

Abstracts Translations (Spanish)

Assisted Living and Use of Mental Health Services among Medicaid Beneficiaries with Schizophrenia

Vivienda Asistida y Uso de los Servicios de Salud Mental por los Beneficiarios de Medicaid con Diagnóstico de Esquizofrenia

Todd P. Gilmer, David P. Folsom, William Hawthorne, Laurie A. Lindamer, Richard L. Hough, Piedad Garcia, Dilip V. Jeste (USA)

Abstract

Antecedentes: Se ha prestado una atención considerable a la adecuación de los cuidados generales y de salud mental proporcionados a los residentes de ciertos dispositivos especializados de vivienda asistida para personas con trastornos mentales graves. Sin embargo, existen pocas evidencias objetivas relativas al nivel de servicios proporcionados por estos dispositivos en general.

Objetivos del Estudio: comparar el uso de los servicios de salud mental y salud general recibidos por personas que padecen esquizofrenia que residen en algún dispositivo de vivienda asistida con el uso de estos servicios por pacientes independizados o sin hogar.

Métodos: Las reclamaciones a Medicaid se combinaron con los datos acerca de la situación de residencia y el funcionamiento psicológico y social de los sujetos durante el período 1998-2000. Se utilizaron modelos de regresión para analizar si el hecho de vivir en un dispositivo de “comida y cuidado” se relacionaba con el uso de los servicios ambulatorios de salud mental incluyendo los de gestión de casos, terapia, estabilización de crisis, control de la medicación, tratamiento de día y tratamiento de drogas, probabilidad de hospitalización por salud física y costes.

Resultados: Los residentes de dispositivos de “comida y cuidado” usaban en gran medida los servicios ambulatorios de salud mental y el índice de hospitalización psiquiátrica y general era menor. Los costes farmacéuticos y los costes totales de cuidados de salud eran más elevados en los casos de vivienda asistida.

Discusión: Nuestros datos fueron observacionales, y la selección de los procesos relacionados con la gravedad de la enfermedad afectan del mismo modo a la preparación de la vivienda. Nuestro análisis sugiere que la vivienda asistida se relacionaba con un mayor uso de los servicios ambulatorios de salud mental y con un menor índice de hospitalización.

Implicaciones para la Política Sanitaria: los dispositivos de vivienda asistida pueden proporcionar un entorno adecuado para la provisión de servicios ambulatorios de salud mental. Los diseñadores de políticas que estén interesados en reducir la cifra de los “sin hogar” a través de sus intervenciones, deberían considerar la posibilidad de subvencionar estos dispositivos.

Implicaciones para Investigaciones Posteriores: Los estudios de investigación deberían ser diseñados con el objetivo de evaluar las características de los dispositivos de vivienda asistida que conducen a la mejora de la función y los resultados entre los residentes.

Antipsychotic Medication Use Patterns and Associated Costs of Care for Individuals with Schizophrenia

Pautas para el Uso de la Medicación Antipsicótica y Costes Asociados al Cuidado de Individuos que padecen Esquizofrenia

Danielle L. Loosbrock, Zhongyun Zhao, Bryan M. Johnstone, Lisa Stockwell Morris (USA)

Abstract

Antecedentes: La esquizofrenia es un trastorno costoso y difícil de tratar. Se han desarrollado diversas directrices para el tratamiento de la esquizofrenia con el fin de proporcionar un asesoramiento experto y valioso a psiquiatras clínicos acerca de varias opciones de tratamiento que, supuestamente, darán los mejores resultados. Sin embargo, el examen de los modelos de uso de la medicación antipsicótica sugiere que la práctica actual de prescripción no siguen las directrices de tratamiento recomendadas y pueden tener consecuencias económicas adversas.

Objetivo del Estudio: Este estudio trata de describir las directrices de tratamiento de la medicación antipsicótica y estimar el total de costes de cuidado asociados a las pautas de tratamiento para individuos con un diagnóstico de esquizofrenia en contextos de cuidado habituales.

Métodos: El uso de medicación ambulatoria antipsicótica y de otros servicios de salud durante 1997 se obtuvo de un total de 2.082 individuos con un diagnóstico de esquizofrenia incluidos en la base de datos de reclamaciones de empresarios del IMS Health LifeLink™. Se describen las pautas de tratamiento antipsicótico ambulatorio, se hace una estimación de los costes del cuidado de la esquizofrenia por pautas de tratamiento y se comparan los costes por pautas de tratamiento utilizando modelos de regresión.

Resultados: Durante 1997, un 26% (n = 536) de los individuos con un diagnóstico de esquizofrenia, recibieron medicación no-antipsicótica en el entorno ambulatorio, mientras que un 52% (n = 1.088) fueron tratados únicamente con un antipsicótico (*Monoterapia*). Para los individuos que recibieron más de un antipsicótico durante 1997 (n = 458), el 13% (n = 262) cambiaron de medicación antipsicótica, un 7% (n = 154) aumentaron la terapia antipsicótica original con un antipsicótico adicional, y un 2% (n = 42) de los individuos recibían más de una terapia antipsicótica al comienzo del año. Después de ajustar por los covariados, los modelos de *Cambio y Aumento*, se asociaban con un incremento considerable de los costes totales (de 4.706 dólares (p < 0,0001) y de 4.244 dólares (p < 0,0002), respectivamente) relativos a la *Monoterapia*.

Discusión: Estos resultados indican que una proporción sustancial de individuos con un diagnóstico de esquizofrenia no fueron tratados con un diagnóstico de esquizofrenia no fueron tratados o tuvieron una exposición baja a la terapia antipsicótica. Los individuos tratados con monoterapia antipsicótica experimentaron casi la mitad de los costes anuales que los individuos que fueron tratados con politerapia antipsicótica o que cambiaron de medicación antipsicótica. Estas observaciones deberían ser interpretadas teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio.

Implicaciones para el Uso y Provisión de Cuidados Sanitarios: Este análisis indica que puede haber bastante margen para la mejora en el tratamiento de individuos con un diagnóstico de esquizofrenia.

Implicaciones en Políticas Sanitarias: Aunque la esquizofrenia afecta a una parte muy pequeña de la población, la carga individual y social asociada a este trastorno resulta bastante fuerte. Este artículo expone que la monoterapia antipsicótica y la terapia continua, comúnmente recomendadas por las directrices de tratamiento publicadas, pueden asociarse a ahorros económicos.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: Futuras investigaciones deberían evaluar el impacto de la medicación antipsicótica de más reciente generación sobre modelos de cuidado y resultados económicos. Además, se

* Correspondence to: prof. Luis Salvador, Centro de Investigación en Minusvalías, Dept. Psychiatry, University of Cadiz, C/Diego Fernández Herresa, N° 18, 4°C, 11401-Jerez de la Fra, Cádiz, Spain

necesita más información acerca de qué características particulares del paciente son las que con más probabilidad pronostiquen el éxito o el fracaso de tratamientos concretos. Finalmente, una información más detallada sobre las razones o fundamentos para el cambio o aumento de la farmacoterapia original, sería de gran valor para la mejora de la gestión de medicación en estos pacientes tan complejos y a menudo difíciles de tratar.

Closing Service System Gaps for Homeless Clients with a Dual Diagnosis: Integrated Teams and Interagency Cooperation

Cerrando los Huecos del Sistema de Servicios para Clientes Sin Hogar con un Diagnóstico Dual: Equipos Integrados y Cooperación entre Agencias

Robert A. Rosenheck, Sandra G. Resnick
and Joseph P. Morrissey (USA)

Resumen

Antecedentes: Existe una gran preocupación por la fragmentación de la entrega de servicios de salud mental, especialmente para las personas sin hogar con un diagnóstico dual, y un temor de que tal fragmentación afecte de manera negativa al acceso y a los resultados de los servicios.

Objetivos del Estudio: Este estudio trata de proponer dos enfoques alternativos a la integración de servicios de psiquiatría y toxicomanía. Uno de estos enfoques implica un modelo de equipo integrado y el otro una relación de colaboración entre agencias. Se aplica entonces esta conceptualización a una muestra de personas sin hogar con un diagnóstico dual que participaron en la demostración ACCESS.

Métodos: Los resultados longitudinales se obtuvieron a través de una serie de entrevistas en línea de base, durante 3 meses, y 12 meses con clientes sin hogar con un diagnóstico dual (N = 1074) que recibieron servicios de gestión de casos ACT-like a través de la demostración ACCESS. Se realizó una encuesta a gestores de casos de ACCESS para obtener información acerca de: i) la proporción de clientes que recibió servicios de toxicomanía directamente de los equipos de gestión de casos de ACCESS, y la proporción de clientes que recibió servicios por parte de otras agencias; y ii) la calidad de la relación percibida (i.e. comunicación, cooperación y confianza) entre prestadores—tanto dentro de los mismos equipos como entre agencias. El modelo jerárquico lineal se utilizó entonces para examinar la relación entre estos dos factores y el uso y resultados de los servicios con un análisis de modelo mixto de regresión.

Resultados: Se observaron relaciones significativas ($p < .05$) y positivas en 4 de los 20 análisis de la asociación entre uso de servicios y medidas de comunicación, cooperación, y confianza (ya fuera entre equipos o entre agencias) mientras que ninguna significativamente negativa. A los 12 meses, la recepción de una proporción más grande de servicios por parte de otras agencias que no eran del equipo de ACCESS se asoció a menos días sin hogar, y una mayor reducción de síntomas psiquiátricos, contradiciendo así la hipótesis de que el cuidado de un equipo integrado era más efectivo que las colaboraciones entre agencias.

Discusión y Limitaciones: Este estudio amplía el marco conceptual para dirigirse a la fragmentación del sistema de servicios al considerar tanto la integración de un solo equipo como la coordinación entre agencias y al considerar tanto la estructura del programa como la calidad de las relaciones entre prestadores. Los datos extraídos de un estudio de resultados en múltiples lugares multi-site sugerían asociaciones entre percepciones de comunicación, cooperación y medidas de uso de servicios médicos. Sin embargo, la proporción de clientes tratados enteramente dentro de un mismo equipo se asociaba a viviendas más pobres y a consecuencias psiquiátricas. Estos resultados empíricos deben ser considerados ilustrativos en lugar de concluyentes ya que el diseño de estudio fue no-experimental, a que existieron imperfecciones en las medidas disponibles y a que la muestra de gestores de casos era incompleta.

Implicaciones para Políticas Sanitarias: Este estudio sugiere que la fragmentación de servicios para los clientes con diagnóstico dual puede ser reducida a través de una mejora de las interacciones dentro de y entre agencias que proporcionan estos servicios. Mientras que se ha puesto

especial énfasis en el desarrollo de equipos integrados, los enfoques entre agencias no deberían ser excluidos prematuramente.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: La investigación sobre enfoques que reduzcan la fragmentación de servicios se ha centrado o bien en los esfuerzos globales para integrar numerosas agencias en una comunidad o bien en los esfuerzos centrados en desarrollar equipos especializados. Las futuras investigaciones deberían centrarse además en la posibilidad de fomentar relaciones constructivas entre parejas seleccionadas o subconjuntos de agencias. La investigación en esta área se beneficiará también de futuras medidas de desarrollo de integración de equipos y de la comunicación, cooperación y confianza tanto dentro de cómo entre agencias.

How Mental Health Providers Spend their Time: A Survey of 10 Veterans Health Administration Mental Health Services

En Qué Ocupan su Tiempo los Prestadores de Servicios de Salud Mental: Encuesta a 10 Servicios de Salud Mental de una Red de Gestión Sanitaria para Veteranos

Greer Sullivan, Kimberly J. Jinnett, Snigdha Mukherjee,
Kathy L. Henderson (USA)

Resumen

Antecedentes: La distribución del tiempo de los prestadores entre actividades clínicas, administrativas, educativas e investigadoras, puede influir en la satisfacción, productividad y calidad del cuidado de su trabajo. Sin embargo, nuestro conocimiento acerca de lo que determina la distribución del tiempo es escaso.

Objetivos de Este Estudio: Para investigar los factores asociados a la distribución del tiempo, realizamos una encuesta a todos los prestadores de servicios de salud mental en una red de Administración de Salud para Veteranos (ASV, VHA en el original). Nuestra hipótesis consistió en que tanto las características de los dispositivos (afiliación académica, tipo de organización de los servicios, servir como “eje” para el tratamiento de los enfermos mentales graves, el tamaño del dispositivo) y las características individuales de los prestadores (disciplina, tiempo dedicado al trabajo, nombramiento académico) influían en la distribución del tiempo.

Métodos: Los prestadores que cumplían los requisitos para ser encuestados eran psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, ayudantes médicos, enfermeros/as inscritos o autorizados u otros prestadores (técnicos en psicología, terapeutas en adicción, ayudantes de enfermería, técnicos en rehabilitación, animación u ocupacionales) que proporcionaban cuidados en servicios de salud mental. Una breve encuesta autoreportaje se recopiló de todos los prestadores que cumplían los requisitos en diez dispositivos ASV a finales de 1998 (N = 997). Los datos relacionados con las características de los dispositivos se obtuvieron a través de visitas *in situ* y entrevistas con los gerentes. El modelo de multiniveles se utilizó para hacer un examen de los factores asociados con tres variables dependientes: (i) distribución del tiempo total por actividad (clínica, administrativa, educativa, investigadora); (ii) distribución clínica del tiempo por localización del tratamiento (ambulatorio vs. hospitalización); y (iii) distribución clínica del tiempo por tipo de cuidado (mental vs. físico). Los/as Enfermeros/as Autorizados para la Práctica (¿DUEs? En inglés LPNs) sirvieron como grupo de referencia para todos los análisis ya que se suponía que los DUEs pasarían la mayor parte de su tiempo realizando actividades clínicas.

Resultados: En términos generales, los prestadores pasan la mayoría de su tiempo realizando actividades clínicas (77%), seguidas de las administrativas (11%), y las educativas (10%). Sorprendentemente, las actividades investigadoras sólo constituían el 2% de su tiempo. El análisis de multiniveles indicó que ninguna de las variables a nivel de dispositivo eran significativas a la hora de explicar las discrepancias entre los dispositivos con respecto a la distribución del tiempo, pero las características individuales sí se asociaban a la distribución del tiempo. El modelo de predicción de la distribución del tiempo por contextos ambulatorios o de hospitalización explicaba de un 16% a un 18% de las discrepancias en la variable dependiente. En todos los modelos, la disciplina y el tiempo que pasaban en el trabajo los prestadores, jugaron un papel importante. Tener un

nombramiento académico era importante sólo para el modelo que examinaba la distribución total del tiempo por tipo de actividad.

Discusión: Estos modelos simples explicaban solamente una pequeña parte de las discrepancias encontradas en las tres variables dependientes que se trataron de utilizar para la recopilación de cuestiones relacionadas con la distribución del tiempo; y el bajo número de dispositivos limitó nuestra capacidad para examinar los efectos de los factores a nivel de dispositivo. Nuestros modelos actuaron mejor en la predicción de la distribución del tiempo clínico al contexto de tratamiento y al tipo de tratamiento, que en la predicción de la distribución del tiempo en general. La disciplina y el tiempo empleado en el trabajo eran significativos para todos los modelos. Por el contrario, el hecho de tener un nombramiento académico se asociaba a una distribución en la que se pasaba bastante menos tiempo realizando actividades clínicas y más tiempo realizando actividades administrativas, pero no a diferencias significativas con respecto al tiempo empleado en actividades investigadoras o educativas.

Implicaciones: Mientras que un “estándar dorado” de la distribución del tiempo óptima no existe, resulta llamativo que la investigación, una misión establecida de la ASV (VHA), contase con una parte tan pequeña del tiempo de los prestadores. La falta de participación de los médicos (clínicos) en la investigación conlleva implicaciones para la contratación y retención de prestadores de salud mental altamente cualificados de esta red y para la educación de futuros prestadores. Sin la participación de los médicos (clínicos), la investigación dirigida en la red por personal no-clínico puede resultar menos relevante para las cuestiones médicas del “mundo real”. Las reducciones en las financiaciones disponibles para salud mental, junto con las demandas medicas crecientes, pueden haber impulsado este modelo de distribución del tiempo, y estos hallazgos dan fe de los retos a los que se enfrentan las grandes instituciones que se encargan de equilibrar misiones que con mucha frecuencia parecen competir.
