiza algún postgrado y/o cursos de formación o similares en su profesión. Por favor nombrarlos.

.....

No realicé ninguno.....

- En los últimos 12 meses en su práctica profesional, realizó /realiza actividades sobre **promoción de la salud mental**. Por favor nombrar todas:

.....

No realicé ninguna.....

- En los últimos 12 meses en su práctica profesional, realizó /realiza actividades sobre **prevención en salud mental**. Por favor nombrar todas:

.....

No realicé ninguna.....

- Dentro de las intervenciones o programas en salud mental a nivel provincial y/o nacional, ¿conoce usted alguna/s de **promoción de la salud mental**? Nombrar hasta 3

1.....

2.....

3.....

No conozco.....

- Dentro de las intervenciones o programas en salud mental a nivel provincial y/o nacional, ¿conoce usted alguna/s de **prevención primaria en salud mental**? Nombrar hasta 3

1.....

2.....

3.....

No conozco.....

Estime el porcentaje de su práctica profesional actual, que dedica a las:

Acciones curativas	%
Acciones de rehabilitación	%
Acciones de promoción de la salud mental	%
Acciones de prevención primaria de salud mental	%
TOTAL.	100%

Si la distribución de su tiempo profesional estuviera bajo su total control. ¿Qué porcentaje dedicaría a las:

Acciones curativas	%
Acciones de rehabilitación	%
Acciones de promoción de la salud mental	%
Acciones de prevención primaria de salud mental	%
Acciones profesionales que no estén vinculadas con salud mental	%

TOTAL.	100%
--------	------

Muchas Gracias.

Maestría en Salud Mental-UNC
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Salud Pública
Cohorte 2011-2013

Córdoba..... del mes de..... del año 2013.

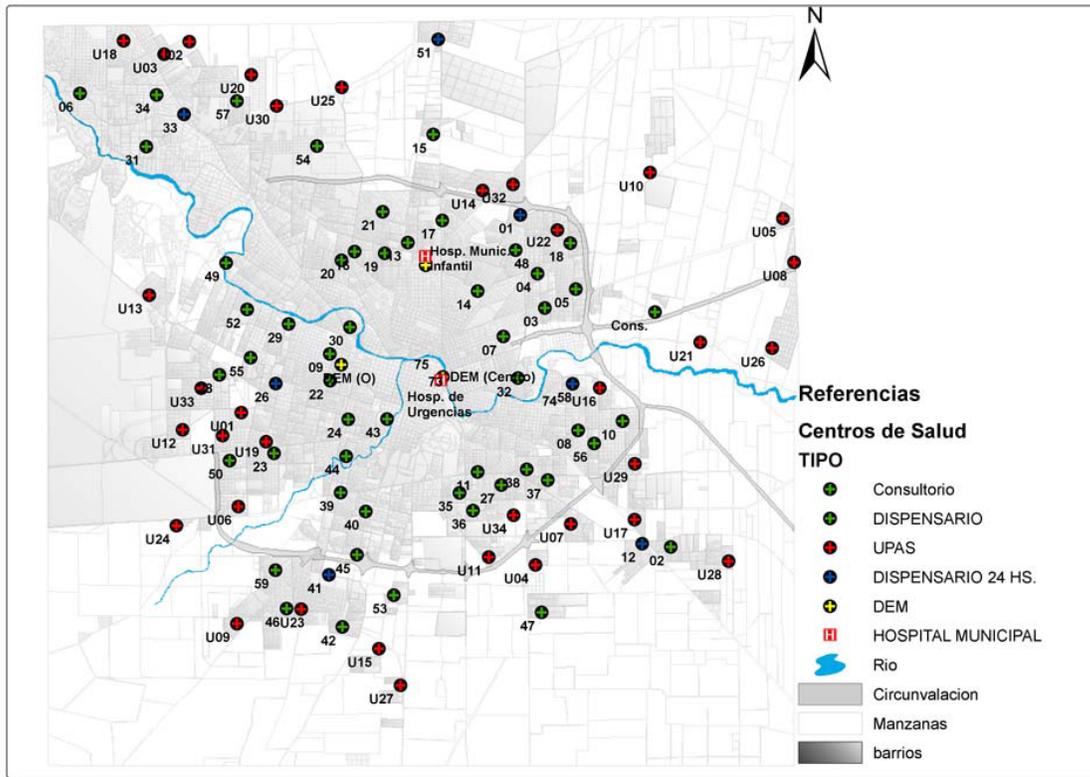
Consentimiento Informado

En el marco de la Maestría en Salud Mental – UNC (Universidad Nacional de Córdoba), la Lic. Ana Heredia, y bajo la dirección del personal docente de la UNC, desarrolla el estudio ***“Opiniones sobre la promoción y la prevención en salud mental por parte de los profesionales de la salud mental”***. (Versión II) Usted ha sido seleccionado/a de manera aleatoria como informante, a fin de responder el cuestionario respectivo. Este solo lleva completarlo aproximadamente de 10 a 15 minutos. Es anónimo y será informado de los resultados de manera agrupada. Su participación es voluntaria y puede desistir de participar o de responder a alguna pregunta en cualquier momento.

Ante cualquier duda sobre el procedimiento puede consultarlo con quien aplique este cuestionario. También se puede consultar al CIEIS (Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud Mental) Dirección: León Morra 170 B° Juniors (Córdoba). Mail: saludmentalcieis@gmail.com.

Muchas gracias por su participación.

Mapa 090
Cobertura de salud Municipal.



Mapa 092

Porcentaje de variación de consultas atendidas en Consultorios Externos por área programática de salud entre años 2003 y 2004. Distribución de atención en especialidades . Año 2004.

