Manejo de Casos y Continuidad de Cuidados en Salud Mental

Nicolás Fierro Jordán, TO, MG Salud Pública
Departamento de Salud Mental
SS Aconcagua

ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL MANEJO DE CASOS EN SALUD MENTAL

MÓDULO 1

1. Contenido

- Introducción
- Modelos de Atención Comunitaria.
- Concepto de Continuidad del Cuidado (CC)
- *Manejo de Casos* en Salud Mental
- Severidad en Salud Mental
- Discapacidad y *recovery*
- Estrategias para la Continuidad del Cuidado
- El Gestor de Casos

2. Introducción

- Los procesos de Reforma Psiquiátrica en el mundo provocaron cambios en la organización de los servicios de salud mental.
- El desarrollo de Redes de Servicios Comunitarios plantea desafíos para mantener la atención de las personas en la comunidad.
- La continuidad del cuidado constituye un eje primordial de la atención desde el Modelo Comunitario de Atención.

3. Modelos de Atención Comunitaria

- El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (MCSM) surge a consecuencia de los procesos de reforma que planteaban al menos 4 principios:
  - La superación del manicomio.
  - La zonificación o territorialización.
  - La continuidad de los cuidados.
  - La integración de los tres niveles básicos de atención.

Desviat, M. y Moreno, A. 2012.

3. Modelos de Atención Comunitaria

- Principios de la psiquiatría comunitaria:
  - Integración de los niveles asistenciales.
  - Integración de los cuidados en la atención sanitaria, social y comunitaria.
  - Consideración de la calidad subjetiva de vida del enformo y de las personas del entorno, de sus derechos y autonomía.
  - La organización de la comunidad para la defensa de los derechos.
  - Integración del saber popular.
  - Reconocimiento de la importancia del trabajo intersectorial.

Desviat, M. y Moreno, A. 2012.

3. Modelos de Atención Comunitaria

Desde el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario la salud es entendida como un bien social y la red como una acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.

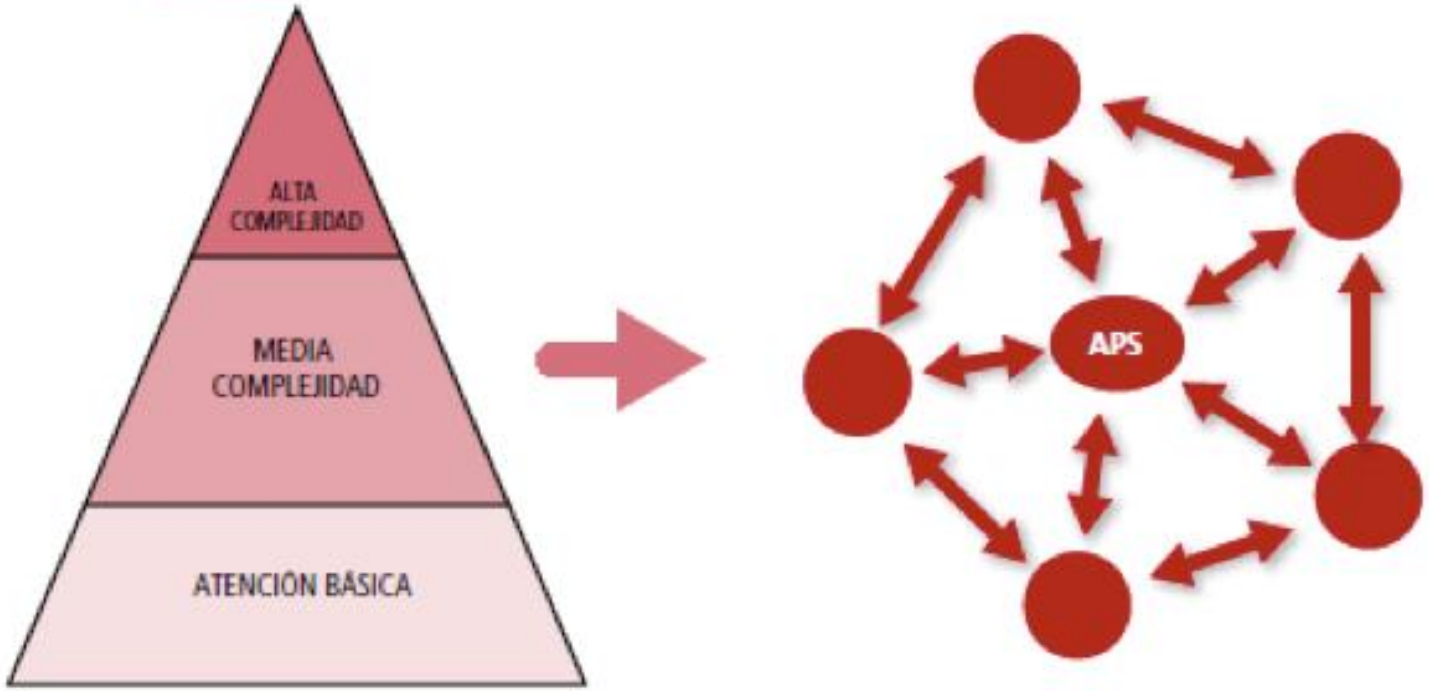
3 principios fundamentales:

- Centrado en las personas.
- Integralidad de la atención.
- Continuidad del cuidado.

Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria.

3. Modelos de Atención Comunitaria

Figura 2: El cambio de los sistemas piramidales y jerárquicos para las redes de atención de salud



Redes de Atención en Salud. OPS.

3. Modelos de Atención Comunitaria

"La descentralización y las reformas de la financiación de la salud son los dos cambios claves que han afectado a los sistemas generales de salud. Estas cuestiones son importantes para la salud mental ya que existe una mayor concienciación sobre la necesidad de adecuar la financiación de los servicios de salud mental y de enfatizar la integración de los servicios de salud mental en los sistemas generales de salud.

OMS, 2005.

3. Modelos de Atención Comunitaria

Respecto a la organización de los servicios:

"Los sistemas de atención sanitaria deben orientarse hacia las necesidades de muchas personas con trastornos mentales crónicos. Estas personas son atendidas de forma inadecuada por un modelo de atención que resalta la importancia de los tratamientos contundentes de los episodios agudos (...) Es mas apropiado un planteamiento asistencial continuo, dirigido a la totalidad de las necesidades del paciente, incluyendo sus necesidades sociales, ocupacionales y psicológicas. "

OMS, 2005.

3. Modelos de Atención Comunitaria

El grado de desarrollo de las redes comunitarias en salud mental puede medirse en relación a distintos criterios:

- Desarrollo de una red de atención basada en servicios comunitarios.
- Atención clínica integral
- Actuar sobre los determinantes sociales de la discapacidad
- Preocupación por necesidades básicas del diario vivir
- Continuidad de los cuidados y atención de las necesidades psicosociales
- Desarrollo de agrupaciones de familiares y usuarios
- Propiciar el desarrollo y funcionamiento de redes comunitarias

4. Severidad en Salud Mental

4. Severidad en Salud Mental

¿Por qué es importante incorporar la noción de severidad en el trabajo clínico?

- Optimiza los recursos asistenciales disponibles.
- Define de la intensidad de las intervenciones requeridas.
- Orienta a los equipos en la búsqueda de las intervenciones más apropiadas para grupos con mayores necesidades.
- Requiere de un mayor nivel de articulación con la red sanitaria e intersectorial.

4. Severidad en Salud Mental

Existen distintas características que definen la severidad en salud mental:

- Gravedad del cuadro clínico.
- Duración prolongada de los síntomas y enfermedad.
- Grado variable de discapacidad y disfunción social.
- Problemática no se reduce sólo a sus signos y síntomas, sino que además afecta a otros aspectos de la vida: funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad.

4. Severidad en Salud Mental

Concepto de Enfermedad Mental Grave y Duradera

"(…)aquellas que padecen síntomas de psicosis funcional (típicamente diagnosticadas como esquizofrenia, trastorno bipolar, pero también otras), y que como consecuencia de su enfermedad padecen discapacidades persistentes."

IMSERSO. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. España, 2007.

4. Severidad en Salud Mental

Severidad

- Relativo a la condición clínica.
- No permanente.
- Más allá del diagnóstico nosológico.

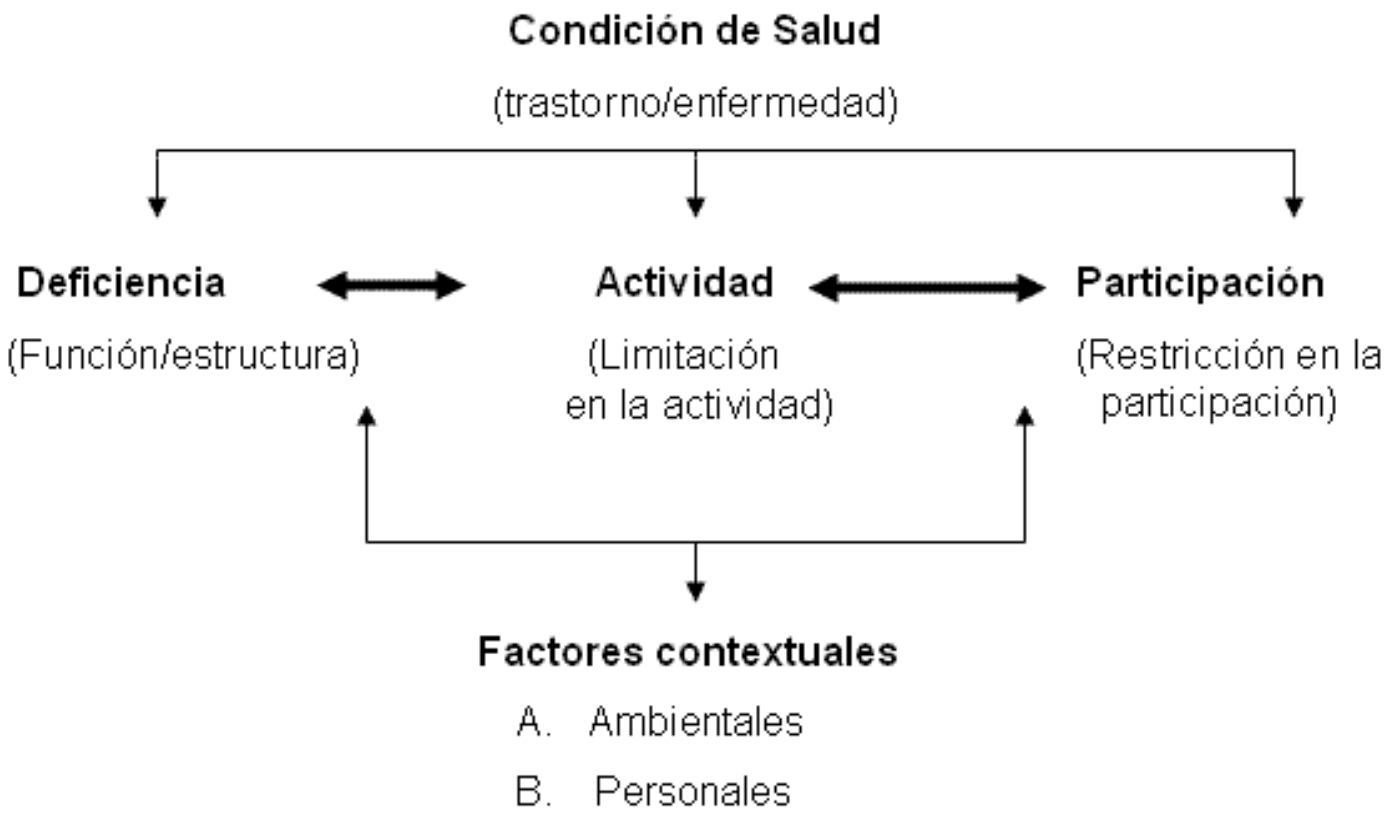
Vulnerabilidad

- Susceptibilidad a enfermar
- Vulnerabilidad frente al entorno

Complejidad

- Compromiso multidimensional del sujeto.
- Operan a nivel individual y social.

5. Discapacidad y Vida Autónoma



5. Discapacidad y Vida Autónoma

Restricciones para la actividad:

- Autocuidado: cuidado de sus hábitos de vida, de la higiene, vestuario y otros elementos que afectan a la salud y a la imagen social.
- Autonomía personal: capacidad de gestionar adecuadamente el dinero, la vivienda, la alimentación y otras actividades de la vida cotidiana.
- Control de la conducta: en situaciones de estrés social o en relación con sus síntomas, pueden comportarse de manera socialmente inapropiada o extraña.
- Capacidad de tener iniciativas y motivación: les es difícil construir y desarrollar un proyecto vital viable, encuentran dificultades para su implicación en los proyectos colectivos.

5. Discapacidad y Vida Autónoma

Restricciones para la participación:

- Relaciones interpersonales: red social pobre, aislamiento
- Acceso a servicios sanitarios, sociales, de atención al ciudadano: debido a razones varias (dificultad de relación social, tratamientos poco motivadores, falta de conciencia de enfermedad, desconocimiento…).
- Dificultades para gestionar su tiempo libre, disfrutar.
- Funcionamiento laboral: encuentran dificultades para acceder al trabajo y para mantenerlo.
- Participación asociativa, política, actividades para la auto-representación y la defensa de sus derechos.

5. Discapacidad y Vida Autónoma

Dependencia

- Condición relacionada a la pérdida de autonomía y la necesidad de apoyo de terceras personas relacionado a dificultades en actividades de la vida diaria, especialmente el autocuidado.
- Relaciona autonomía y dependencia como un único constructo.

Autonomía

- Capacidad percibida para el control, manejo y toma de decisions personales sobre como las personas viven su vida diaria de acuerdo a sus normas y preferencias.

Salvador-Carulla L, Gasca VI. Defining disability, functioning, autonomy and dependency in person-centered medicine and integrated care. International Journal of Integrated Care. 2010;10(5).

5. Discapacidad y Vida Autónoma

- *Recovery*

"(…) supone reconocer a la persona con enfermedad mental como verdadera protagonista "en primera persona" de su proceso terapéutico y de crecimiento personal."

Junta de Andalucía

5. Discapacidad y Vida Autónoma

- *Recovery*

"Una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones aun con las limitaciones causadas por la enfermedad"

Anthony, W.A. 1993.

5. Discapacidad y Vida Autónoma

Recovery

Origen:

- Experiencias de grupos de autoayuda e intervenciones alternativas a la hospitalización.
- Reactivación de los movimientos de antipsiquiatría y antinstitucionales.
- Relevancia de las agrupaciones de usuarios.
- Valoración de lo subjetivo y de las experiencias del enfermar.

Rosillo, M. *et al. 2013*

5. Discapacidad y Vida Autónoma

Recovery

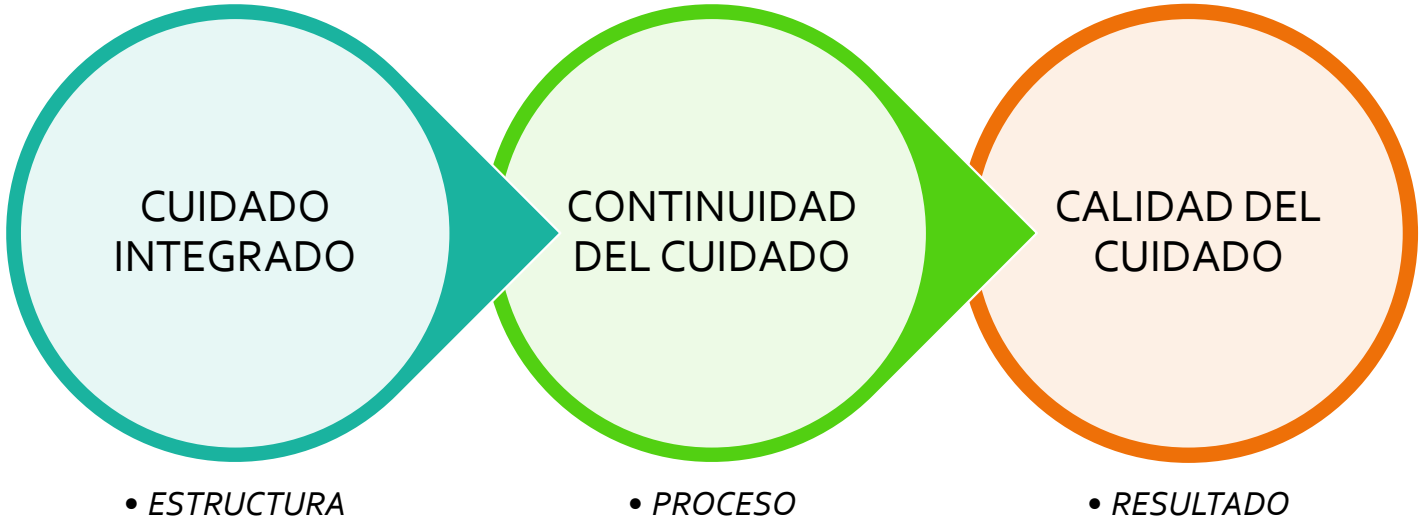
- Existe una mayor preocupación por integrar a la práctica clínica las necesidades subjetivas.
- Servicios centrados en la persona (gestión)
- Desarrollo de procesos terapéuticos flexibles.
- Complejización de las intervenciones.

6. Continuidad del Cuidado en Salud Mental

CONTEXTO ACTUAL EN SALUD

- Las necesidades de salud son diversas y requieren un abordaje compartido.
- Las personas son atendidas por múltiples proveedores de salud.
- No existen intervenciones únicas para un mismo problema de salud.
- La tecnología sanitaria está distribuida en distintos puntos de la red.
- Los servicios sanitarios enfrentan desafíos en torno a la fragmentación asistencial.

6. Continuidad del Cuidado en Salud Mental



Wierdsma *et al.* 2009

Autor	Año	Definición(es) de Continuidad de Cuidado provista(s) en el texto
Bachrach, L	1981	"Proceso que involucra el movimiento sucesivo, ininterrumpido de pacientes entre los diversos elementos del sistema de provisión de servicios"
Bachrach, L	1993	"Proceso dirigido a maximizar el potencial terapéutico del paciente. Enfatiza una aproximación individual del cuidado de acuerdo a ideales de comprensividad, longitudinalidad y relacional como aspectos esenciales de la provisión de servicios."
Fortney, J. et al.	2003	"Caracterización del patrón de utilización de servicios ambulatorios en el tiempo de un individuo."
Haggerty, J. I. et al.	2003	"Coordinación de servicios y estabilidad de la relación paciente-proveedor en el tiempo."
Crawford, M. J. et al.	2004	"Cuidado en el cual: 1. el paciente se mantiene en contacto con los servicios, 2. no hay quiebres en la provisión de servicios, 3. el paciente ve al mismo miembro del equipo, 4. diferentes componentes del sistema de salud y social están coordinados y, 5. la experiencia de los usuarios es fluida e ininterrumpida."
Hautala-Jylha, P. L. et al.	2005	"Continuidad del proveedor, información, lugar y equipo de salud."
Wierdsma A. et al.	2009	"Grado en el que los episodios de tratamiento están vinculados en un todo continuo e initerrumpido, de acuerdo a las necesidades de los pacientes."
Vandyk, A. et al.	2013	"Proceso que es logrado cuando las intervenciones terapéuticas, entregadas durante episodios de cuidados breves, son coherentes y están conectadas a lo largo del tiempo."

Elaboración propia.

6. Continuidad del Cuidado en Salud Mental

"Cuidado de un individuo en el cual los eventos de atención son continuos en el tiempo, varían en intensidad y lugar de acuerdo a las necesidades de atención de las personas y son provistos por un equipo de salud con que la persona mantiene un contacto periódico y el cual posee información documentada del usuario que es compartida con los distintos proveedores de salud involucrados, en el contexto de una red de servicios."

Fierro, N. Elementos constitutivos de la continuidad del cuidado en salud mental. Tesis. Universidad de Chile, 2017.

6. Continuidad del Cuidado en Salud Mental

La Continuidad del Cuidado vs los Programas de CC

Continuidad del cuidado como proceso continuo y permanente.

Está mediada por diversos factores relacionados a la red.

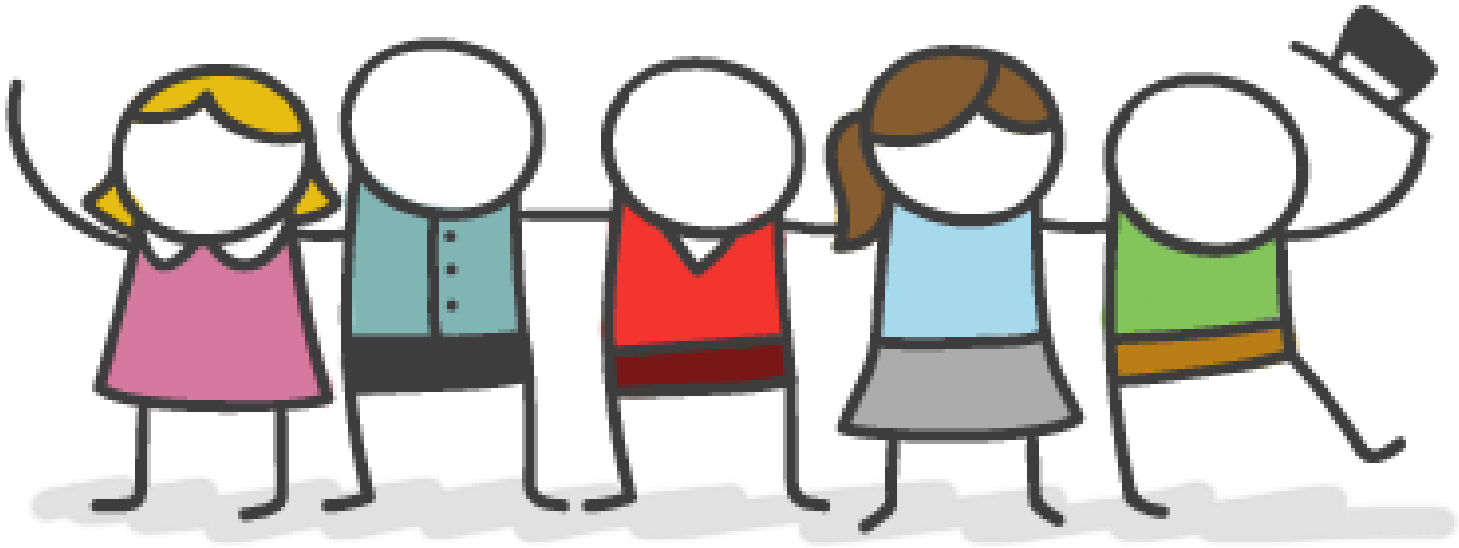
Es un punto intermedio entre la integración del cuidado y la calidad en la atención.

Los programas de continuidad del cuidado, en cambio, son estrategias dirigidas a personas.

Buscan la integración y articulación de los recursos disponibles.

Facilitan la continuidad asistencial.

7. Manejo de Casos



7. Manejo de Casos

- El Manejo de Casos (MC) o *Case Management* surge como una estrategia para facilitar la continuidad del cuidado en personas con enfermedades severas.
- No es una estrategia específica de salud mental.
- No existe una única fórmula, debe desarrollarse de acuerdo al contexto (necesidades, recursos, cultura, etc).
- Exige que el Equipo de Salud Mental esté articulado con otras instancias.

7. Manejo de Casos

Radol Raiff y Shore (1993),

- Es un servicio básico, con un papel fundamental, y no algo secundario.
- No es una versión 'reempaquetada' del trabajo social de caso tradicional.
- Surge como componente fundamental del movimiento de desinstitucionalización, orientado hacia la normalización, que pretende la coordinación de los servicios destinados a aquellas personas que, viviendo en la comunidad, requieren intervenciones complejas de los sistemas de provisión comunitarios.

En Sarabia, A. 2008

7. Manejo de Casos

- El MC corresponde al proceso de planificación, coordinación, gestión y revisión del cuidado de una persona con el objetivo de desarrollar formas de coordinación eficientes y costo-efectivas para mejorar la calidad de vida.

- Describe un amplio número de perspectivas para mejorar la organización y coordinación de los servicios para personas con problemas de salud severos.

7. Manejo de Casos

7. Manejo de Casos

- El MC corresponde al proceso de planificación, coordinación, gestión y revisión del cuidado de una persona con el objetivo de desarrollar formas de coordinación eficientes y costo-efectivas para mejorar la calidad de vida.

- Describe un amplio número de perspectivas para mejorar la organización y coordinación de los servicios para personas con problemas de salud severos.

7. Manejo de Casos

Modelos de Manejo de Casos

1. Modelo Asesor.
2. Modelo de Fortaleza
3. Modelo PACT (*Program for Asertive Community Training*)
4. Modelo Terapéutico.

Sarabia, A. 2007

7. Manejo de Casos

Modelos de Manejo de Casos

1. Modelo Asesor.

- Énfasis en los servicios requeridos por una persona y asegurar su disponibilidad.
- Apoyo reducido, no garantiza acceso real a los servicios.
- Responsabilidad puesta en la persona y su familia.

Sarabia, A. 2007

7. Manejo de Casos

Modelos de Manejo de Casos

2. Modelo de Fortalezas.

- Valora las fortalezas y capacidades individuales y promueve el éxito.
- Intenta asegurar la disponibilidad de recursos requeridos por una persona.
- Concibe a la comunidad como una red de recursos útiles.
- Es una forma de ayuda personalizada para vincular a las personas con los recursos del entorno y proveer apoyo para alcanzar metas personales.

Sarabia, A. 2007

7. Manejo de Casos

Modelos de Manejo de Casos

3. Modelo Asertivo.

- Combina un enfoque clínico y de gestión de casos para apoyar asistencia sobre los síntomas y apoyar a la persona en sus necesidades básicas.
- Promueve el funcionamiento social, familiar e instrumental.
- Transfiere conocimiento a la persona y su familia para el manejo de la enfermedad y promover el manejo en la comunidad.
- Contempla la presencia de un equipo dedicado a un número reducido de personas, con intervenciones en la comunidad y apoyo individualizado para cada persona.

Sarabia, A. 2007

7. Manejo de Casos

Modelos de Manejo de Casos

4. Modelo Terapéutico.

- Los servicios se organizan de acuerdo a las metas y necesidades de la persona, más que a metas preestablecidas.
- Es flexible para adecuarse a las necesidades individuales.
- Pone énfasis en que las personas encuentren satirsfacción en el entorno de acuerdo a sus elecciones, con mínima intrusión profesional
- Integra, además de fortalezas, los déficits presentes que actúan como barreras para las personas e interviene sobre ellas.

Sarabia, A. 2007

Modelo Asesor	• Requiere conocer recursos disponibles. • Apoyo mínimo.
Modelo de Fortalezas	• Provee apoyo para vincular a las personas. • Asegurar los recursos disponibles. • Requiere competencias para adecuar apoyo de acuerdo a fortalezas individuales.
Modelo Asertivo	• Integra acciones clínicas y de GC. • Apoyo intensivo en el entorno de la persona. • Contempla la existencia de un equipo.
Modelo Terapéutico	• Trabaja sobre fortalezas y déficits. • Rol terapéutico/gestión simultáneo. • Busca flexibilizar la atención de acuerdo a las necesidades individuales.

7. Rol del Gestor Terapéutico

El **gestor terapéutico** es el profesional del equipo asignado para ser el principal interlocutor/a con la persona y su familia.

Acompaña desde el ingreso y durante todo el proceso de atención de la persona en el nodo, siendo parte de la devolución del proceso diagnóstico, de la elaboración del PCI (en base a propuesta de equipo y consensuada con la persona usuaria) y del plan de egreso.

Mantiene un contacto permanente con la persona, su familia o red de apoyo, lo que facilita el vínculo de esta con el equipo. Permite un adecuado **seguimiento del Plan de Cuidados Integrales**, coordinando la realización y cumplimiento de todas las acciones y objetivos propuestos en este.

MINSAL. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. 2018

7. Rol del Gestor Terapéutico

Actividades desarrolladas por el gestor terapéutico:

- Apoyo, acompañamiento y asesoramiento a la persona, familia y/o red.
- Seguimiento de adherencia al tratamiento.
- Detectar y anticiparse ante situaciones de crisis.
- Orientación a actividades grupales contempladas en el PTI.
- Entrevistas con la familia y otras personas relacionadas, según pertinencia.
- Coordinación con otros nodos para la derivación asistida.

MINSAL. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. EN EDICIÓN.

7. Rol del Gestor Terapéutico

Perfil profesional del Gestor Terapéutico (de casos)

- Conocimiento de la red asistencial local, programas, requisitos de acceso y otros.
- Capacidad para valorar de forma permanente las necesidades de las personas.
- Capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa.
- Habilidad para la toma de decisionales.
- Confidencialidad de los procesos terapéuticos.
- Capacidad para establecer vínculos de confianza y apoyo con las personas y sus familias.

Sarabia, A. 2007

7. Conclusiones

- La CC abarca distintos elementos de la provisión de servicios y es un elemento transversal al desarrollo de las redes sanitarias.
- Las nociones de severidad y discapacidad, han trascendido en el desarrollo de modelos que buscan abordar la multidimensionalidad de la enfermedad mental.
- El manejo de casos es una estrategia que adopta distintas formas y es una manera de favorecer la continuidad asistencial.
- El rol del gestor terapéutico emerge como una figura relevante para articular la continuidad de los procesos terapéuticos de una persona.

9. Trabajo Grupal

Discuta sobre el Modelo de Gestión de Casos más apropiado a su realidad y defina obstáculos y facilitadores para su implementación.