



Impacto del modelo de gestión de casos en salud mental en la mejora de los indicadores de atención de salud

Impact of the mental health case management model on the improvement of health care indicators

María Rosario Valera Fernández¹, Laura Ojeda Díaz¹, Jorge David Jiménez Jiménez¹,
María Roviralta Vilella¹, Regina Carreras Salvador²

1. Programa PSI. Instituto de Salud Mental del Hospital del Mar. Hospital del Mar de Barcelona. Barcelona, España.

2. Cap de Procés de Comunitaria. Instituto de Salud Mental del Hospital del Mar. Hospital del Mar de Barcelona. Barcelona, España.

Contacto: María Rosario Valera Fernández, psisantmarti@psmar.cat

Fecha de recepción: 13 de junio de 2023 / Fecha de aceptación: 26 de septiembre de 2023

Resumen

Introducción: El modelo de gestión de casos en salud mental surge como una alternativa a la hospitalización con el objetivo de garantizar la eficacia terapéutica, de facilitar la accesibilidad y de coordinar las actuaciones de los diversos profesionales; todo ello con coherencia hacia el proyecto terapéutico individual.

Objetivo: Evaluar el impacto del modelo de gestión de casos en salud mental en cuanto a los indicadores de atención de salud de número de visitas a urgencias, número de ingresos hospitalarios y días de hospitalización en unidades de salud mental los tres años previos a la vinculación al Programa de Soporte Individualizado (PSI) y durante el tiempo de intervención de dicho servicio.

Metodología: Estudio cuantitativo de tipo descriptivo retrospectivo, formado por 128 usuarios.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre el número de visitas a urgencias, número de ingresos hospitalarios y días de hospitalización. Conclusiones: La intervención comunitaria en gestión de casos complejos en salud mental reduce la estancia hospitalaria.

Palabras clave: gestión de casos, enfermería de salud mental, urgencias, hospitalización, enfermedad mental.

Abstract

Introduction: Case management model in mental health is an alternative to hospitalization in order to guarantee the therapeutic efficacy, facilitating accessibility and coordination of the professionals' interventions; all this with coherence towards the individual therapeutic project.

Objective: To evaluate the impact of the case management model in terms of mental health care indicators as the number of visits to emergency devices, number of hospitalizations and days of hospitalizations in mental health devices in the three years prior admission in Individualized Support Program (ISP) and during intervention time of this service.

Methodology: Quantitative retrospective and descriptive study, including 128 users.

Results: Statistically significant differences were found on the number of visits to emergency devices, number of hospitalizations and days of hospitalizations.

Conclusions: Community intervention in the complex cases management in mental health reduces the hospital stay

Keywords: case management, mental health nursing, emergencies, hospitalization, mental illness.

Introducción

El modelo de gestión de casos surge a finales de los años 70 en EE. UU. como una alternativa a la hospitalización, poniendo el énfasis en la evaluación de necesidades de la persona atendida, ya que establece los servicios adecuados y su coordinación, así como la

garantía de la continuidad del tratamiento entre los servicios.

Los programas de gestión de casos introducen un cambio cultural y organizativo. Se determinan las prestaciones más adecuadas a cada persona y en cada momento, con el objetivo de garantizar la eficacia

terapéutica, de facilitar la accesibilidad y de coordinar las actuaciones de los diversos profesionales; todo ello con coherencia hacia el proyecto terapéutico individual. Los resultados de los estudios llevados a cabo apuntan que los programas de gestión de casos reducen la gravedad de la sintomatología y las hospitalizaciones (llegando a ser dicha reducción del 55%)^{1,2}, incrementan las hospitalizaciones de tipo voluntario, la autonomía de la persona, aumentan el uso de los dispositivos comunitarios y la satisfacción de las personas y sus familias^{3,4}.

El Plan de Soporte Individualizado (PSI) es un modelo de gestión de casos individualizados en salud mental y adicciones en Cataluña, implicando una estrategia de intervención asistencial comunitaria. A partir de una valoración individualizada de las necesidades de la persona se determinan los recursos y servicios (sanitarios, sociales, laborales) que pueden suponer un beneficio para la persona, implicándola en la toma de decisiones. Las enfermeras que trabajan en el programa PSI han reemplazado el entorno institucional tradicional (sala de hospital o centro comunitario de salud mental) con el entorno propio del usuario (casa o espacios públicos). Este cambio requiere un enfoque y un conjunto de habilidades diferentes, ya que el eje de la enfermera-paciente es la interacción en el propio entorno de la persona⁵.

El servicio va dirigido a personas a partir de los 17 años con un trastorno mental grave y/o adicciones, con o sin uso de sustancia persistente en el tiempo, que comporta una repercusión significativa en su

funcionamiento global y que presenta dificultades graves de vinculación a los recursos asistenciales, o bien hace un uso inadecuado, ya sea por defecto o exceso. Esta desvinculación se da por las dificultades de accesibilidad a los servicios y su fragmentación, por mala adherencia al tratamiento y porque regularmente presentan situaciones de riesgo por razón de descompensaciones psicopatológicas. También va dirigido a personas con sintomatología resistente al tratamiento convencional y con falta de confianza en la red de atención a la salud mental y adicciones, y a personas con escaso soporte familiar y social, que están en riesgo de exclusión, y que no saben o no pueden desarrollar habilidades para conservar el funcionamiento sociolaboral^{6,7}.

El PSI articula e integra las intervenciones necesarias en cada caso individual a través de la figura de la gestora de casos, que es la persona encargada de coordinar, integrar y asignar atención individualizada a personas con un trastorno de salud mental mediante una perspectiva de atención comunitaria, según el paradigma de recuperación y de toma de decisiones con la persona atendida, su familia o el entorno más cercano y los diferentes profesionales que están implicados en el caso⁸ (figura 1). La relación terapéutica es la herramienta principal de trabajo del gestor de casos. Se realiza una propuesta asistencial focalizándose en mejorar la accesibilidad, la valoración de necesidades y la intervención desde la proximidad que conlleva a la persona atendida, ya sea en su domicilio, en un espacio comunitario o en un centro asistencial^{7,9}.

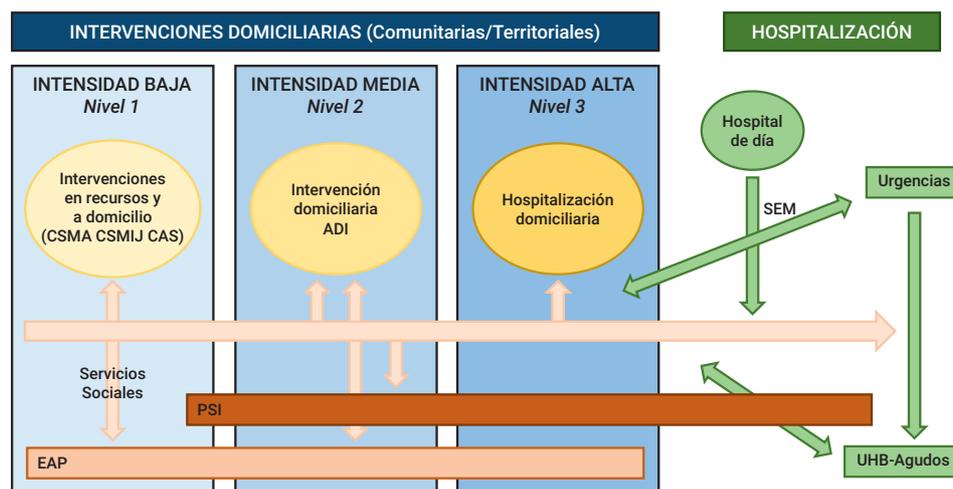


Figura 1. Mapa de relación Intervenciones domiciliarias comunitarias.

Dentro de la propuesta de la cartera de servicios del PSI, se detallan los siguientes pasos que se establecen en la intervención con la persona atendida⁸:

- Valoración de inclusión de casos en el programa según los criterios establecidos: personas mayores de 17 años que presenten su trastorno de salud mental (se excluyen las personas con un diagnóstico primario de abuso de sustancias, discapacidad intelectual o trastorno mental orgánico) y en las que exista una desvinculación o utilización inadecuada de la red de salud mental con una importante repercusión social.
- Flexibilidad en la intensidad y el tipo de intervención según las necesidades de cada persona.
- Trabajo proactivo para la vinculación y plena accesibilidad de la persona al programa y al resto de servicios implicados en su atención.
- Valoración y diagnóstico de las necesidades de atención de la persona, con su participación, la de su entorno cercano y la de los agentes que intervienen en el proceso de atención. Se realiza a través del cuestionario Camberwell para la evaluación de necesidades (CAN).
- Elaboración, ejecución y evaluación continuada del Plan de Atención Individual, de manera consensuada con la persona atendida, para favorecer su empoderamiento, con el entorno cercano y con los agentes que intervienen en el proceso de atención.
- Atención y seguimiento con intervenciones centradas en el contacto directo, regular y frecuente con las personas usuarias, su entorno cercano, actuando en el mismo lugar donde se detecta la necesidad de actuación y promoviendo la autonomía de la persona usuaria.
- Trabajo en red con coordinación continuada, formal e informal, a demanda de cualquiera de las partes.
- Proceso de cierre y desvinculación del programa, trabajo con la persona atendida sobre los objetivos conseguidos, con el entorno cercano y los profesionales y servicios que intervienen, asegurando la continuidad de la asistencia al alta.
- Dar soporte en la atención domiciliaria para asegurar la vinculación al resto de la red de salud mental y adicciones.

Las enfermeras que trabajan en el programa PSI han reemplazado gradualmente el entorno institucional tradicional de atención a la salud, en favor de entornos que sean más familiares para la persona. Es necesario, por ello, valorar las intervenciones que se están

realizando. Con este estudio se pretende conocer la efectividad, en términos de indicadores de atención en salud, que el programa PSI puede presentar.

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del modelo de gestión de casos en salud mental en cuanto a los indicadores de atención de salud: número de visitas a urgencias, número de ingresos hospitalarios y días de hospitalización en unidades de salud mental, en los tres años previos a la vinculación al PSI y durante el tiempo de intervención de dicho servicio.

Metodología

Se trata de una investigación cuantitativa de tipo descriptivo retrospectivo, cuyos datos se recopilaban a través de las historias clínicas entre los años 2012 y 2022. La muestra la formaron las 128 personas usuarias que habían sido incluidas en el servicio del PSI del Hospital del Mar de Barcelona entre los años 2012 y 2022, cubriendo tres áreas geográficas de intervención: el distrito de Sant Martí en Barcelona, la ciudad de Santa Coloma de Gramenet, y el barrio La Mina en Sant Adrià del Besòs.

Las variables que se han utilizado en el presente estudio son referentes a la utilización de servicios de salud, y siempre teniendo presente el periodo antes de inclusión en el programa PSI y durante su vinculación al mismo. Las variables estudiadas son las siguientes:

- *Número de urgencias*: visitas a los servicios de urgencia de salud mental realizadas por las personas objetas del estudio. Operacionalmente es el número de visitas realizado.
- *Número de ingresos*: ingresos realizados en unidades de salud mental, con independencia del tipo de unidad. A nivel operacional se mide con el número de ingresos realizado.
- *Días de hospitalización en unidades de estancia breve*: ingresos realizados en unidades de estancia breve, pudiendo ser unidades de agudos, unidades de patología dual o unidades de hospitalización domiciliaria. Operacionalmente es el tiempo en días en este tipo de hospitalización.
- *Días de hospitalización en unidades de media y larga estancia*: ingresos realizados en unidades de subagudos, alta dependencia psiquiátrica o media y larga estancia. A nivel operacional es el tiempo calculado en días en las unidades de hospitalización referidas.

Toda la información se obtuvo desde el programa IMASIS (IMAS Informatic Systems) del Hospital del Mar de Barcelona tras la revisión de las historias clínicas de las personas incluidas en el programa PSI; desde ahí se estableció una base de datos en formato Excel, donde los datos de cada usuario quedan pseudoanonimizados. La extracción de datos ha sido realizada por cuatro de los profesionales participantes en este estudio, quedando una persona para la revisión de posibles incongruencias u olvidos en los registros. Dadas las características de las variables analizadas, al ser datos cuantitativos descriptivos, no se describen sesgos de selección, información o de confusión que puedan influir en el resultado del presente estudio.

Para el análisis estadístico inicial, se exploraron todos los datos para detectar valores extremos y se describieron las variables cuantitativas mediante la media aritmética y su correspondiente desviación estándar. Se realizó una descripción estadística de las variables de estudio y una prueba t de Student para muestras aparejadas, y el tamaño de efecto a través de la d de Cohen, mediante el programa SPSS (versión 25).

Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética CEIm-Parc de Salut Mar con núm. 2023/11058.

Resultados

El tamaño muestral fue de 128 personas usuarias, cuya edad media fue de 40.66 años (DE 12.25) con

una representación femenina muy similar a la masculina (48.4 % y 51.6 % respectivamente). El 81.3 % no tenían pareja. En cuanto a la situación laboral, el 77.3 % eran pensionistas (el 52.3 % con invalidez reconocida y el 25.0 % por una incapacidad laboral) y un 18.0 % se encontraba en situación de desempleo. Como variable clínica, el diagnóstico predominante fue el de esquizofrenia junto a otros trastornos psicóticos, con un 63.5 %, seguido de un 20.31 % de trastornos afectivos.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre el número de visitas a urgencias, se ha encontrado que la media de visitas en los tres años previos a PSI ha sido de 4.52 y durante PSI de 1.54; en cuanto al número de ingresos hospitalarios, se ha encontrado que la media de ingresos en los tres años previos a PSI ha sido de 1.90 y durante PSI de 0.79; y en cuanto a días de hospitalización en unidades de salud mental en los tres años previos a la vinculación al PSI, la media ha sido de 31.25 en unidad de estancia breve y de 60.48 en unidades de media-larga estancia, mientras que durante el tiempo de intervención de PSI la media ha sido de 13.13 en unidades de estancia breve y de 52.04 en unidades de media-larga estancia. En todos los indicadores, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$), reflejadas en la tabla 1.

Este modelo de gestión de casos en salud mental tiene un tiempo medio de intervención con cada persona de 21.88 meses (DE \pm 14.94).

		n	z	Desviación estándar (DE)	Significación estadística (p)	Tamaño del efecto (d de Cohen)
Nº urgencias previas al PSI		128	4.52	8.45	< 0.001	0.371
Nº urgencias durante PSI		128	1.54	4.25		
Nº ingresos previos al PSI		128	1.9	2.41	< 0.001	0.456
Nº ingresos durante PSI		128	0.79	1.42		
Días hospitalización en unidades de estancia breve	Previos PSI	128	31.25	40.14	< 0.001	0.439
	Durante PSI		13.13	26.83		
Días hospitalización en unidades de media larga estancia	Previos PSI	128	60.48	111.21	< 0.001	0.325
	Durante PSI		20.86	52.04		

PSI: Programa de Soporte Individualizado

Tabla 1. Media, DE, significación estadística y tamaño del efecto de los indicadores de atención de salud antes y después de la vinculación al PSI

Discusión

Durante el tiempo de intervención del programa PSI, se ha reducido en un 65 % el número de visitas a urgencias, en un 58 % los ingresos hospitalarios, en otro 58 % los días de hospitalización en unidades de estancia breve y en el 65 % en unidades de mediana estancia.

Estos resultados son congruentes con la literatura disponible. Por ejemplo, el estudio de Anglès y colaboradores³ refleja una reducción del 31 % de los ingresos hospitalarios en el momento del alta del programa PSI, y en el estudio de Álvarez y colaboradores⁶, se observó una reducción del 70 % en el número de ingresos hospitalarios durante la intervención del PSI y del 50 % el año posterior al alta del programa, observándose no sólo una disminución significativa de los ingresos, sino que el impacto siguió siendo significativo el primer año después de que los pacientes fueron dados de alta. En futuras líneas de investigación adherentes a este estudio, se recogerán y analizarán los datos correspondientes al periodo de seguimiento posterior al alta del programa PSI donde analizar si la reducción del número de ingresos hospitalarios y los días de estancia se mantienen reducidos en el tiempo.

Cabe considerar entre las limitaciones de nuestro estudio las inherentes a un estudio retrospectivo, pudiendo estar sujeto a varios sesgos relacionados con la necesidad de ajuste de variables de confusión como, por ejemplo, la falta de grupo control o el hecho de que sean los profesionales del mismo equipo los que realicen las valoraciones de los usuarios en los diferentes seguimientos. Así mismo, la ausencia del cálculo del tamaño muestral impide determinar que los resultados sean significativos.

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses. Todos los datos se tratan de conformidad con la legislación vigente relativa a la protección de la confidencialidad y el anonimato de los datos.

Como implicaciones para la práctica, el modelo de gestión de casos supone un nuevo paradigma de atención en el que enmarcar los proyectos y acciones a impulsar para avanzar hacia una atención transversal, de calidad y sostenible dirigida a las personas que padecen una enfermedad mental.

Conclusiones

De los resultados se puede desprender que la intervención comunitaria de enfermería en gestión de casos complejos en salud mental centrada en el cuidado holístico de la persona reduce la estancia hospitalaria. Asimismo, futuras investigaciones se centrarán en explorar que otros posibles factores pueden estar influyendo en los resultados obtenidos.

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Carlson Aburto J, Balsera Gómez J, Lalucat Jo L, Teixidó Casas M, Berruezo Ortiz M, Ureña Hidalgo T. Perfil de los usuarios de dos programas de gestión de casos para la atención a pacientes con trastornos mentales severos (TMS): el Programa de Seguimiento Individualizado (PSI-TMS) vs. el Programa de Atención Específica (PAE-TMS). *Rev. Rehabil. Psicosoc.* 2008; 2(5): 9-16.
2. Díaz Fernández S, Frías Ortiz DF, Fernández Miranda JJ. Estudio en imagen en espejo (10 años de seguimiento y 10 de pretratamiento estándar) de ingresos hospitalarios de personas con esquizofrenia grave en un programa comunitario con gestión de casos. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2022; 15(1): 47-53
3. Anglès J, Mas-Expósito L, Casamada I, Cebrià I, Lozano Y, San Emeterio M, Teixidó M, Lalucat-Jo L. Evaluación del Plan de Servicios Individualizado tras diez años de funcionamiento en dos distritos de Barcelona. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(134):401-417
4. Clausen H, Landheim A, Odden S, Šaltytė Benth J, Heiervang KS, Stuen HK, Killaspy H, Ruud T. Hospitalization of high and low inpatient service users before and after enrollment into Assertive Community Treatment teams: a naturalistic observational study. *Int J Ment Health Syst.* 2016;10:14
5. Díaz Fernández S. La enfermera especialista en salud mental en la gestión del caso de una paciente con esquizofrenia grave. *Enferm Clin.* 2021, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.05.002>
6. Álvarez MJ, Roura-Pochs P, Martín A, Pons J, Santos JM, Foguet-Boreu Q et al. Impacto de un programa de gestión intensiva de casos en los ingresos psiquiátricos. *Psicosom. Psiquiatr.* 2020;15:16-20.
7. Townsend MC. *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice.* FA Davis, 2013.
8. Plan Director de Salud Mental y Adicciones. *Estrategias de salud mental y adicciones 2017-2020.* Barcelona: Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.
9. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin.* 2017; 43(4): 698-700