

población geriátrica española². Las menos prevalentes fueron la urticaria y la psoriasis. El índice de calidad de vida EQ5D fue de 0,64 (DT 0,34) sobre 1, y la escala visual analógica fue de 64,84 (DT 21,46) puntos sobre 100. Tras la valoración de la calidad de vida dermatológica con el DLQI, se obtuvo una puntuación de 2,09 (DT 2,57) puntos sobre 20, indicador de alteración en la calidad de vida dermatológica⁴.

Se realizó un análisis para comprobar la posible relación entre las dermatosis halladas y la calidad de vida dermatológica. Se hallaron diferencias significativas en relación con el prurito ($p=0,001$) y con la presencia de úlceras cutáneas ($p=0,008$), al igual que en un estudio reciente en población anciana⁵. En cambio, no se halló relación estadísticamente significativa con ninguna de las alteraciones restantes.

Las cifras de prevalencia de alteraciones dermatológicas en ancianos frágiles comunitarios son similares a las de la población geriátrica², a pesar de la existencia de estudios que indican la mayor vulnerabilidad del anciano frágil⁶.

La presencia del prurito y las úlceras cutáneas interfieren de modo negativo en la calidad de vida de los ancianos frágiles comunitarios. La elevada prevalencia de dichas alteraciones en los ancianos comunitarios permite indicar que se debería realizar una valoración dermatológica a los ancianos para identificarlas y promover intervenciones preventivas sobre las mismas con el objetivo de evitar su instauración y posibles complicaciones, evitando el desarrollo de síndromes geriátricos.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a los participantes y sus familias, a los profesionales del departamento de salud de la Ribera y al Grupo de Investigación de Geriatria y Gerontología de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia.

Bibliografía

1. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. *Enferm Dermatol.* 2013;7:8–13.
2. Sánchez Ramón S. Estudio epidemiológico de la patología dermatológica en el anciano y calidad de vida relacionada con la salud. [Tesis doctoral]. Valladolid: Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid; 2013.
3. Herdman M, Badia X, Berra S. EuroQol-5D: A simple alternative for measuring health-related quality. *Aten Primaria.* 2001;28:425–9.
4. De Tiedra AG, Mercadal J, Badia X, Mascaró JM, Herdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): el Índice de Calidad de Vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 1998;89:692–700.
5. Dias TYAF, Costa IKF, Melo MDM, Torres SMSGSO, Maia EMC, Torres GV. Evaluación de la calidad de vida de pacientes con y sin úlcera venosa. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2014;22:576–658.
6. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, Fink HA, Cawthon PM, Stone KL, et al. Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. *Arch Intern Med.* 2008;168:382–9.

Pilar Pérez-Ros^{a,*}, Francisco M. Martínez-Arnau^{a,b},
Julia Sabater-Ramírez^{a,c}
y Francisco J. Tarazona-Santabalbina^{a,c}

^a *Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España*

^b *Departamento de Fisioterapia, Universidad de Valencia, Valencia, España*

^c *Hospital Universitario de la Ribera, Alzira, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: pilar.perez@ucv.es,
pperezros@gmail.com (P. Pérez-Ros).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.005>

Programa de formación profesionalizante en salud mental comunitaria: una experiencia de posgrado en atención primaria[☆]



Board skills program in community mental health: postgraduate experience in primary care

Sr. Editor:

El Informe sobre la salud en el mundo 2001 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros informes llaman la

atención sobre la creciente carga mundial de los sufrimientos mentales. Es urgente pensar y actuar sobre formas de atención y cuidado que respeten los derechos humanos, que reaseguren una inserción social acabada, y que comprometan a las poblaciones en este sentido.

El actual modelo de atención en salud mental tiene una estructura hospitalocéntrica. Los hospitales psiquiátricos o generales poseen salas de internación con un alto costo para el sistema y para el sujeto, potencial violación de derechos humanos y una dudosa eficacia sobre el tratamiento en tanto se aísla al sujeto de su entorno y está basada fundamentalmente en el uso de psicofármacos¹.

La salud mental comunitaria (SMC) es un campo teórico y pragmático, con un posicionamiento ético basado en cuidar a aquel que padece un sufrimiento psíquico en su contexto cotidiano. Desde la SMC se comprende al sufrimiento psíquico como el emergente de una situación de conflicto subyacente, siendo la expresión de un intento frustrado de adaptación al medio. El componente comunitario consiste

[☆] Este trabajo ha sido presentado en el VIII Congreso Argentino de Salud Mental y I Congreso Regional de la World Federation for Mental Health, Buenos Aires, agosto 2014.

Tabla 1 Competencias, objetivos y actividades realizadas durante el primer año de la orientación

Competencia	Objetivos	Actividades realizadas
Realizar un eficiente abordaje clínico específico en SMC (clínica ampliada)	Identificar y abordar las necesidades y problemas que interfieran en la salud mental de los individuos y sus familias, y realizar adecuadas terapéuticas individuales y familiares manteniendo o recuperando los vínculos de las personas	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevistas semanales a usuarios con padecimiento mental, evaluaciones diagnósticas y elaboraciones de Proyectos Terapéuticos Singulares sobre sujetos que concurren al centro de prevención de adicciones (CPA) y a la Unidad Sanitaria San Dionisio – Co-organización de curso de 50 h con evaluación final llamado «Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el primer nivel de atención (PNA) de la salud» del programa de Acción Mundial para superar las Brechas en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud
Desarrollar actividades de intervención comunitaria para problemáticas ambulatorias	Adquirir habilidades en la generación de estrategias de trabajo que incorporen la articulación intersectorial y la participación de los miembros de la comunidad para promover la descentralización de los servicios en salud mental, fomentando la territorialidad, accesibilidad y continuidad en el cuidado	<ul style="list-style-type: none"> – «La buena noticia sos vos» (LBNSV) es un proyecto que se lleva a cabo en conjunto con otros médicos y psicólogos. LBNSV es un dispositivo de cuidado de la salud mental pensado para jóvenes, que tiene como objetivo acompañar el proceso de construcción de subjetividad a través del cuidado de la salud y el desarrollo de sus potencialidades y sus derechos. LBNSV se creó hace más de un año y medio, intentando no repetir antiguas formas de convocar a los jóvenes al sistema de salud y con la convicción de que para pensar estrategias que promuevan conductas de cuidado en jóvenes es necesario identificar sus deseos y necesidades y reforzar sus capacidades. Así, mediante intervenciones basadas en sus propias ideas y proyectos, cada una de ellas se transforman en expresiones creativas como murales, pasacalles u otras intervenciones en el espacio público. El cuidado de la salud lo entendemos, desde el equipo, como una posición ética y política de escuchar, comprender y acompañar cada proceso vital de forma singular
Producir nuevos conocimientos a partir de la práctica clínica y comunitaria	Integrar actividades de investigación-acción con el conocimiento de situaciones que vive la población, realizando una producción teórica en torno a ellas y relacionando elementos del saber popular y la ciencia	<ul style="list-style-type: none"> – Se realizó el primer informe anual de la situación epidemiológica de salud mental del PNA de la ciudad de Bahía Blanca en conjunto con el Observatorio de Salud y Condiciones de Vida (V) – Proyecto de investigación titulado «Error humano y colisiones viales». Finalizado y trabajando en conjunto con la municipalidad local
Organización y gestión de servicios de salud mental	Identificar y abordar problemáticas inherentes al trabajo en la gestión de servicios de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> – Gestión de recursos entre el primer y segundo nivel de atención, que muchas veces presentan dificultades para la comunicación activa y para el trabajo dinámico – Convocatoria de una comisión para trabajar eficientemente sobre SMC en PNA, esto es, construir un proyecto que responda a la aplicación de prácticas comunitarias en salud mental, sobre todo teniendo en cuenta que en Bahía Blanca hay un PNA consolidado que presenta unidades sanitarias, centros de salud y postas de salud domiciliarias distribuidas por toda la ciudad

en poner en valor y abordar el lazo social, es decir, la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros². Este abordaje permite evitar la cronificación asociada a las instituciones de salud, generándose simultáneamente procesos de atención dirigidos a la terapéutica individual³ y a la construcción de vínculos comunitarios. El vínculo se posiciona como intermediario necesario para lograr la adaptación activa a la realidad, porque existe una interrelación dialéctica constante entre el sujeto y su medio social.

Los profesionales que desarrollaron su formación en el medio hospitalario difícilmente puedan operar en el campo de la SMC⁴.

A continuación se expone una experiencia de una médica que ha comenzado su formación profesionalizante en el campo de la SMC junto con la medicina familiar (MF), dado que ambos campos poseen similares perspectivas en el proceso de atención y cuidado.

La MF es una especialidad médica que tiene características pragmáticas diferentes a otras especialidades médicas. El médico de familia es un especialista capacitado especialmente para trabajar en el primer nivel de atención (PNA) con perspectiva de atención primaria, en el cuidado del grupo familiar, con estrategias puramente ambulatorias, territoriales, y con habilidades para desarrollar estrategias comunitarias de prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

Dentro de la residencia (p. ej., especialización) de la MF en la ciudad de Bahía Blanca, Argentina, se desarrolló una orientación en SMC. La misma consistía en dedicar un porcentaje de horas a la SMC bajo supervisión profesional, con competencias a desarrollar, proyectos a concretar y material de lectura predefinido. A partir de la propuesta de orientación, en función del escenario propuesto y las necesidades técnico-políticas, se realizaron las siguientes actividades en el primer año de trabajo en la orientación (tabla 1).

El modelo Zaragoza⁵ es la primera experiencia llevada a cabo en España respecto a la formación de la SMC en el marco de la MF, y ha servido como basamento para llevar a cabo la presente experiencia. Tal como explican los colegas españoles, no se trata de proponer modelos definitivos de

formación, sino de compartir prácticas que colaboren con otras formas de abordaje destinado a personas con sufrimiento mental.

Financiación

No se recibió financiación de ningún tipo para la realización del presente artículo.

Conflicto de intereses

No hubo conflictos de intereses durante la realización del presente artículo, ni surgieron en la experiencia de formación que se detalla.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental. Washington, 2011.
2. Galende E, Ardilla S. El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*. 2011;1:39-50.
3. Merhy E. *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar editorial; 2006.
4. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Salud mental en la comunidad. Washington: Serie PALTEX, 2009.
5. García-Campayo J, Claraco LM, Orozco F, Lou S, Borrell F, Arévalo E, et al. Programa de formación en salud mental para residentes de medicina de familia y comunitaria: el modelo Zaragoza. *Aten Primaria*. 2001;27:667-72.

Paola Buedo

Medicina Familiar, Secretaría de salud, Municipalidad de Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: paolabuedo@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.003>

Serología del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en atención primaria, ¿debe ser rutinaria en España?



Human Immunodeficiency Virus (HIV) testing in primary care. Should it be routine in Spain?

Sr. Editor:

En relación con el estudio VIH-AP recientemente publicado en esta revista¹, nos gustaría realizar los siguientes comentarios:

Las recomendaciones de nuestro Ministerio de Sanidad para el diagnóstico precoz del VIH contemplan la realización rutinaria de la prueba VIH a personas de 20-59 años sexualmente activas que, habiendo solicitado asistencia en

un centro de atención primaria (CAP), se les haya indicado una extracción de sangre por cualquier motivo, y residan en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos sean superiores al percentil 75 en este grupo de edad².

El estudio VIH-AP se basa en esta estrategia y concluye que la serología VIH tiene una alta aceptación (93%) entre los usuarios que acuden para hacerse un análisis de sangre a los CAP¹. Este grado de aceptación es acorde al 98% observado en 2 intervenciones llevadas a cabo en nuestro país y encaminadas a promocionar el diagnóstico precoz del VIH en atención primaria (AP) con los criterios que recomienda el Ministerio^{3,4}. En el trabajo de Puentes Torres et al., no se analiza el grado de aceptación de esta estrategia entre los médicos de AP, pero en los estudios de Martín-Cabo et al.³ y Chocarro Martínez et al.⁴, es superior al 70% y conlleva un consumo de tiempo de consulta asumible.

En el estudio VIH-AP, nos parece muy relevante que más de la mitad de los sujetos no se habían realizado nunca,