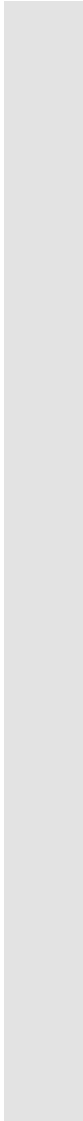


Manejo de Casos y Continuidad de Cuidados en Salud Mental

Nicolás Fierro Jordán, TO, MG Salud Pública

Departamento de Salud Mental

SS Aconcagua



IMPLEMENTACIÓN DEL MANEJO DE CASOS Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN I MÓDULO 3

1. Contenido

- Relevancia del tratamiento psicosocial en SM.
- Acompañamiento terapéutico.
- Gestión de casos tradicional.
- Asistencia personal o trabajador de apoyo.
- Intervención en tiempo crítico.

Severidad en Salud
Mental.

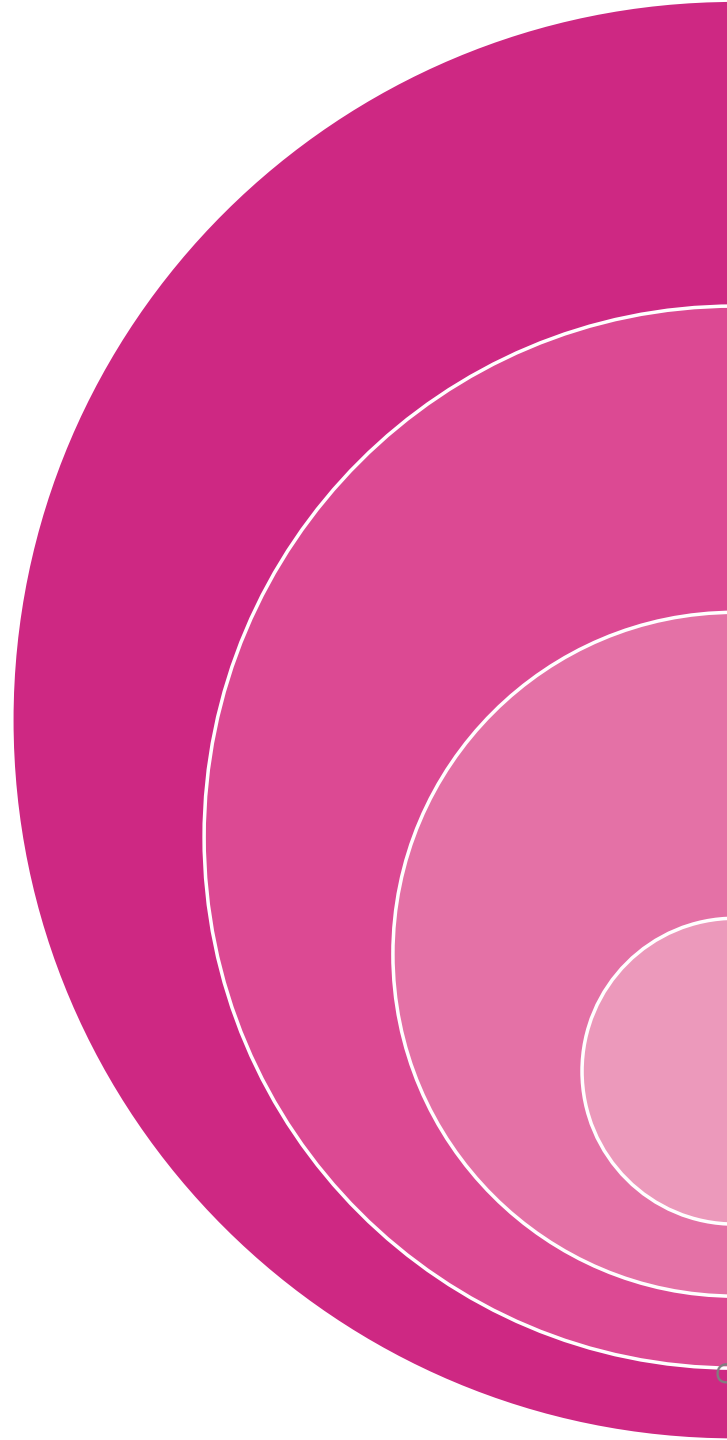
Continuidad del
Cuidado como proceso
intermedio.

Estrategias para
promover la
continuidad del
cuidado implican
distintas acciones.

El Manejo de Casos
como un conjunto de
estrategias.

El problema de la
adherencia y las
estrategias
motivacionales.

2. Repaso de Contenidos



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.

3. Algunas preguntas fundamentales

- ¿Qué entendemos como psicosocial?
- ¿Qué espacio tiene la intervención psicosocial y comunitaria dentro del quehacer de nuestro centro de salud?
- ¿Cuáles son las intervenciones psicosociales que desarrollamos como equipo?

4. La relevancia de lo psicosocial

- Distintas revisiones recomiendan una combinación de tratamientos farmacológicos y psicosociales en el abordaje de trastornos mentales.
- Los tratamientos biológicos son insuficientes por sí solos.
- Las intervenciones psicosociales permiten una mejor recuperación y calidad de vida.
- Existe recomendación de tratamiento psicosocial en guías clínicas de enfermedades como esquizofrenia, aunque implementación es relativamente escasa.

Alvarado, R. *et al.* 2015

4. La relevancia de lo psicosocial

Tratamientos proporcionados por los equipos de salud mental en Chile:

- Tratamiento fcos 86%
- Psicoeducación en familias 50%
- Intervención comunitaria o laboral 15%

Alvarado, R. *et al.* 2015

4. La relevancia de lo psicosocial

¿Cómo estamos nosotros en este punto?

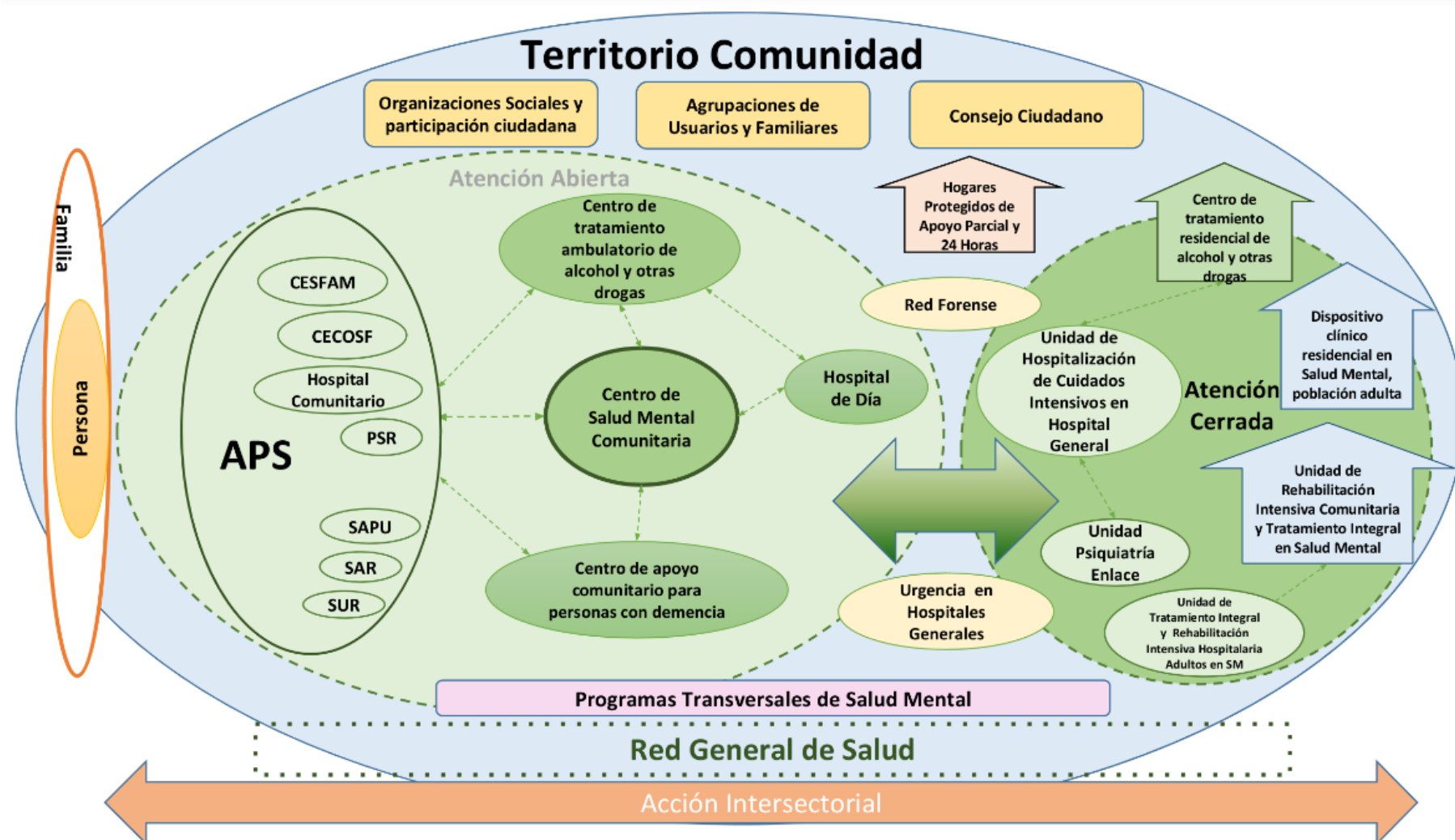
¿Qué estrategias psicosociales se desarrollan?

¿Qué estrategias podrían mejorarse o implementarse?

4. La relevancia de lo psicosocial

- En determinadas poblaciones, especialmente aquellas con un mayor grado de discapacidad o severidad, se han diseñado intervenciones psicosociales intensivas.
- Ejemplos:
 - Acompañamiento comunitario.
 - Tratamiento asertivo comunitario.
 - Gestión de casos.
 - Modelo de asistencia personal.
 - Intervención en tiempo crítico.
 - Equipos de Resolución de Crisis.

5. Modelos de apoyo intensivo



5. Modelos de apoyo intensivo



5.1. Acompañamiento Terapéutico

- El Acompañamiento Terapéutico (AT) surge como una respuesta de los procesos de desinstitucionalización que enfatizan la posibilidad de las personas de tomar decisiones sobre su inclusión social.
- Constituye una estrategia general para apoyar la inclusión social.
- Involucra distintas estrategias relacionadas a asistir y colaborar con la persona en el establecimiento de vínculos con otros recursos de apoyo.
- No es un tratamiento en sí mismo, sino parte de un plan integral.
- Puede ser desarrollado por agentes externos a salud.

5.1. Acompañamiento Terapéutico

- Algunos objetivos del AT:
 - Favorecer la continuidad del tratamiento o posibilitar el inicio del tratamiento adecuado.
 - Favorecer la inserción social.
 - Proporcionar información acerca del curso del tratamiento y la evolución paciente al equipo, revisa estrategias respecto a su tratamiento.
 - Sostener y complementar la red de apoyo del paciente.
 - Proporcionar nuevos recursos para conducirse en su vida cotidiana.
 - Prevenir situaciones de riesgo.

Seguí, G. 2013.

5.1. Acompañamiento Terapéutico

“Dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o privados, individual o grupal, promoviendo la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social”

Mauer y Resnizky (2004)

5.1. Acompanhamento Terapêutico

Experiencia de Brasil:

- Ligada al desarrollo del modelo de comunidad terapéutica y como una extensión del trabajo intrahospitalario.
- Aparece como una práctica sociocomunitaria con funciones de rehabilitación en el escenario cotidiano del sujeto.
- Se ha instalado como una alternativa de apoyo para distintas poblaciones.
- Existe un fuerte interés por desarrollar un cuerpo teórico.



5.1. Acompañamiento Terapéutico

“Dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o privados, individual o grupal, promoviendo la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social”

Mauer y Resnizky (2004)

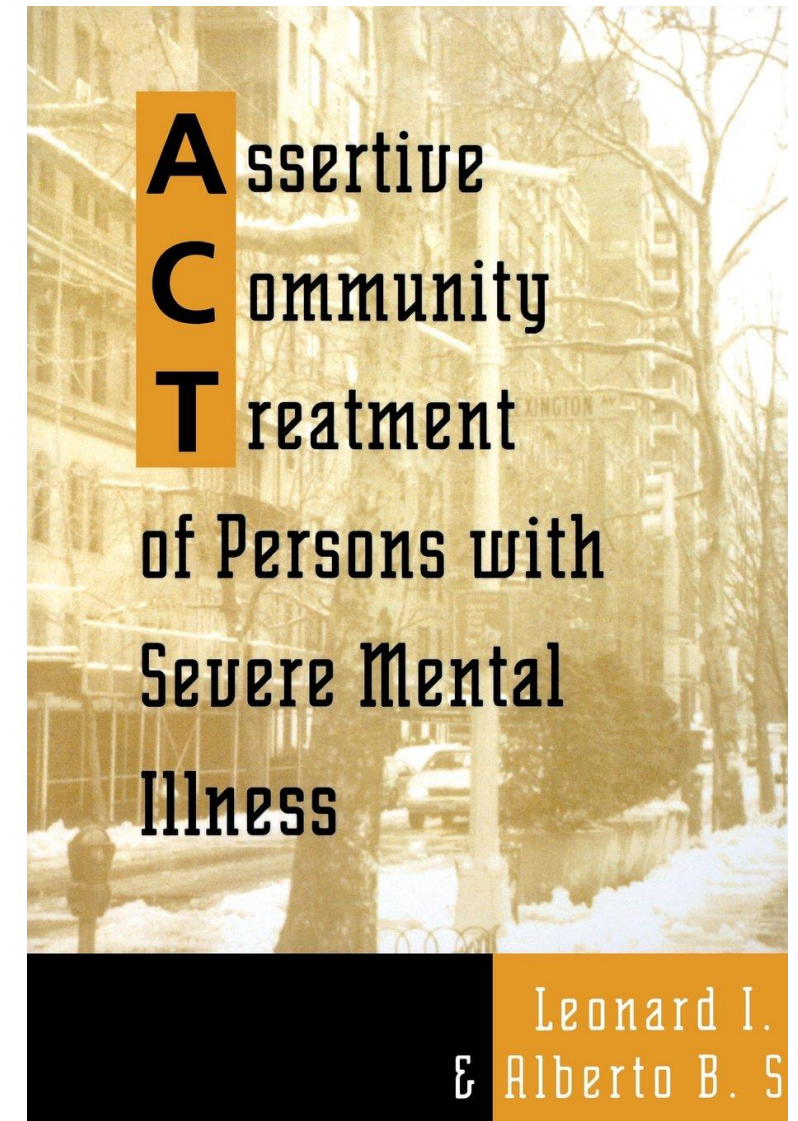
5.2. Tratamiento Asertivo Comunitario

- Desarrollado en los años 70 en Estados Unidos, llamado inicialmente “Entrenamiento para la vida en la comunidad”.
- La asertividad tiene relación con que la persona participe activamente de su tratamiento y es una modalidad en que los equipos entregan apoyo sin que la persona necesariamente lo solicite.
- Tiene un enfoque principalmente clínico y se desarrolla a partir de equipos que trasladan la atención de la persona a su entorno próximo.
- Principal objetivo de su desarrollo fue la reducción de las tasas de rehospitalización presentes en personas egresadas de los hospitales (Test & Stein, 1976)

5.2. Tratamiento Asertivo Comunitario

Características iniciales del TAC (Test & Stein, 1976)

- Centrado en desarrollar habilidades para la vida en la comunidad.
- Trabaja en el entorno del usuario.
- Combina asertividad, con técnicas de aprendizaje social.
- Equipos con competencias específicas además de clínicas.



5.2. Tratamiento Asertivo Comunitario

Ingredientes críticos del TAC (Bond & Drake, 2015)

- Perspectiva holística.
- Modelo de atención directa.
- Integración distintos servicios.
- Proporción de pacientes baja.
- Cobertura continua.
- A largo plazo.



5.2. Tratamiento Asertivo Comunitario

Actividades desarrolladas:

- Manejo de la medicación.
- Apoyo a las actividades de la vida diaria.
- Intervención familiar.
- Alojamiento y apoyo residencial.
- Apoyo psicológico.
- Intervenciones ocupacionales.
- Apoyo al tiempo libre.

5.2. Tratamiento Asertivo Comunitario

Actividades desarrolladas:

- Manejo de la medicación.
- Apoyo a las actividades de la vida diaria.
- Intervención familiar.
- Alojamiento y apoyo residencial.
- Apoyo psicológico.
- Intervenciones ocupacionales.
- Apoyo al tiempo libre.

Tratamiento Asertivo Comunitario versus Acompañamie nto Terapéutico

	TAC	AC
Objetivo	Autonomía, evitar hospitalización	Autonomía, desarrollo del vínculo y red social
Lugar	Entorno comunitario	Entorno comunitario
Marco teórico	Cognitivo-Conductual	Analítico, sistémico
Metodología	Directiva-Asertiva	No directiva
Equipo	Multidisciplinar	Interdisciplinar
Profesionales	Sanitarios-Sociales	Sociales
Ratio	1:10-20 ptes	1:6-8
Duración	No definida	No definida
Objeto intervención	Usuario-Familia	Usuario-Familia

5.3. Gestión de Casos Tradicional

- La Gestión de Casos (GC) Tradicional o *case management* , surge en EEUU en respuesta a la fragmentación de los servicios asistenciales.
- En un inicio se plantea como un piloto para mejorar la coordinación de los servicios sanitarios, educativos y sociales a nivel local.
- Se plantea como un servicio básico y se desarrolla como parte de los procesos de desinstitucionalización y la complejización del tratamiento comunitario.

Sarabia, A. 2007

5.3. Gestión de Casos Tradicional

Principios:

- *Continuidad de cuidados por asignación.*
- *Utilización de la relación con el "manager" como un elemento fundamental de aprendizaje y tratamiento.*
- *Determinación del grado de apoyo y de las estructuras necesarias.*
- *Flexibilidad en la frecuencia, la duración y el lugar de los contactos con el paciente.*
- *Facilitación del desarrollo de recursos propios por parte del paciente.*

5.3. Gestión de Casos Tradicional

La experiencia de Canadá:



5.3. Gestión de Casos Tradicional

La experiencia de Canadá:

- La GC como estrategia general de integración de servicios de salud.
- Se ha hecho extensiva no sólo a salud mental, sino a cuidados domiciliarios y cuidados paliativos.
- Plantea 6 estándares:
Identificación del cliente, evaluación, planificación, implementación, evaluación y transición.

5.4. Modelo de Asistencia Personal

- Es una herramienta de apoyo ocasional o permanente para personas con discapacidad que facilita la vida independiente.
- Se relaciona con los movimientos de Vida Independiente y los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Su principal característica es que el usuario puede decidir el nivel de soporte que desea de parte del Asistente Personal en distintas áreas como el cuidado personal, tareas del hogar, apoyo en la escuela, universidad o trabajo, conducción, interpretación, entre otras.
- Existen experiencias en Escandinavia que utilizan este modelo en salud mental como parte de los Servicios Sociales.

5.5. Intervención en Tiempo Crítico

- Diseñada como una forma de prevenir que las personas vivieran en situación de calle una vez egresadas de una hospitalización.
- Se le llama tiempo crítico al momento entre el egreso y la vida en la comunidad.
- Requiere un apoyo especial para asegurar la continuidad de los cuidados y, finalmente, mejores resultados clínicos y psicosociales.

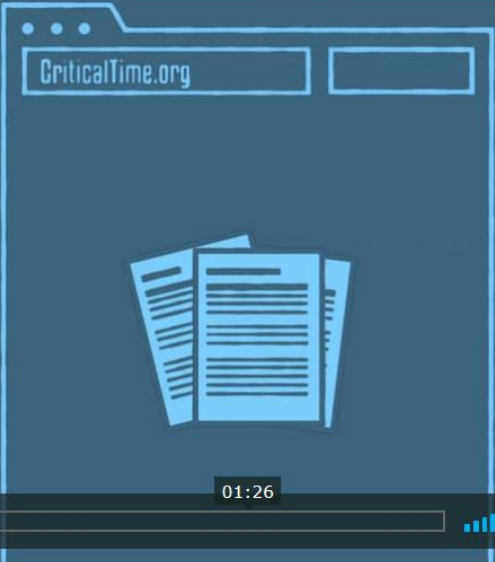
Valencia E, Susser E, Torres E, Felix A, Conover S. *Critical Time Intervention for Homeless Mentally ill Individuals in Transition from Shelter to Community Living*. In: Breakey W and Thompson J (eds). *Mentally Ill and Homeless: Special Programs for Special Needs*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers: 1997. Pp. 75-94.

criticaltime.org

 Center for the Advancement of
Critical Time Intervention

SILBERMAN SCHOOL
of SOCIAL WORK
HUNTER COLLEGE | CUNY

HOME GLOBAL NETWORK CTI MODEL TRAINING & CONSULTATION NEWS PUBLICATIONS ABOUT US

 CriticalTime.org

02:17 01:26 vimeo

Critical Time Intervention
helps vulnerable people
during times of transition in
their lives by strengthening
their network of support in the
community.

[Learn more about CTI >](#)

Latest Network News

CTI Spotlight: Rhonda Herndon and Sonja



Join the Global Network

5.5. Intervención en Tiempo Crítico

Objetivos:

- Vincular a las personas con problemas de salud mental a redes de apoyo formal.
- Atender las necesidades y obstáculos para la recuperación de las personas.
- Asegurar la continuidad de la atención y el vínculo con los servicios de salud.
- Promover la autonomía de la persona.

5.5. Intervención en Tiempo Crítico

Características:

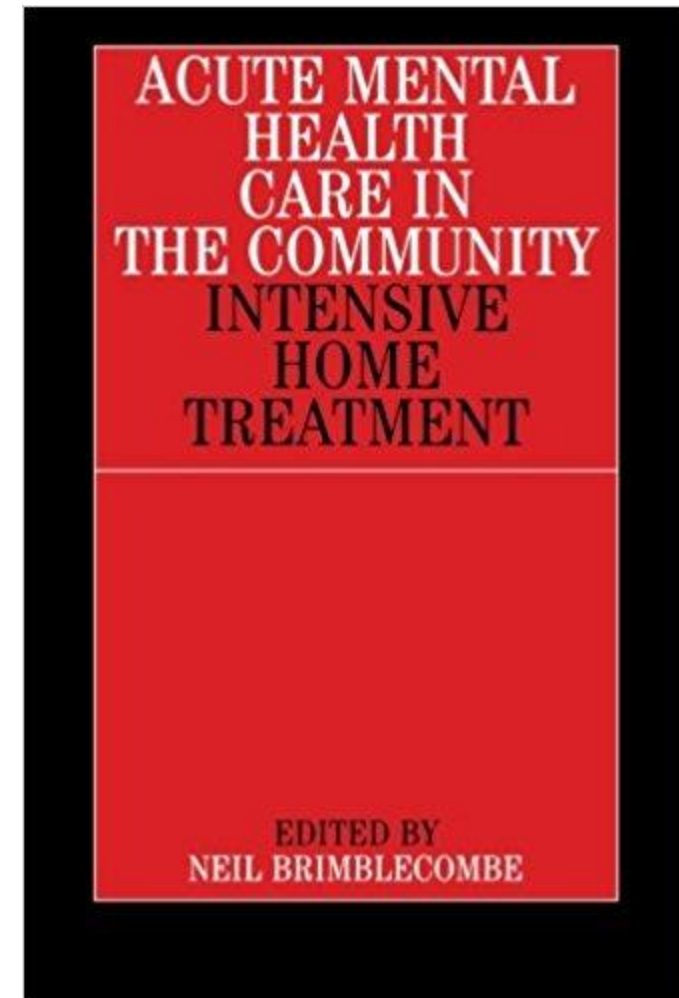
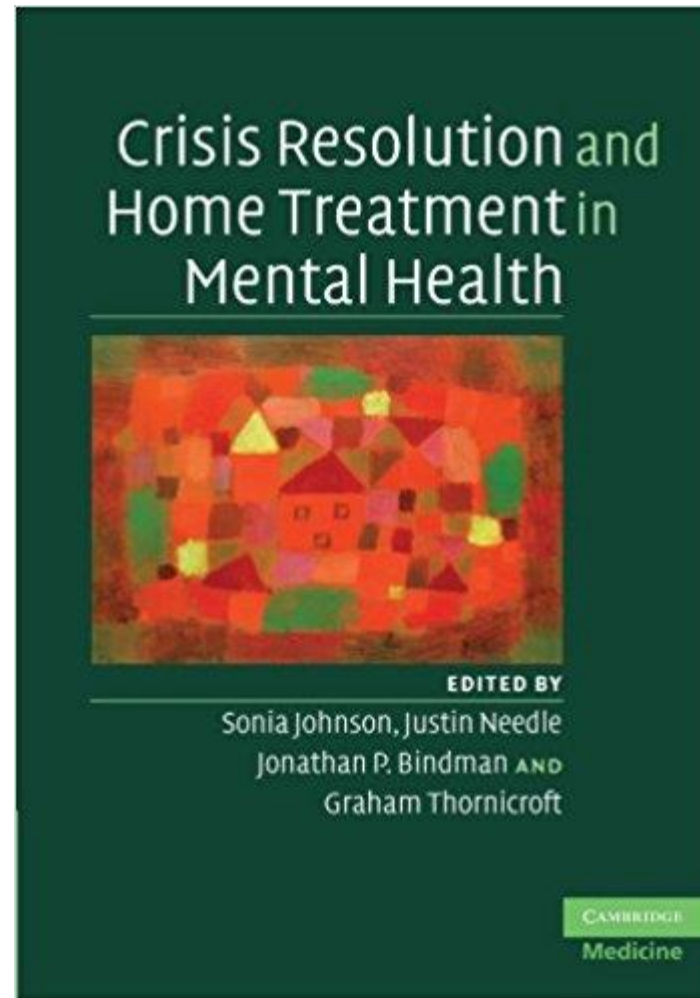
- Desarrollado por trabajadores comunitarios de salud mental no profesionales.
- Se implementa en fases con una retirada progresiva del apoyo.
- Evita que el trabajador comunitario sea la principal fuente de apoyo de la persona.
- Interviene con el usuario, familia, redes y servicios de apoyo de la comunidad.

5.5. Intervención en Tiempo Crítico

Fases para la implementación:

1. Iniciación: Vínculo con el usuario y redes de apoyo significativas, elaboración del plan.
2. Probando el plan: Evaluación del plan, incorporación de otros apoyos, plan de preparación en crisis.
3. Delegación de funciones: cierre del proceso, otros apoyos funcionando, monitoreo desde fuera.

5.6. Equipos de Intervención en Crisis



5.6. Equipos de Intervención en Crisis

- La **emergencia** se refiere a situación de riesgo inminente que se relaciona directamente a una enfermedad y requiere abordaje médico inmediato (p. ej. un intento suicida)
- La **crisis** corresponde a una respuesta frente a eventos que generen estrés psicosocial y puede generar una emergencia si no es abordada de forma apropiada (p. ej. el aumento de la ideación suicida a consecuencia de un evento vital)

5.6. Equipos de Intervención en Crisis

- Hospitalización es riesgosa para las personas.
- Abordar las crisis en la comunidad permite desarrollar habilidades de afrontamiento para el futuro.
- La intervención domiciliaria promueve la actuación de la familia frente a las crisis y el mejor cuidado de la persona.
- Las relaciones terapéuticas en contexto de crisis son distintas entre los profesionales y los pacientes.

Wheeler et al. BMC Psychiatry (2015) 15:24
DOI 10.1186/s12988-015-0441-x



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review

Claire Wheeler¹, Brynmor Lloyd-Evans^{1*}, Alasdair Churchard¹, Caroline Fitzgerald¹, Kate Fullerton¹, Liberty Mosse¹, Bethan Paterson¹, Clementina Galli Zugaro² and Sonia Johnson¹

Abstract

Background: Crisis Resolution Teams (CRTs) aim to offer an alternative to hospital admission during mental health crises, providing rapid assessment, home treatment, and facilitation of early discharge from hospital. CRTs were implemented nationally in England following the NHS Plan of 2000. Single centre studies suggest CRTs can reduce hospital admissions and increase service users' satisfaction; however, there is also evidence that model implementation and outcomes vary considerably. Evidence on crucial characteristics of effective CRTs is needed to allow team functioning to be optimised. This review aims to establish what evidence, if any, is available regarding the characteristics of effective and acceptable CRTs.

Methods: A systematic review was conducted. MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL and Web of Science were searched to November 2013. A further web-based search was conducted for government and expert guidelines on CRTs. We analysed studies separately as: comparing CRTs to Treatment as Usual; comparing two or more CRT models; national or regional surveys of CRT services; qualitative studies of stakeholders' views regarding best practice in CRTs; and guidelines from government and expert organisations regarding CRT service delivery. Quality assessment and narrative synthesis were conducted. Statistical meta-analysis was not feasible due to the variety of design of retrieved studies.

Results: Sixty-nine studies were included. Studies varied in quality and in the composition and activities of the clinical services studied. Quantitative studies suggested that longer opening hours and the presence of a psychiatrist in the team may increase CRTs' ability to prevent hospital admissions. Stakeholders emphasised communication and integration with other local mental health services; provision of treatment at home; and limiting the number of different staff members visiting a service user. Existing guidelines prioritised 24-hour, seven-day-a-week CRT service provision (including psychiatrist and medical prescribers) and high quality of staff training.

Conclusions: We cannot draw confident conclusions about the critical components of CRTs from available quantitative evidence. Clearer definition of the CRT model is required, informed by stakeholders' views and guidelines. Future studies examining the relationship of overall CRT model fidelity to outcomes, or evaluating the impact of key aspects of the CRT model, are desirable.

Trial registration: Prospero CRD42013006415.

Keywords: Crisis resolution team, Home treatment team, Crisis assessment and treatment team, Mental health, Service implementation, Good practice, Systematic review

* Correspondence: billy.evans@nhs.uk
Division of Psychiatry, UCL, London, Charles Bell House, 61-73 Riding House
Square, London W1W 7EL, UK
Full list of author information is available at the end of the article

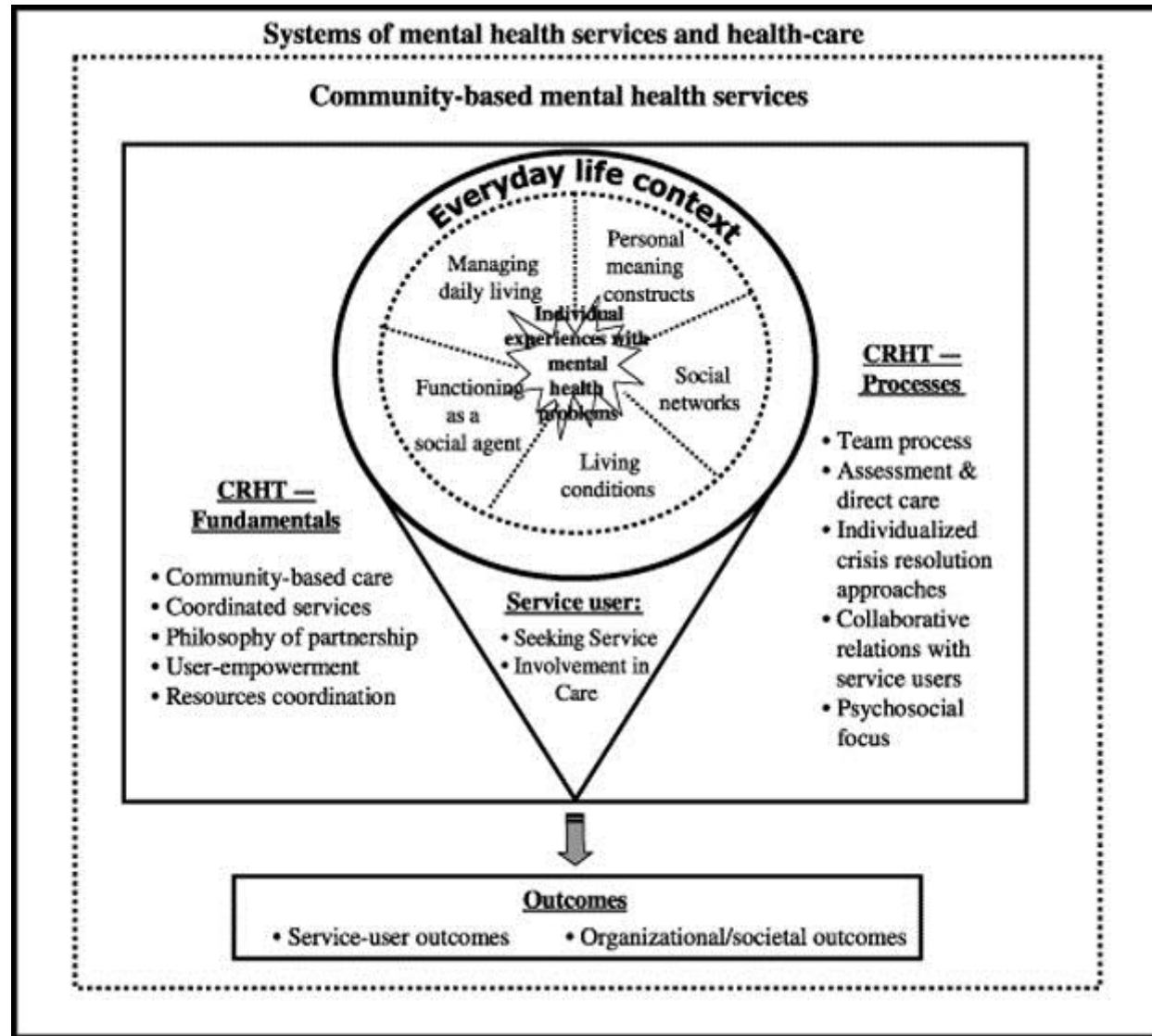


© 2015 Wheeler et al.; licensee BioMed Central. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

5.6. Equipos de Intervención en Crisis

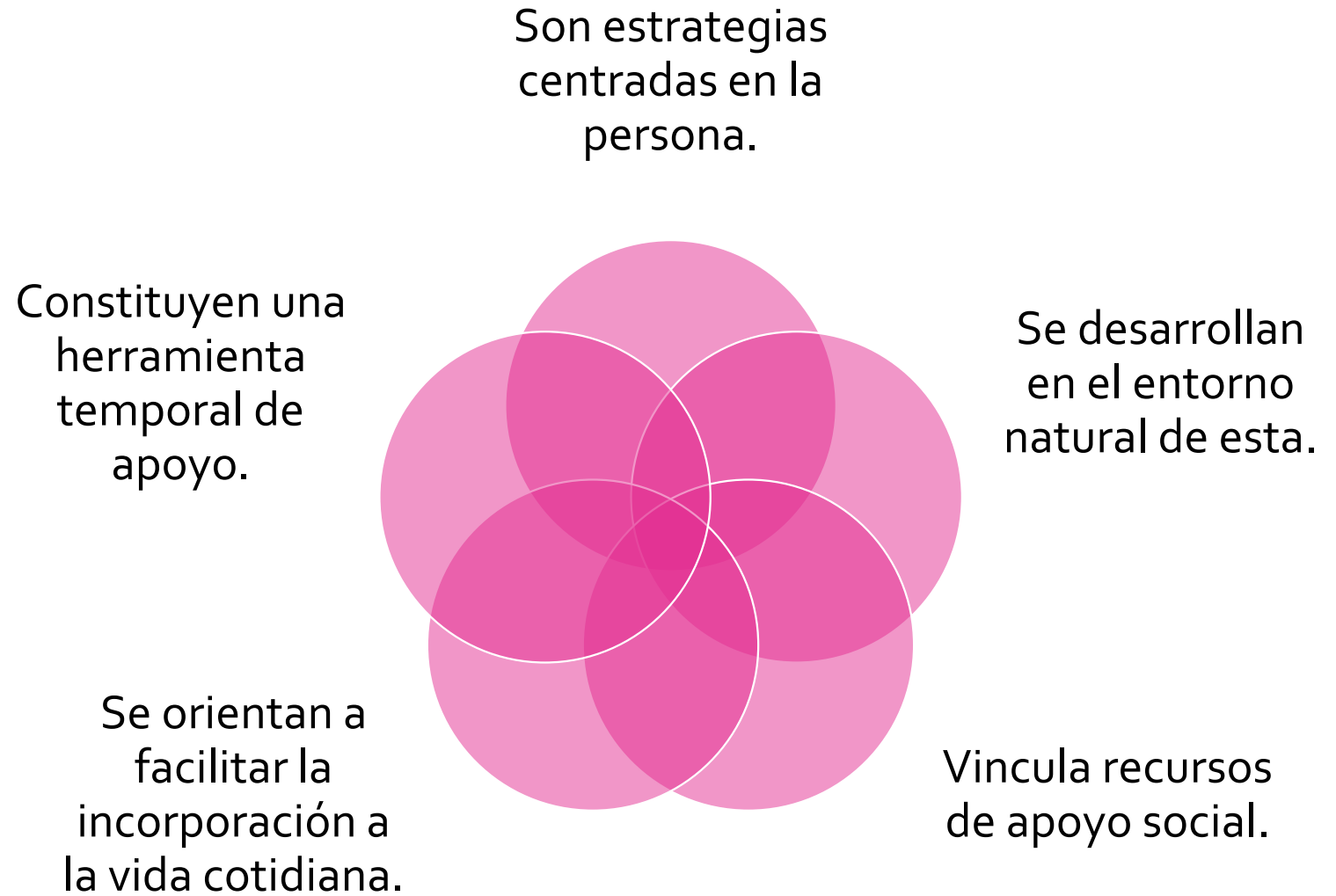
- Organización en torno a equipos interdisciplinarios.
- Disponibilidad del equipo a través de otras vías (acceso telefónico)*
- Respuesta rápida a situaciones de crisis.
- Intervención no superior a 6 semanas.
- Definición clara de población a atender y criterios de exclusión.
- Coordinación permanente con ECSM.
- Coordinación del ingreso a unidades de hospitalización.
- Gestores terapéuticos por paciente.

5.6. Equipos de Intervención en Crisis



Karlsson, Bengt S., Marit Borg, and Hesook Suzie Kim. "From Good Intentions to Real Life: Introducing Crisis Resolution Teams in Norway." *Nursing Inquiry* 15, no. 3 (2008): 206-15.

6. Similitudes presentes



7. Pasos para la implementación de estrategias intensivas

1. ¿A quiénes va dirigido?

- Determinar los usuarios.
 - Regularidad de la atención, acceso a servicios, factores económicos, tasa hospitalizaciones, esquemas de tratamiento, apoyo social presente, etc.
- En general, foco debe estar puesto sobre un grupo que tenga un uso irregular o desproporcionado de servicios sanitarios/sociales.

7. Pasos para la implementación de estrategias intensivas

2. ¿Cómo es la articulación entre servicios?

- Considerar las barreras y facilitadores que están presentes en la red.
- Es importante considerar:
 - Mecanismos formales de integración de la red de salud.
 - Estrategias locales existentes (p. ej. Consejos locales, mesas intersectoriales)
 - Cultura organizacional.
 - Otros recursos disponibles.

7. Pasos para la implementación de estrategias intensivas

3. ¿Cuál es el modelo más apropiado a la realidad local?

- Considerar competencias del equipo.
- Recursos disponibles (RRHH, movilización, horas)
- Enfoques terapéuticos.
- Experiencias previas.
- Integración a un equipo o a la red.

7. Pasos para la implementación de estrategias intensivas

4. ¿Qué competencias debiesen poseer los RRHH?

- No existe un perfil específico.
- Definición de competencias debe hacerse de acuerdo a población, modelo a utilizar, estrategias a implementar.
- Principal aspecto es la capacidad de relacionarse positivamente con la persona.

7. Pasos para la implementación de estrategias intensivas

5. ¿Cómo evaluar su efectividad?

- Definición de indicadores de estructura, proceso y resultado.
 - Estructura: % de RRHH con formación en GC.
 - Proceso: % de personas con PTI actualizado.
 - Resultado: Variación en tasa de hospitalización, consultas de urgencia, satisfacción usuaria.

7. Pasos para la implementación de estrategias intensivas

5. ¿Cómo evaluar su efectividad?

- Indicadores deben cumplir con algunas características:
 - Ser precisos.
 - Factibles de medir.
 - Útiles y relevantes.
- Los indicadores permiten identificar elementos a mejorar y respaldar las acciones realizadas.

7. Pasos para la implementación de estrategias intensivas

5. ¿Cómo evaluar su efectividad?

- Es importante definir indicadores que sean apropiados a las estrategias a implementar.
- Debe existir un método de registro permanente para disponer de información para la evaluación.
- Incorporar enfoques mixtos.
- Considerar causas competitivas.

8. Barreras para la implementación de estrategias intensivas



8. Barreras para la implementación de estrategias intensivas

1. Resistencia al uso de protocolos para la atención clínica y ausencia de investigación.
2. Fortaleza de los vínculos con atención primaria.
3. Capacidad para cambiar y adaptarse por parte de los profesionales.

Mateus, P. *et al.* 2015

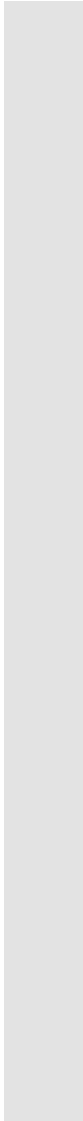
8. Barreras para la implementación de estrategias intensivas

CASE STUDY 8.1. INFORMATION GATHERING PRIOR TO ACCEPTING A REFERRAL

A 35-year-old man, recently arrived in town, was referred by a CMHT member who had seen him only once. The referral stated that he had become suicidal and angry and was hearing voices. According to previous discharge summaries, he had a past history of stabbing someone.

The members of the CRT were apprehensive about going to visit this man because of his anger and history of violence. However, they traced several previous hospitals to which he had been admitted and learned that the stabbing incident had happened many years previously and been repeated from discharge summary to discharge summary, without being described. There was no history of recent violence. A phone call to his mother in another city revealed that the stabbing had happened 15 years before in a fight, in self-defence, and that there had been no subsequent violence. From a phone call to his present partner, the CRT learned that he was angry with the Benefits Agency because of their inability to solve his benefit problems. She also confirmed that no physical violence had occurred in the time they had been together. The CRT then visited. He was happy to see the team, cooperated well with them and displayed no anger towards them.

This story illustrates three important points: first, CRTs should gather as much information as possible before visiting; second, incomplete or even false information can be recorded in case notes and risk assessments and be carried forward without being checked; third, it is important to ascertain the context in which the events occurred.



IMPLEMENTACIÓN DEL MANEJO DE CASOS Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN II

MÓDULO 4

1. Contenido

- Los programas de continuidad de cuidados en España
- Evidencia sobre el tratamiento asertivo comunitario
- Evidencia sobre la efectividad del Manejo de casos intensivos en la comunidad
- Incorporación de Modelos de Continuidad de Cuidados y Gestión de Casos en el entorno local.

2. Programas de CC: La Experiencia de España

- Surgen como Programas de Seguimiento a la Cronicidad en pacientes egresados de Hospitales.
- A partir de los procesos de reforma se plantea que “la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización [...]”

2. Programas de CC: La Experiencia de España

- En general se desarrollan experiencias en base a dos líneas de CC:
 1. Los modelos de Gestión de Casos Tradicionales.
 2. Los programas de tipo Asertivo Comunitario.
 3. Equipos de Apoyo Social Comunitario.
- Existen otros programas similares como los programas de intervención precoz en psicosis y programas psicoterapéuticos en periodo de riesgo (similares al CTI)

2. Programas de CC: La Experiencia de España

- Se han desarrollado experiencias que integran distintas modalidades de intervención en CC organizadas desde los Servicios de Salud Mental.
- Los Programas de Continuidad de Cuidados reflejan un “proceso asistencial longitudinal para pacientes que presentan deterioro, déficits o minusvalías en relación con su enfermedad mental y que requieren, o se prevé que van a requerir, una atención multidisciplinar continuada y/o, el uso simultáneo o sucesivo de varios dispositivos de la red, tanto sanitarios como sociales.”

2. Programas de CC: La Experiencia de España

- Los programas de CC se desarrollan de forma variable en distintas comunidades:
- Modelo Avilés: Utilizan una modalidad de Tratamiento Asertivo Comunitario Parcial a partir del registro de casos graves.
- Experiencia de Madrid: Programas de CC integrados a los servicios de salud mental que trabajan desde la línea del Coordinador Terapéutico que es un profesional de enfermería, T. Social o T. Ocupacional.

2. Programas de CC: La Experiencia de España

Equipos de Apoyo Social Comunitario

- Constituyen una experiencia relativamente reciente destinada a proveer apoyo a la inserción social de personas en su domicilio.
- Trabaja en coordinación con los programas de CC de los Equipos de Salud Mental y los Programas de Rehabilitación.
- Están destinados a personas con mayores dificultades para la integración que requieren mantenerse en el hogar.
- Es un modelo integrativo (asertivo y de acompañamiento)

2. Programas de CC: La Experiencia de España

Equipos de Apoyo Social Comunitario

- Desarrollan un plan de intervención en el entorno comunitario y domicilio de la persona.
- Se implementa en fases con retirada gradual del apoyo, de forma similar a otras estrategias.
- Existencia de un Plan Individualizado de Atención Social y Comunitaria que contempla distintas áreas de intervención.

2. Programas de CC: La Experiencia de España

Domicilio

- Autonomía personal, AVD, relaciones familiares.

Medio Comunitario

- Conocimiento y manejo de recursos comunitarios, habilidades instrumentales.

Familia

- Asesoramiento, apoyo a las familias para resolver problemas, sobrecarga, entre otros.

Vinculación con la red

- Acompañamiento y apoyo.

3. Evidencia Sobre los Programas de CC

- En general la evidencia sobre los programas de CC sustenta la permanencia en el tratamiento y la reducción de las tasas de hospitalización.
- Los programas de MC tradicionales, centrados en la coordinación de recursos, actualmente en discusión versus el tratamiento comunitario estándar.
- Se asocia una mejoría de los síntomas clínicos, aunque en el caso de los programas asertivos se plantea una reducción de la hospitalización más amplia.

3. Evidencia Sobre los Programas de CC

Marshall & Lookwood, 1998

En relación al TAC, proponen que las personas es más probable que permanezcan en contacto con los servicios, con menores probabilidades de ingreso a hospitalización, reducción de los tiempos de estadía y mejores resultados en cuanto a vivienda, empleo y satisfacción de necesidades.

Para el MC Clínico o Tradicional, su revisión encontró que esta modalidad incrementó el número total de hospitalizaciones, pero redujo las tasas de abandono de los servicios de salud mental.

3. Evidencia Sobre los Programas de CC

Ziguras & Stuart, 2000

Esta revisión afirma que tanto el TAC como el MC clínico son efectivos en la reducción de los síntomas, mejorando la función social y satisfacción con los servicios, y disminuyendo las tasas de abandono.

El TAC fue el único que redujo el número de admisiones y la proporción de paciente hospitalizados, a diferencia del MC Clínico que incrementó ambas. Son embargo, para ambos se encontró una reducción de los días de hospitalización.

3. Evidencia Sobre los Programas de CC

Meta-análisis sobre el MC Intensivo (Dieterich, M *et al.* 2017)

- Involucra el TAC y el MC Clínico con una distribución de casos no superior a 20 personas y en una modalidad de alta intensidad.
- Se observa un potencial efecto en la reducción de la hospitalización y mantención de cuidado.
- Globalmente se asocia a una mejora del funcionamiento social.
- Más valorable en personas con una alta tasa de hospitalización.

3. Evidencia Sobre los Programas de CC

Bond & Drake, 2015

Sugieren que la organización de los equipos (apoyo directo y disponibilidad permanente) son más relevantes en cuanto a los resultados que las características del equipo o la cantidad de usuairos.

En general, plantean que principales resultados se asocian a la reducción de la hospitalización y el mantenimiento en la comunidad y que los programas de TAC son más efectivos en pacientes con recurrentes ingresos hospitalarios.

4. Desarrollo de los Sistemas de Atención Comunitarios en Salud Mental:

Paso 1: Salud Mental en atención primaria con soporte de especialistas

- Tamizaje y evaluación por la APS
- Tratamiento “hablado”
- Tratamiento Farmacológico
- Soporte por especialistas limitado.

Paso 2: Equipos de salud mental para población Adulta

- Servicios salud mental ambulatorios
- Equipos de salud mental comunitaria
- Unidades de pacientes agudos en hospital general
- Soporte residencial comunitario
- Ocupación y trabajo

Paso 3: Servicios de salud mental especializados

- Servicios ambulatorios especializados
- Tratamiento Asertivo Comunitario
- Equipo domiciliario resolución de crisis
- Sistema de hospedaje comunitario
- Rehabilitación y trabajo protegido

4. Desarrollo de los Sistemas de Atención Comunitarios en Salud Mental:

- El desarrollo de los sistemas de atención abarca distintos procesos, que van desde la instalación de estrategias universales y de mayor cobertura a estrategias específicas y diversas.
- El desarrollo de estrategias de apoyo intensivo en salud mental requiere una serie de requisitos previos a su instalación como parte de un sistema en red.
- Las estrategias de apoyo intensivo parecen estar mejor integradas al desarrollo de los equipos de especialidad, con un trabajo articulado con el nivel primario de atención.

5. Análisis de la situación en Chile

- Aumento en el número total de dispositivos de salud mental, especialmente en centros de APS con atención de SM, Centros Comunitarios de Salud Mental, y otros.
- Organización de los servicios de salud mental en redes territoriales de los 29 Servicios de Salud.
- Incremento de las Intervenciones Psicosociales (67,4% a 84%) en CMSC.
- Existen diferencias en los RRHH distribuidos en distintos servicios.

WHO – AIMS

World Health Organization

SISTEMA DE SALUD MENTAL DE CHILE

SEGUNDO INFORME

Junio, 2014



5. Análisis de la situación local

¿Existe un escenario favorable para la instalación de estrategias intensivas?

A favor:

- Plan de Salud Mental.
- Desarrollo de Modelos de Gestión de la Red y CSMC.
- Existencia de proyectos de expansión en distintos servicios.
- Salud Mental en el Rediseño de la Red Asistencial.



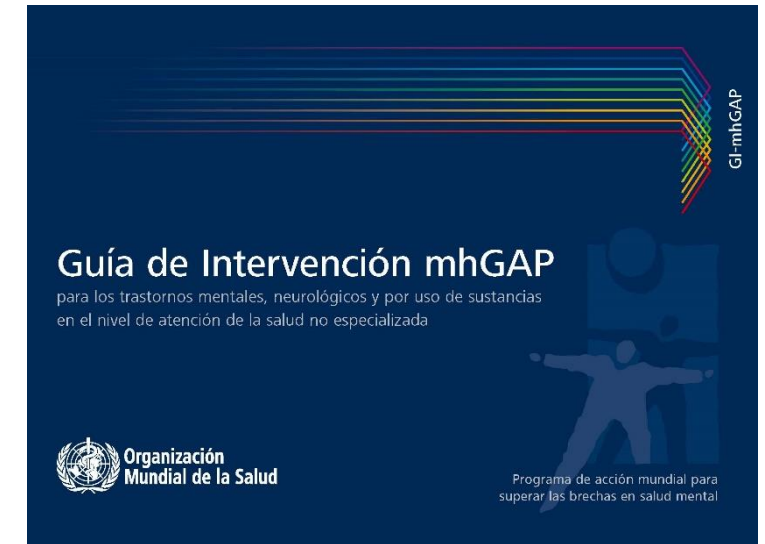
Unidad de Salud Mental
División de Gestión de la Red Asistencial
Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

5. Análisis de la situación local

¿Existe un escenario favorable para la instalación de estrategias intensivas?

En contra:

- Financiamiento.
- Disparidad de competencias técnicas.
- Carga asistencial.
- Brechas no resueltas.
- Soporte comunitario.



Conclusiones Generales