



SCALE-UP OF PREVENTION AND MANAGEMENT
OF ALCOHOL USE DISORDERS AND
COMORBID DEPRESSION IN LATIN AMERICA

Anexo del Manual de Capacitación de SCALA

Adaptar la capacitación presencial en tamizaje e intervención breve para profesionales de la atención primaria en respuesta a una crisis de salud

Autores:	Silvia Matrai, Hugo López Pelayo, Rebecca Gordon
----------	--

Contact: Silvia Matrai: SMatrai@clinic.cat

Agradecimientos



Este proyecto ha recibido financiación del programa de Investigación e Innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea en virtud del Acuerdo de subvención núm. 778048.

El contenido de este informe representa únicamente las opiniones de los autores. La Comisión Europea no acepta ninguna responsabilidad por el uso que pueda hacerse de la información que contiene.

Contenido

Introducción.....	3
Aprender de la experiencia SCALA: consideraciones clave para adaptar la capacitación	9
Adaptar el formato de realización de las sesiones de capacitación.....	11
Adaptar el contenido de la capacitación	12
Adaptación de la intervención a la situación de crisis.....	13

Introducción

Justificación del documento

Este documento complementa el manual de capacitación de SCALA y fue desarrollado en respuesta a las adaptaciones requeridas debido a la pandemia COVID-19 y su impacto en los servicios de atención primaria de salud. El manual de capacitación general se puede encontrar en el sitio web de SCALA.

Manual de capacitación de SCALA:

https://www.scalaproject.eu/images/00_EN_SCALA_Training_Manual_Annexes_Short_May_2019.pdf

Formación de profesionales de la atención primaria de salud

El entorno de atención primaria de salud se utiliza habitualmente para promover estilos de vida saludables, incluido el consumo de alcohol.¹ Las actividades de detección, prevención y promoción de la salud de la población se llevan a cabo con frecuencia en atención primaria. Para mantener las habilidades y los conocimientos actualizados, los profesionales de atención primaria de salud emprenden educación profesional continuada en áreas relacionadas con la detección, proporcionando consejos e intervenciones breves, derivación y tratamiento (SBIRT por su acrónimo en inglés: Screening, Brief Interventions and Referral to Treatment) para los riesgos de salud y enfermedades relacionados con el estilo de vida, incluidos los relacionados con el peso y actividad física, tabaquismo, salud sexual y consumo de alcohol.²

Tradicionalmente, gran parte de la capacitación en SBIRT que se brinda al personal de atención primaria de salud se ha impartido en persona, pero en los últimos años se ha realizado un gran esfuerzo en el uso de tecnologías digitales para brindar capacitación a los profesionales de la salud.³ Este proceso se ha visto obligado a acelerarse con la pandemia de COVID-19 y las restricciones relacionadas.⁴

En general, incluso antes de la pandemia, la educación a distancia para los profesionales de la salud estaba creciendo. Por ejemplo, durante muchos años, los estudiantes y el personal sanitario de zonas rurales y remotas han utilizado la videoconferencia y la telemedicina para la educación y formación continua y para proporcionar acceso a los servicios sanitarios.⁵

Se ha demostrado que el aprendizaje basado en Internet es igualmente efectivo que el aprendizaje tradicional, y la pregunta ha cambiado desde hace mucho tiempo a "¿cómo se puede implementar de manera efectiva y cuáles son los contextos apropiados para usarlo?".⁶

1 Anderson P, O'Donnell A, Kaner E. Managing alcohol use disorder in primary health care. *Current psychiatry reports*. 2017 Nov;19(11):1-0.

2 Anderson, P, Manthey J, Jané Llopis E, Rey GN, Bustamante IV, et al.(2021). Impact of training and municipal support on primary health care-based measurement of alcohol consumption in three Latin American countries: 5-month outcome results of the quasi-experimental randomized SCALA trial. *Journal of general internal medicine*, 1-9.

3 Tanner TB, Wilhelm SE, Rossie KM, Metcalf MP. (2012). Web-based SBIRT skills training for health professional students and primary care providers. *Substance abuse*, 33(3), 316-320.

4 Washburn M, Zhou S, Sampson M, Palmer A. (2021). A Pilot Study of Peer-to-Peer SBIRT Simulation as a Clinical Telehealth Training Tool During COVID-19. *Clinical Social Work Journal*, 49(2), 136-150.

5 Berndt A, Murray CM, Kennedy K, Stanley MJ, Gilbert-Hunt S. (2017). Effectiveness of distance learning strategies for continuing professional development (CPD) for rural allied health practitioners: a systematic review. *BMC medical education*, 17(1), 1-13.

6 Wong G, Greenhalgh T, Pawson R. (2010). Internet-based medical education: a realist review of what works, for whom and in what circumstances. *BMC medical education*, 10(1), 1-10.

Impacto de las crisis de salud pública en la atención primaria

El término crisis de salud pública se refiere a una situación en la que la salud de una parte sustancial de la población está comprometida o en peligro inminente debido a que los mecanismos existentes para salvaguardar la salud pública están abrumados o dañados, y corren el riesgo de no poder hacer frente a una amenaza emergente para la salud. Tales amenazas pueden abrumar al sistema debido a su carácter desconocido, la velocidad de propagación o la magnitud de sus efectos sobre la salud. Pueden surgir de forma natural (por ejemplo, un virus) o ser causados por un incidente natural importante (por ejemplo, terremotos, inundaciones) o un incidente provocado por el hombre (por ejemplo, un accidente nuclear, una guerra civil). Las crisis de salud pública pueden anticiparse pero no necesariamente prevenirse.⁷

El sistema de atención primaria de salud (APS) está distribuido en áreas geográficas y brinda servicios donde la población puede acceder a información y atención relacionada con la principal amenaza para la salud. El personal de APS tiene un conocimiento profundo de su población, incluidas las vulnerabilidades y factores de riesgo específicos, y de otros recursos de atención sanitaria, social y comunitaria en su área de influencia. Por lo tanto, el sistema de atención primaria de salud termina desempeñando un papel crucial en la respuesta y la gestión de los principales incidentes de salud pública en todas las etapas, es decir, desde la prevención y la preparación hasta la respuesta y la recuperación. En particular, dado que los médicos de atención primaria de salud están preparados para hacer frente a una amplia gama de enfermedades, el sistema de atención primaria de la salud tiene la capacidad de filtrar y tratar los casos simples y de preservar la capacidad de los hospitales y centros especializados para casos graves.

El objetivo de este informe es brindar una guía básica para la adaptación de un programa de capacitación de atención primaria en actividades de promoción de la salud, tomando como ejemplo el estudio SCALA (*Scale-up of Prevention and Management of Alcohol Use Disorders and Comorbid Depression in Latin America*) donde una capacitación de programa tipo SBIRT se implementó con profesionales de la APS.⁸ Inicialmente, se diseñó un paquete de capacitación estándar en el sitio para adaptarse a las condiciones locales en tres ciudades latinoamericanas (Bogotá, Ciudad de México, Lima), el paquete de capacitación tuvo que adaptarse tanto en formato como en contenido debido a la pandemia de COVID-19.

Métodos

Este resumen ha sido elaborado utilizando las siguientes fuentes de información:

- Un análisis rápido de la literatura formal y gris, utilizando PubMed, Google Scholar y Google, y los términos de búsqueda que incluyen 'SBIRT, atención primaria de salud, educación continua, formación profesional, crisis de salud pública, COVID-19'. También se consultaron las listas de referencias de las publicaciones identificadas y sus citas relevantes.
- Revisión de publicaciones seleccionadas de trabajos anteriores ya conocidos por los autores
- Experiencias reportadas por los socios investigadores de SCALA en América Latina y el análisis DAFO realizado por estos socios para identificar una serie de factores relacionados con el impacto de una situación de crisis en la provisión de capacitación en atención primaria y la adaptación de la capacitación presencial a un formato en línea.

7 Nelson C, Lurie N, Wasserman J, & Zakowski S. (2007). Conceptualizing and defining public health emergency preparedness.

8 Jané-Llopis E, Anderson P, Piazza M, O'Donnell A, Gual A. et al. (2020). Implementing primary healthcare-based measurement, advice and treatment for heavy drinking and comorbid depression at the municipal level in three Latin American countries: final protocol for a quasiexperimental study (SCALA study). *BMJ open*, 10(7), e038226.

- Conocimiento experto y experiencia de los autores (SM, HL) en el tratamiento de las principales amenazas para la salud pública.⁹

Adaptar una formación convencional para los profesionales sanitarios durante una crisis de salud pública prolongada implica abordar los siguientes dominios:

1. La implementación del programa de capacitación
2. El formato de las sesiones de capacitación.
3. El contenido de las sesiones de capacitación.

Adaptación de la implementación del programa de capacitación

En el marco del proyecto SCALA, la pandemia COVID-19 nos ha enseñado lecciones sobre cómo adaptar la formación de los profesionales de la atención primaria de salud para prevenir los daños relacionados con el alcohol en la población en general. También hay lecciones que aprender de otras crisis y desastres (por ejemplo, desastres naturales, conflictos y desastres humanitarios). Adaptar la capacitación de los profesionales sanitarios en estas situaciones requiere cambios tanto en el contenido como en el formato, lo que refleja las condiciones y los recursos locales y considera el impacto específico de la situación de crisis tanto en el sistema sanitario local como en los profesionales y la población a la que atienden.

Proponemos una serie de dimensiones que deben abordarse a la hora de adaptar la implementación del programa de capacitación en atención primaria de salud durante una situación de crisis:^{10,11,12}

Dimensión	Consideraciones
Relevancia del programa de capacitación específica en el contexto de la situación de crisis	<p>Documentar el impacto de la crisis en el curso de la afección a abordar (en nuestro caso, el consumo de alcohol) y la situación médica, psicológica y socioeconómica general de la población objetivo.</p> <p>Evaluar el impacto diferencial de la crisis en los grupos de población vulnerables en términos de consumo de alcohol.</p> <p>¿Qué importancia tiene el consumo de alcohol desde la perspectiva del sistema sanitario durante la crisis? Si no es relevante, ¿podría enmarcarse como parte de una prioridad más amplia que sea relevante (por ejemplo, salud mental, promoción de la salud)?</p> <p>¿Existe algún elemento de la intervención en el que pretenda formar a los profesionales que puedan aportar herramientas útiles en su práctica diaria durante la crisis? (por ejemplo, técnicas motivacionales)</p> <p>¿Se puede enmarcar la capacitación y la intervención para potenciar el sentido de control de los profesionales en la situación de crisis?</p> <p>¿Existe alguna actividad clínica esencial que pueda estar relacionada con la intervención de promoción de la salud (por ejemplo, un consejo breve</p>

9 Baillergeau E & Duyvendak JW (2016) Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: evidence and examples from the Netherlands, *Health, Risk & Society*, 18:7-8, 407-426

10 Al-Jazairi AFH. (2020). Role of Primary Health Care System in Response to a Major Incident: Challenges and Actions. In *Topics in Primary Care Medicine*. IntechOpen.

11 Rieckert, A, Schuit, E, Bleijenberg, N, Ten Cate, D, de Lange, W. et al. (2021). How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. *BMJ open*, 11(1), e043718.

12 Turner S, Botero-Tovar N, Herrera MA, Kuhlmann JPB, Ortiz F. et al. (2021). Systematic review of experiences and perceptions of key actors and organisations at multiple levels within health systems internationally in responding to COVID-19. *Implementation Science*, 16(1), 1-13.

	<p>sobre alcohol para incluir al dar de alta a los pacientes afectados por la amenaza para la salud)?</p> <p>¿Se han implementado o se ha planificado iniciar o reanudar alguna actividad sanitaria no esencial que pueda estar relacionada con el programa de alcohol?</p>
<p>Roles de los perfiles profesionales a capacitar en la gestión de la situación de crisis</p>	<p>Evaluar la disonancia entre la 'percepción del rol' (es decir, las propias opiniones de los profesionales sobre su rol en la situación) y las 'expectativas de rol' del sistema de salud y los pacientes en los profesionales a capacitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Su asignación de tareas durante la crisis está de acuerdo con su perfil profesional y personal (en términos de conocimientos, habilidades, edad, género)? • ¿Han recibido los recursos adecuados para sus tareas adicionales durante la crisis (en términos de equipo, directrices, colaboradores, habilidades, conocimientos)? • ¿La programación y organización de su trabajo durante la crisis es razonable en términos de duración de los turnos, tiempo de descanso, facilidades de descanso y alimentación, conciliación entre vida laboral y familiar?
<p>Reorganización</p>	<p>¿Existe un plan importante de respuesta a incidentes? Si es así,</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Están los trabajadores de la salud objetivo (es decir, los profesionales a capacitar) familiarizados con el plan de respuesta a incidentes importantes? >>> para evaluar el sentido de control que los profesionales a capacitar pueden tener sobre la situación de crisis • ¿Qué cambios se han previsto en las responsabilidades y actividades de los profesionales que se espera que implementen la intervención? >>> contrastar con la verificación de la realidad (ver siguiente punto) por desajuste entre el plan y la realidad <p>Mapear los cambios reales (verificación de la realidad) en la práctica clínica diaria debido al incidente mayor y considerar cómo la intervención se puede ajustar / integrar en consecuencia, en términos de</p> <ul style="list-style-type: none"> • carga de trabajo: número y perfil de los pacientes atendidos • personal: los trabajadores ya capacitados pueden no estar disponibles, alta rotación de personal de reemplazo potencialmente menos experimentado • entorno físico: disposición y reutilización de instalaciones; cambiar a telemedicina. <p>Considere cuál es la mejor manera de otorgar acceso al material de capacitación e intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es posible que no sea posible distribuir material impreso • Los archivos de material en línea pesados no se pueden transmitir a través de redes móviles o de Internet sobrecargadas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Compruebe la concisión y el enfoque autoexplicativo de los materiales. <p>Considere los posibles formatos y horarios de entrega de la capacitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • para formatos en línea, marque la herramienta de reunión virtual preferida para cada lugar en el que desea capacitar • prepárese para continuar la capacitación sin material visual en caso de falla de la conexión de video / pantalla • prepararse para diversos tamaños de grupos de aprendices, incluida la capacitación individual • prepárese para organizar una capacitación con poca antelación. <p>Adapte el contenido de la capacitación a la relevancia de la afección (es decir, el uso de alcohol) en la situación del incidente mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • considerar habilidades adicionales y actualizar conocimientos para implementar la intervención en las circunstancias de crisis (implementación virtual, recursos y vías de atención médica reorganizados, disponibilidad de recursos de autogestión para los pacientes, etc.) • prepárese para capacitar a trabajadores de reemplazo con menos experiencia.
Resiliencia	<p>Trabajadores sanitarios y población destinataria: dotarlos de habilidades y recursos psicosociales (adaptación del contenido de la capacitación)</p> <p>¿Se ha capacitado a los trabajadores sanitarios objetivo en el plan de respuesta a incidentes mayores, incluido el conocimiento del impacto psicosocial y la gestión del incidente mayor?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer el esfuerzo extra de los profesionales en relación a la intervención y la capacitación • Ofrecer un módulo adicional sobre el autocuidado psicosocial (entrenamiento en resiliencia); • Incluir conocimientos y habilidades adicionales para lidiar con la atención psicosocial relacionada con las crisis para los pacientes. • Dar tiempo para informar a los profesionales sobre la relevancia de adecuar la intervención a su práctica diaria y como parte de los cuidados esenciales durante la crisis. • Deje tiempo para informar a los profesionales sobre su experiencia relacionada específicamente con la intervención durante el incidente mayor * en sesiones de formación posteriores. • Identificar y promover oportunidades de apoyo entre pares entre los profesionales.

	<p>* Nota: La guía más reciente recomienda la 'espera vigilante' en lugar de la evaluación psicológica que puede aumentar los síntomas postraumáticos a medio y largo plazo.¹³</p>
--	---

Aprender de la experiencia SCALA: consideraciones clave para adaptar la formación

Los autores realizaron un análisis FODA (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas) con los investigadores socios de SCALA de Colombia, México y Perú. La siguiente tabla muestra los elementos FODA clave planteados por los socios en función de su experiencia en la adaptación e implementación de un programa estándar para capacitar a los proveedores de atención primaria de salud para implementar la detección y la intervención breve para el consumo nocivo de alcohol y la depresión. El despliegue del programa coincidió con el estallido de la pandemia COVID-19.^{14,15}

	ÚTIL	DAÑO
INTERNO	<p>FORTALEZAS</p> <p>En relación con el material de formación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sencillez y accesibilidad para diferentes perfiles profesionales • Fácilmente adaptable a las diferentes necesidades de entrega, incluidos formatos virtuales, de grupos pequeños e individuales, versiones abreviadas • Modelar para aprender observando a otros a través de videos • Elementos interactivos para la interacción y el intercambio de experiencias entre alumnos. • Uso de herramientas de detección e intervención breve (SBI) simples y validadas <p>En relación al despliegue de la formación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación eficiente entre los coordinadores del estudio a nivel local y los centros de salud. 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los videos de simulación no son completamente adecuados / relevantes para los contextos locales • Falta de información sobre el conocimiento previo del tema de salud en los profesionales a capacitar • Habilidades desiguales para administrar herramientas de tamizaje en diferentes perfiles profesionales. • Gran dependencia del material en papel, tanto para los formatos de formación presencial como para la intervención presencial • Los elementos de formación interactivos pueden resultar lentos
EXTERNO	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resaltar la relevancia del problema de salud a abordar (consumo de alcohol y depresión en SCALA) en el contexto de una crisis de salud pública. - Destacar contenidos de la capacitación que puedan ser útiles / complementarios a la reorganización de actividades durante una crisis de salud pública - Complementar la capacitación con contenidos de autocuidado y atención psicosocial básica para pacientes en crisis de salud pública. - Mapear el contexto de las prioridades y actividades de salud pública en curso para (re) enmarcar la capacitación 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las percepciones sociales y creencias culturales sobre el consumo de alcohol y los estereotipos de alcohol y bebedores en profesionales y pacientes pueden dificultar la adopción del programa de capacitación e intervención. • Conectividad digital local y recursos tecnológicos para la conversión a formatos de intervención y capacitación virtual / en línea limitados. • La carga burocrática percibida del programa y la carga de trabajo en competencia puede dar como resultado la priorización de otras actividades con menos carga de trabajo administrativo en los centros. • Barreras para la implementación planteadas por el sindicato de trabajadores locales y los trabajadores de la salud de edad avanzada <p>Específicamente en relación con un incidente mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> • La interrupción de la comunicación con los coordinadores locales del estudio y los trabajadores de la salud puede obstaculizar la organización y el seguimiento del programa. • La rotación de trabajadores y la reasignación de puestos de trabajo pueden requerir ocasiones de capacitación repetidas, abreviadas e individualizadas. • La interrupción de la agenda de los trabajadores y la cancelación de las citas de los pacientes pueden impedir el despliegue de la intervención.

14 Haldane V, De Foo C, Abdalla SM. et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. Nat Med 27, 964–980 (2021)

15 Hernández Rincón EH, Pimentel González JP, Aramendiz Narváez MF, Araujo Tabares RA, Roa González JM. Description and analysis of primary care-based COVID-19 interventions in Colombia. Medwave. 2021 Apr 7;21(3):e8147.

Los investigadores socios de SCALA en Colombia, México y Perú informaron una serie de problemas y ajustes clave relacionados con el despliegue de la capacitación en los trabajadores de atención primaria de salud durante la pandemia de COVID-19.

Asunto para consideración	Cómo se ve afectado por la crisis	Posibles resultados y soluciones
<i>Disponibilidad de personal, tiempo para realizar la capacitación</i>	El personal puede ser reasignado a las actividades de COVID-19 o cubriendo a aquellos que han sido adscritos para trabajar en las actividades de COVID-19.	Es posible que sea necesario acortar o reprogramar la capacitación
<i>Ubicación del personal</i>	El personal puede estar trabajando en otros lugares o en confinamiento.	Es posible que la capacitación deba realizarse en línea o por teléfono Es posible que sea necesario modificar los métodos de capacitación, por ejemplo, los juegos de roles y otras interacciones pueden no ser posibles
<i>Espacio disponible para la capacitación</i>	Requisitos de distanciamiento físico, reutilización de los espacios habituales de capacitación / reunión	Sesiones de capacitación divididas / repetidas en grupos más pequeños Es posible que la capacitación deba realizarse en línea o por teléfono
<i>Disponibilidad de tecnologías digitales</i>	Acceso limitado a computadoras, conexión deficiente a Internet, sobrecarga de Internet en los centros de atención primaria o en el hogar Habilidades digitales desiguales en los proveedores de atención primaria	Considere el uso de herramientas móviles que requieren menos recursos y plataformas de redes sociales. Diseñe actividades interactivas y juegos de roles virtuales (llamadas telefónicas, llamadas telefónicas) más breves Proporcionar guías digitales breves y fáciles de usar para los aprendices menos capacitados
<i>Material de capacitación digital</i>	El acceso limitado a las computadoras, la mala conexión a Internet, la sobrecarga de Internet en los centros de atención primaria o en el encierro del hogar pueden limitar el acceso a material de gran tamaño y / o basado en computadora	Adapte el tamaño y formato del material digital para dispositivos móviles, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> – convertir archivos de videos en imágenes – usar subtítulos para videos – proporcionar visualización de videos en línea – usar solo archivos de audio – convertir presentaciones (por ejemplo, PowerPoint) a archivos PDF con scripts

Adaptar el formato de las sesiones de capacitación

Capacitación remota en habilidades SBIRT

Se ha descubierto que la capacitación SBIRT basada en formato virtual (web) sobre alcohol, tabaco y otras drogas es eficaz en los proveedores de atención primaria.^{16,17} La evidencia indica que los formatos de capacitación SBIRT multimedia pueden ser atractivos para las audiencias y no necesitan ser elaborados o complejos. Los proveedores de atención primaria más experimentados parecen ser capaces de asimilar fácilmente la capacitación SBIRT en su conocimiento clínico y experiencia en el asesoramiento al paciente. Proporcionar enlaces a materiales de capacitación estándar de SBIRT (por ejemplo, OPS¹⁸) e informar sobre el tiempo estimado para completarlos puede ser un enfoque eficaz. La capacitación SBIRT en la atención primaria se basa en el trabajo en equipo interprofesional y puede mejorarse mediante la capacitación interprofesional. Existe evidencia de que los enfoques interactivos de aprendizaje electrónico para la formación interprofesional en la atención primaria de salud:

- mejoran conocimientos y habilidades
- producen cambios positivos en las actitudes y las percepciones
- promueven una comunidad colaborativa dentro de los profesionales participantes
- son percibidos como un formato de capacitación flexible, que requiere menos tiempo, más amplio, inclusivo (en términos de perfiles profesionales y alcance geográfico) y accesible para los profesionales.¹⁹

Si bien la inversión inicial puede generar preocupación, el e-learning puede considerarse un enfoque de capacitación de bajo coste, eficiente y de alto alcance. Esto justifica la asignación de recursos para convertir la capacitación continua presencial al formato en línea durante las crisis de salud pública para garantizar la implementación continua de los programas de prevención y contribuir al aprendizaje interprofesional sostenible más allá de la crisis.

Los cursos en línea se pueden proporcionar en formato sincrónico o asincrónico. El contenido en línea generalmente incluye un mecanismo para ofrecer lecturas, conferencias y evaluaciones, y un componente para la interacción grupal, juego de roles entre pares y / o simulación entre pares. Para la capacitación en intervenciones breves (IB), la simulación en línea parece prometedora, ya que permite a los alumnos trabajar con un paciente simulado. Estos pueden ser autodirigidos y a su propio ritmo. Se ha descubierto que la simulación en línea con pacientes virtuales emocionalmente receptivos es una forma eficaz de aprender estrategias motivacionales para gestionar mejor las conversaciones en un programa SBIRT.^{20,21} La capacitación en línea con avatares de pacientes realistas ha sido acreditada para la capacitación continua de los profesionales sanitarios.²²

16 Stoner SA, Mikko AT, Carpenter KM. (2014). Web-based training for primary care providers on screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for alcohol, tobacco, and other drugs. *Journal of substance abuse treatment*, 47(5), 362-370.

17 Kelly P, Gotham HJ, Knopf-Amelung S, Kohnle K, Kuofie, A. (2018). Distance Versus On-Site Educational Strategies for Competency-Based Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment Education. *Journal of Addictions Nursing*, 29(4), E1-E8.

18 <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-de-capacitacion-en-el-paquete-audit-dit-para-el-manejo-de-los-problemas-relacionados-con>

19 Reeves S, Fletcher S, McLoughlin C, Yim A, Patel KD. Interprofessional online learning for primary healthcare: findings from a scoping review. *BMJ Open*. 2017 Aug 4;7(8):e016872.

20 Albright G, Bryan C, Adam C, McMillan J, Shockley K. Using Virtual Patient Simulations to Prepare Primary Health Care Professionals to Conduct Substance Use and Mental Health Screening and Brief Intervention. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2018 May/Jun;24(3):247-259

21 Gavarkovs AG. Behavioral Counseling Training for Primary Care Providers: Immersive Virtual Simulation as a Training Tool. *Front Public Health*. 2019 May 9;7:116

22 <https://www.sbirtcolorado.org/online-training>

Diferencias entre juego de roles y simulación²³

Juego de rol	Simulación
Duración más corta (3-5 minutos)	Mayor duración (15-20 minutos)
Espontáneo, con mínima preparación.	Preparación de roles de antemano basada en información sobre el cliente / paciente para simular
Por lo general, de igual a igual entre los alumnos en el aula	El cliente / paciente simulado puede ser un compañero en capacitación en el aula, un compañero que ya completó la clase o un actor

Adaptar el contenido de la capacitación

Satisfacer las necesidades cambiantes de la población objetivo: el problema de salud a abordar

El campo de la salud mental en desastres se centra en la psicopatología relacionada con los desastres naturales; desastres tecnológicos no intencionados provocados por el ser humano (por ejemplo, un accidente nuclear), actos intencionados (violencia masiva, terrorismo) y epidemias, y el impacto de los factores estresantes en curso sobre la vulnerabilidad a la psicopatología posterior al desastre.²⁴ Aunque alguna evidencia indica que los incidentes no intencionados e intencionados provocados por el ser humano pueden tener un impacto psicológico más pronunciado que los desastres naturales, desde una perspectiva de salud de la población puede ser más conveniente considerando las características del incidente que su causa.²⁵

Tanto el consumo de alcohol como la depresión tienen el potencial de verse afectados por una situación de crisis.²⁶ Como en el caso de la pandemia COVID-19, se puede crear la necesidad de limitar la interacción social con medidas como el confinamiento. En el caso de personas que reciben tratamiento por consumo de alcohol o problemas de salud mental, esto interrumpe su terapia ya que ya no pueden asistir a las citas presenciales. También aísla a muchas personas, dejándolas en casa solas con poca interacción social.

En algunos casos, esto puede conducir a un empeoramiento de su enfermedad con un aumento del consumo de alcohol o un empeoramiento de la ansiedad o la depresión. Es posible que algunas personas no puedan acceder al alcohol y sufran peligrosos síntomas de abstinencia como resultado de dejar de beber abruptamente sin el apoyo médico adecuado.

Esto tiene implicaciones en la forma en que los profesionales de la salud realizan intervenciones para estas personas, y crea la necesidad de adaptar tanto el contenido de la intervención como el contenido de la capacitación para los profesionales que realizarán la intervención, de modo que puedan realizar la intervención adaptada con éxito.

En relación a la población destinataria de la intervención, el contenido de la capacitación debe revisarse para incluir información sobre:

- el impacto del incidente mayor en los problemas de salud objeto de la intervención en la población en general
- el impacto diferencial del incidente mayor en los problemas de salud objeto de la intervención en los grupos vulnerables
- factores de riesgo sociodemográficos y de salud específicos que afectan el problema o los problemas de salud durante el incidente mayor.

23 Washburn M, Zhou S, Sampson M, Palmer A. (2021). A Pilot Study of Peer-to-Peer SBIRT Simulation as a Clinical Telehealth Training Tool During COVID-19. *Clinical Social Work Journal*, 49(2), 136-150.

24 Raphael B & Maguire P. (2012). Disaster mental health research: Past, present, and future. In Neria Y, Galea S & Norris FH (Eds.), *Mental health and disasters* (pp. 7–28). Cambridge University Press

25 Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:169-83.

26 Alexander AC, Ward KD. Understanding Postdisaster Substance Use and Psychological Distress Using Concepts from the Self-Medication Hypothesis and Social Cognitive Theory. *J Psychoactive Drugs*. 2018 Apr-Jun;50(2):177-186.

Adaptación de la intervención a la situación de crisis

Durante situaciones de crisis, las intervenciones deberán adaptarse a los cambios mencionados anteriormente, como el cambio a la aplicación en línea o por teléfono, los cambios en los recursos y la infraestructura disponibles, los cambios en las funciones y la capacidad de los profesionales. En cuanto a la adecuación del contenido de la intervención (sobre la que se está capacitando a los profesionales sanitarios), algunas pautas de tamizaje y manejo del consumo de alcohol establecen que en situaciones de crisis donde se interrumpen los servicios habituales, los pacientes con dependencia del alcohol deben recibir información adicional sobre autogestión. Por ejemplo, cómo reconocer los síntomas de abstinencia, qué hacer si ocurren, cuándo y dónde buscar ayuda (es decir, recursos de ayuda médica, psicológica y social disponibles localmente).^{27,28} Para llevar a cabo la intervención de forma eficaz, el contenido y el formato de la capacitación deben tener como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud nuevas habilidades y conocimientos relevantes para la situación de crisis, específicamente:

1. Habilidades y recursos para realizar la intervención adaptada durante la situación de crisis.
2. Orientación para el uso de herramientas de tamizaje en situaciones de crisis

1. Equipar a los profesionales para realizar la intervención durante una situación de crisis.

Habilidades digitales para la prestación de cuidados a través de telesalud

La prestación de atención virtual ha aumentado drásticamente durante la pandemia de COVID-19 y se espera que se convierta en parte de la práctica habitual en la atención médica. Por lo tanto, los profesionales deben estar equipados con las habilidades y los conocimientos adecuados para brindar atención e intervenciones de alta calidad a través de la telesalud.

En caso de que se espere / necesite que la intervención SBIRT se realice virtualmente durante la situación de crisis, la capacitación debe complementarse con información esencial relacionada con las habilidades de telesalud en una serie de dominios que incluyen:²⁹

- Comprender y evaluar la usabilidad, idoneidad, viabilidad y aceptabilidad del uso de los servicios de prestación de atención de telesalud para los problemas de salud tanto en los profesionales como en los pacientes
- Obtención, registro y gestión de información clínica en recursos de telesalud
- Comunicación e intercambio de información efectivos para la prestación de atención a través de telesalud
- Buenas prácticas en entorno web (etiqueta de telesalud)³⁰
- Habilidades básicas de tecnología de la información: selección, uso, optimización y resolución de problemas de recursos de prestación de atención de telesalud
- Buenas prácticas de privacidad, seguridad y confidencialidad del paciente en la prestación de atención a través de telesalud
- Reconocer las limitaciones y los riesgos para la seguridad del paciente en la prestación de atención a través de telesalud

27 Phoenix Australia, Disaster Mental Health Hub, Alcohol use and misuse in the aftermath of disaster.

<https://www.phoenixaustralia.org/disaster-hub/toolkits/alcohol-misuse/>

28 Centre for Effective Practice, Canada. Screening for and Managing At-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder (AUD) During COVID-19. https://tools.cep.health/wp-content/uploads/2021/04/CEP_COVID19AUD_20210409.pdf?utm_source=link.cep.health&utm_medium=urlshortener&utm_campaign=audvc

29 Galpin K, Sikka N, King SL, Horvath KA, Shipman SA; AAMC Telehealth Advisory Committee. Expert Consensus: Telehealth Skills for Health Care Professionals. *Telemed J E Health*. 2021 Jul;27(7):820-824

30 <https://www.wheel.com/blog/ways-to-improve-your-telehealth-webside-manner>

- Comprender y evaluar las implicaciones del uso de la telesalud para la población objetivo en términos de acceso a la atención y equidad en salud.

2. Uso de herramientas de tamizaje en situaciones de crisis

Hay varias herramientas de tamizaje disponibles para evaluar el consumo de alcohol. Estos incluyen la *ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST* (AUDIT) y su forma más corta AUDIT-C que se utilizó en el proyecto SCALA. En SCALA, los pacientes que obtienen una puntuación de 8+ son evaluados y tratados según corresponda y se les aconseja que reduzcan el consumo de alcohol. Aquellos que puntúan <8 reciben un folleto de información para el paciente. La depresión se evaluó mediante el *PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE 2* (PHQ-2). Por lo general, estas herramientas se utilizan de manera presencial en el ámbito de la atención primaria, de manera oportunista en las consultas generales. Sin embargo, como ocurre con muchas otras áreas de la atención de la salud, los servicios y los profesionales se han visto obligados a adaptarse a la crisis de COVID.

En situaciones de crisis, como la pandemia de COVID-19, donde la atención presencial está restringida o no está disponible, es posible que se suspendan las actividades de promoción de la salud y detección debido a que otros problemas urgentes tienen prioridad. Como se mencionó, es importante mantener las actividades preventivas para no perder impulso y enfrentar una afluencia de problemas nuevos o que empeoran potencialmente evitables, o diagnósticos perdidos una vez que la situación vuelva a la normalidad. Esto se ha demostrado en el área del cáncer, donde el diagnóstico temprano es crítico y la pandemia ha causado retrasos significativos en la detección, el diagnóstico y el tratamiento; en Europa, se estima que no se realizaron 100 millones de pruebas de detección del cáncer como resultado de la pandemia.³¹

En el caso de las pruebas de detección de alcohol, el uso de cuestionarios como AUDIT-C permite la administración en línea o por teléfono cuando no está disponible cara a cara. En cuanto a la validez de utilizar estas herramientas de esta forma, se han realizado algunas investigaciones que demuestran su validez como herramienta en línea y autoadministrada en algunas poblaciones.³² Sin embargo, se necesita más investigación para identificar los problemas clave relacionados con la detección del consumo de alcohol realizada por un profesional de la salud en línea o por teléfono, y su efectividad.

Algunas cuestiones clave se relacionan con las habilidades de los profesionales para utilizar la tecnología y realizar intervenciones en línea (como se mencionó anteriormente en 'Equipar a los profesionales para que realicen la intervención durante una situación de crisis'), cómo establecer una relación en línea o por teléfono, elegir y / o adaptar el herramienta que se adapte al entorno (p. ej., puede ser más útil utilizar una versión más corta de la herramienta o incluir más consejos preventivos y de autogestión al ofrecer consejos). Algunos grupos, como el Centro Canadiense para la Práctica Efectiva, ofrecen orientación para el manejo de pacientes virtuales y telefónicos e incluyen recomendaciones como el tamizaje con mayor frecuencia y el envío de cuestionarios de tamizaje por correo o correo electrónico, y formas de determinar si una llamada de video o teléfono es más adecuada.³³

31 European Cancer Organisation (2021) Covid-19 & Cancer data intelligence. <https://www.europeancancer.org/timetoact/impact/data-intelligence>

32 Ballester L, Alayo I, Vilagut G, Almenara J, Cebrià A et al, on behalf of the UNIVERSAL Study Group. Validation of an Online Version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for Alcohol Screening in Spanish University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(10):523

33 Centre for Effective Practice. (2021) Enhancing Management of Chronic Conditions using Virtual Care during COVID-19: Telephone and Video. https://tools.cep.health/wp-content/uploads/2021/09/CEP_21-001_VirtualCare_Synchronous_r9-21.pdf?utm_source=link.cep.health&utm_medium=urlshortener&utm_campaign=covid-vc

Centrándose en el bienestar del personal de atención primaria

Los resultados psicológicos para los trabajadores de la salud durante una gran crisis de salud pública están influenciados en gran medida por:

- el nivel de incertidumbre relacionado con la respuesta sanitaria al incidente mayor, en términos del conocimiento existente sobre la naturaleza, el curso, la gestión y el tratamiento de las consecuencias para la salud (enfermedades, lesiones) del incidente mayor, y la disponibilidad y organización de los recursos materiales y humanos necesarios para su gestión
- el nivel de incertidumbre relacionado con la duración y las posibilidades de reaparición del incidente mayor a corto, medio y largo plazo
- el impacto del incidente, el aumento de la carga de trabajo sanitario y los riesgos para la salud resultantes (lesionarse / infectarse, propagar infecciones) en la red social cercana de los trabajadores
- el nivel de capacitación profesional y experiencia del trabajador
- la complejidad de las responsabilidades profesionales más que el ámbito del trabajador
- el nivel de contacto con los pacientes afectados por las consecuencias para la salud (enfermedades, lesiones) del incidente mayor (directo vs. indirecto, número de pacientes atendidos).³⁴

Se espera que la mayoría de los trabajadores de la salud que responden a las consecuencias para la salud de un incidente importante experimenten algunos resultados psicológicos negativos que incluyen angustia psicológica general, estrés, ansiedad y síntomas depresivos, pero un subconjunto mucho más pequeño eventualmente necesitará apoyo especializado en salud mental para los pacientes que se encuentran en situación de emergencia (por ejemplo, trastorno de estrés traumático).

La evaluación psicológica solía implementarse ampliamente después de la exposición a eventos traumáticos, pero la investigación ha cuestionado repetidamente su eficacia y sugirió que incluso podría resultar dañino.³⁵ Las guías más recientes recomiendan no utilizar el interrogatorio psicológico en los afectados de eventos traumáticos o en la población en general.^{36,37} y ofrecer herramientas de primeros auxilios psicológicos que están disponibles de manera amplia y gratuita para diferentes perfiles profesionales de primera línea y también para la población en general.^{38,39,40}

Complementar el paquete de capacitación con un módulo sobre autocuidado psicosocial en trabajadores de atención primaria de salud capacitados durante la pandemia de COVID-19 en Perú fue visto como una contribución valiosa para preservar el bienestar de los trabajadores de salud de primera línea y su capacidad para continuar brindando atención en general, y como valor añadido de la capacitación en particular.

34 Magill E, Siegel Z, Pike KM. (2020). The mental health of frontline health care providers during pandemics: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services*, 71(12), 1260-1269.

35 Rose S, Bisson J, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;3

36 National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-Traumatic Stress Disorder NICE Guideline [NG116]. London: NICE.

37 <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/other-significant-emotional-and-medical-unexplained-somatic-complaints/psychological-debriefing-in-people-exposed-to-a-recent-traumatic-event>

38 https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/ppt.pdf

39 <https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/psychological-first-aid/resources>

40 https://www.ottawapublichealth.ca/en/public-health-topics/resources/Documents/Psychological_FirstAid_HealthCare_COVID-19_Workbook_Final.pdf