



Investigación documental sobre Gestión de Caso con población en situación de vulnerabilidad psicosocial

July Daniela Buitrago Correa

Andrea Janeth Rengifo Zambrano

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Facultad de Ciencias Sociales

Programa de Trabajo Social

Bogotá

2021



Investigación documental sobre Gestión de Caso con población en situación de vulnerabilidad psicosocial

Trabajo de grado para optar por el título de Trabajadoras Sociales

July Daniela Buitrago Correa

jdanielabuitrago@unicolmayor.edu.co

Andrea Janeth Rengifo Zambrano

ajanethrengifo@unicolmayor.edu.co

Tutor temático: José Abelardo Posada Villa

Tutora de trabajo de grado: Sandra Milena Rodríguez Plazas

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Facultad de Ciencias Sociales

Programa de Trabajo Social

Bogotá

2021

Resumen

El presente documento tiene como objetivo general Analizar las principales características de documentos de Gestión de Caso con población en situación de vulnerabilidad psicosocial. Para guiar el proceso metodológico del proyecto de investigación se retoma el documento “Un modelo para investigación documental Guía teórico – práctica sobre construcción de Estados del Arte con importantes reflexiones sobre la investigación” de la autora Consuelo Hoyos Botero, quién plantea cinco (5) fases importantes las cuales son, fase preparatoria, fase descriptiva, fase interpretativa por núcleo temática, fase de construcción teórica global y finalmente fase de extensión y publicación. Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos de la Web de documentos sobre gestión de caso en el área psicosocial y se tomó una muestra por conveniencia de 30 publicaciones, en idioma inglés de acceso gratuito. Con base en estos fue posible identificar cuatro (4) núcleos temáticos en relación con la Gestión de Caso: habitabilidad de calle, consumo de drogas, salud mental y trabajo social.

Se encuentra que la Gestión de casos incluye varios modelos, los cuales se basan en las necesidades de cada sujeto teniendo en cuenta sus fortalezas y las redes y servicios que contribuyen a la mejoría de los usuarios. Lo que a modo de conclusión permite determinar que la gestión de casos es una estrategia pertinente para la atención en salud mental de poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial con un impacto positivo en la calidad de vida de los usuarios que participan en la misma.

Palabras claves: gestión de caso, psicosocial, trabajo social, habitabilidad de calle, salud mental, consumo de drogas.

Abstract

The general objective of this document is to analyze the main characteristics of Case Management documents with a population in a situation of psychosocial vulnerability. To guide the methodological process of the research project, the document "A model for documentary research: Theoretical guide - practice on the construction of States of Art with important reflections on research" by the author Consuelo Hoyos Botero, who proposes five (5) important phases which are, preparatory phase, descriptive phase, interpretive phase by thematic core, global theoretical construction phase and finally extension and publication phase. A search was made in the main databases of the Web of documents on case management in the psychosocial area and a sample was taken for convenience of 30 publications, in English language free of charge. Based on these, it was possible to identify four (4) thematic clusters in relation to Case Management: street habitability, drug use, mental health and social work.

It is found that Case Management includes several models, which are based on the needs of each subject taking into account its strengths and the networks and services that contribute to the improvement of users. This concludes that case management is a relevant strategy for mental health care for populations in situations of psychosocial vulnerability with a positive impact on the quality of life of the users involved.

Keywords: case management, psychosocial, social work, street habitability, mental health, drug use.

Dedicatoria

A la población vulnerable psicosocialmente en Colombia que requiere de un apoyo en sus vidas, ya que este proyecto es por y para ellos. Expresándoles mi mayor admiración, ya que el superar los obstáculos de la vida solos no es un proceso nada fácil.

A las personas que creyeron en mí a lo largo de todo mi proceso de aprendizaje, motivándome y apoyándome de principio a fin para no desfallecer en el camino.

Agradecimientos

A mi madre Isabelina Correa, por transmítrme su fortaleza ante la vida y ayudarme a crecer en todo el sentido, donde me transmitió su fortaleza y superación y a su vez su amor en el proceso para no rendirme, donde a pesar de las circunstancias buenas o malas siempre estuvo ahí a mi lado.

A mi compañera y amiga Andrea Rengifo quién me apoyó en gran parte de la carrera, del proyecto de investigación y de la vida, siempre incentivándome a sacar lo mejor de mí para el mundo.

A mis compañerxs de carrera por su ayuda y motivación a lo largo del proceso, en especial a mi amiga Angie Daniela González, quien ha sido mi amiga y compañera desde el día uno que me ha ayudado a ver lo mejor de mí cuando nadie más, ni yo misma, he podido, le doy las gracias por su apoyo incondicional.

A mis docentes de carrera por haberme inculcado tantos conocimientos tanto personales como académicos que lograron convertirme en lo que soy ahora, especialmente en la docente María Lucero Ramírez, que desde que la conocí me apoyo en el proceso, motivándome a seguir, ya que resaltó las cualidades más que las debilidades, y que gracias a su voz de aliento pude seguir en momentos tan difíciles.

Al semillero Nuevas Perspectivas de Salud Mental por acogernos en su equipo de trabajo brindándonos tantos aprendizajes para la vida tanto personal como profesional.

Al profesor José Abelardo Posada, por abrirnos la mente frente a la temática y su gran importancia, por la paciencia y el cariño en sus palabras en todo el proceso, siempre estando dispuesto a compartirnos de sus aprendizajes para la construcción del conocimiento.

A las personas que en su momento apoyaron mi proceso de aprendizaje, apoyándome cada minuto, cada hora, cada día.

July Daniela Buitrago Correa

Dedicatoria:

Este trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida en general. A todas las personas especiales que fui encontrando en el camino que me acompañaron en esta etapa, dándome fuerzas y aportando a mi formación profesional y como ser humano.

Agradecimientos:

A mis padres Augusto y Janeth quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, por estar siempre apoyándome en cada uno de mis pasos, especialmente en este tan importante.

A mi hermano David por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

A mis compañeros y personas allegadas que fueron un apoyo en momentos necesarios a lo largo de este camino. Y claramente a mi amiga y compañera de trabajo Daniela Buitrago por acogerme y acompañarme a lo largo de todo este proceso, siendo una base fundamental para este logro el día de hoy, por siempre brindarme su calidez como persona, este trabajo no habría sido igual sin ella como equipo y a lo largo de la carrera.

Finalmente, al Doctor Posada que fue un gran apoyo para la realización de este trabajo, siempre dispuesto a brindarnos sus conocimientos; de igual manera al Semillero Nuevas Perspectivas en Salud Mental por permitirnos hacer parte de este y realizar un aporte al mismo, por último, a la Unicolmayor y docentes que hicieron parte de este proceso y aportaron hasta el más mínimo cambio en este proceso tan importante.

Andrea Janeth Rengifo Zambrano

Contenido

| | |
|---|-----|
| Introducción | 18 |
| 1. Justificación | 20 |
| 2. Planteamiento del problema | 23 |
| 3. Formulación del problema | 25 |
| 4. Objetivo general y específicos | 25 |
| 4.1 Objetivo general | 25 |
| 4.2 Objetivos específicos | 25 |
| 5. Aproximación teórica | 26 |
| 6. Marco Legal | 59 |
| 7. Metodología | 63 |
| 7.1 Fase I. Preparatoria | 64 |
| 7.2 Fase II Fase Descriptiva | 65 |
| 7.2.1 Núcleos temáticos y códigos | 68 |
| 7.2.2 Caracterización | 79 |
| 7.2.3 Categorización de núcleos y sub núcleos temáticos | 81 |
| 7.3 Fase III. Interpretativa por núcleo temático | 85 |
| 7.4 Fase IV. Construcción teórica global | 103 |
| 7.5 Fase V. Extensión y publicación | 106 |
| 8. Trabajo Social y Gestión de Caso | 108 |
| Conclusiones y recomendaciones | 110 |
| Referencias | 115 |
| Anexos | 129 |

Lista de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1 Marco Legal | 59 |
| Tabla 2 Resumen Analítico Especializado | 66 |
| Tabla 3 Núcleos temáticos y códigos | 69 |
| Tabla 4 Núcleos y Sub núcleos | 83 |

Lista de Figuras

| | |
|-------------------------------------|----|
| <i>Figura 1</i> Año de publicación | 80 |
| <i>Figura 3</i> País de publicación | 81 |

Listado de anexos

| | |
|---|-----|
| Anexo 1. Fichas RAE | 129 |
| Anexo 2. Repositorio | 199 |
| Anexo 3. Cronograma | 225 |
| Anexo 4. Núcleos temáticos y códigos | 226 |
| Anexo 5. Artículo | 227 |
| Anexo 6. Artículo Revista “Armónicamente” Nuevas Perspectivas de Salud mental | 234 |

Introducción

El presente documento da cuenta de la investigación documental titulada “*Investigación documental sobre Gestión de Caso con población en situación de vulnerabilidad psicosocial*”, que tiene como objetivo principal Analizar las principales características de documentos de Gestión de Caso con población en situación de vulnerabilidad psicosocial.

De igual forma, es importante tener en cuenta que las poblaciones en situación de afectación mental con vulnerabilidad psicosocial son personas, familias, organizaciones y comunidades que tienen una alta probabilidad de generar perjuicios en diferentes ámbitos ante eventos adversos en los que se encuentran en un alto nivel de indefensión y desventaja en relación con los problemas que plantea la vida, requiriendo así, de un apoyo para salir adelante.

Sin embargo, según estudios realizados en diferentes países, los procesos de apoyo a las personas con afectación mental en situación de vulnerabilidad son débiles, por lo que el usuario recorre sin orientación y/o acompañamiento todas las etapas del proceso de atención y con frecuencia no consigue lo que necesita ni logra superar el problema con el que inicia el proceso. Asimismo, dicho proceso de apoyo no realiza una integración de la persona a su entorno ni tiene una visión integral de su problemática. Así, las debilidades anteriormente expuestas de los procesos de apoyo aumentan el riesgo de la población vulnerable que puede desembocar en generación de diferentes tipos de sufrimiento y pobreza o un incremento de estas.

Con base en lo anterior, la presente investigación documental se realiza partiendo del interés del Semillero Nuevas Perspectivas de Salud Mental por conocer esos elementos en

común sobre Gestión de caso que pueden generar algún aporte significativo a una posible creación de un Modelo de Gestión de Caso contemplando la realidad Nacional. Cabe resaltar que la presente investigación propone investigar las estrategias y procedimientos para la atención de poblaciones con afectación mental en situación de vulnerabilidad psicosocial, con la ejecución de la Gestión de Caso. Eso se hará efectivo a partir de una exploración y análisis de los planteamientos teóricos a partir de una amplia revisión de literatura relacionada con el tema. De esta manera, el documento se estructura inicialmente definiendo la línea de investigación, y la delimitación del problema, objetivos del proyecto, justificación, cronograma de actividades, aproximación teórica la cual permite fundamentar teóricamente la investigación, metodología la cual se divide en cinco (5) fases principales propuestas por Consuelo Hoyos Botero (2000), fase preparatoria donde se determina el objeto de estudio y aproximación teórica, fase descriptiva que hace referencia al trabajo de campo, fase interpretativa por núcleo temático, la cual permitirá hacer un análisis específico por cada núcleo y sub núcleo temático, fase de construcción global que permite identificar tanto logros como obstáculos alcanzados y por último fase de extensión y publicación, donde se evidencian los escenarios de divulgación de la información,. Posterior a ello se plantea la relevancia del Trabajo Social y Gestión de casos donde se hace una recopilación general de elementos teóricos y de análisis que permitan dar cuenta de la importancia de la profesión en la gestión de casos. Finalmente se menciona un capítulo sobre conclusiones y recomendaciones de la investigación.

1. Justificación

En el siguiente capítulo se pretende exponer las razones que motivan el desarrollo del proyecto de investigación, haciendo énfasis en el ¿por qué? y ¿para qué? del mismo.

(Minsalud y Colciencias, 2015) afirman que:

Los problemas y trastornos mentales afectan a una gran parte de la población colombiana y la magnitud se acrecienta por las repercusiones en la familia y en la sociedad, con franco deterioro en la calidad de vida, un incremento en los costos de atención y una sobrecarga económica y social. (párr.2)

A lo largo de la historia se ha dado cierta prioridad a la salud física y procesos de orientación psicológica y psiquiátrica. Sin embargo, las intervenciones sociales se han dejado de lado, omitiendo así muchas problemáticas psicosociales que atañen a los sujetos en situación de vulnerabilidad en la cotidianidad.

Una combinación adecuada de programas de atención en el campo de la salud mental en los marcos de estrategias públicas generales, puede evitar años vividos con discapacidad e incluso la muerte prematura, reducir el estigma que rodea a los trastornos mentales, aumentar considerablemente el capital social, ayudar a reducir la pobreza y a promover el desarrollo del país (Organización Mundial de la Salud, 2004, p.5).

Se sabe que los procesos de salud mental pueden contribuir a una calidad de vida significativa. Sin embargo, si estas situaciones mentales no son atendidas, pueden generar discordancias psicosociales provocando estigma, el cual puede llevar a evitar cada vez más la

búsqueda de un acompañamiento pertinente teniendo en cuenta las necesidades de los sujetos, disfunciones familiares, analfabetismo, desempleo y problemas económicos entre otros:

Sin embargo, existe una brecha considerable entre las necesidades de atención de los problemas y trastornos mentales y los recursos disponibles. En países desarrollados, que cuentan con sistemas de atención bien establecidos, entre el 44% y el 70% de las personas con problemas y trastornos mentales no reciben tratamiento. En los países en desarrollo estas cifras son aún más sorprendentes y llegan casi al 90%. (Organización Mundial de la Salud, 2004, p. 5).

En una revisión superficial se identifica que las intervenciones en población en situación de vulnerabilidad son escasas, sin dejar de lado también las dinámicas del Sistema de Salud en el contexto nacional, dando como resultado una gran falta de apoyo y acompañamiento donde los sujetos necesitan de este, afectando significativamente todos los ámbitos de su vida por la falta de opciones al enfrentar diversas situaciones. Teniendo en cuenta esto, se hace necesario plantear un modelo de gestión de caso para realizar una atención oportuna y eficaz a diferentes procesos que lleva la población colombiana afectada en salud mental y con vulnerabilidad.

Para ello, se considera fundamental la elaboración de una investigación que permita conocer a profundidad el estado del arte sobre gestión de casos para diferentes poblaciones que padecen de ciertos riesgos psicosociales, ya que en el contexto Latinoamericano, más especialmente en Colombia se evidencia desinformación y un vacío en el conocimiento con respecto a la metodología de Gestión de Caso, además de contar con pocos recursos bibliográficos del mismo en los diferentes lugares, o siquiera en el idioma español, contribuyendo más a la falta de información y soporte sobre el tema, siendo por lo mismo

poco aplicada en los diferentes contextos. De esta manera, se busca además de generar o ampliar el conocimiento al respecto, dar a conocer esos elementos en común sobre la Gestión de Caso desde Trabajo Social para la población en un contexto latinoamericano más específicamente en Colombia, en situación de vulnerabilidad psicosocial, con el fin de brindar herramientas para la posible solución de diferentes necesidades de las poblaciones.

2. Planteamiento del problema

En el presente capítulo se quiere estructurar de manera formal la idea principal que incentivó el proyecto de investigación

Las poblaciones afectadas en su salud mental que están expuestas a situaciones adversas en la cotidianidad están en riesgo de convertirse en población vulnerable, ya sea sujetos, familias, grupos y/o comunidades, tal y como lo afirma (Alwang et al. 2001, como se cita en García 2015) Una persona se sienta especialmente vulnerable ante acontecimientos vitales sin que tercie una base real en ellos, bien porque se encuentra más débil para afrontar los riesgos, bien porque esté pasando un periodo de mayor estrés y ansiedad, desapego, proceso de enfermedad o por otros motivos específicos difícilmente clasificables. Tanto la vulnerabilidad real como la percibida, pueden ser además previsibles o imprevisibles, estas últimas son predictoras de futuras vulnerabilidades. (p.7).

Nadie está exento a verse perjudicado por estas situaciones problemáticas afectando así significativamente su calidad de vida. Por ello se hace necesario plantear un modelo de intervención para realizar el acompañamiento pertinente a este tipo de población y así mismo brindar las herramientas necesarias para contribuir así al inicio del proceso de apoyo integral.

Teniendo en cuenta que hay escasez de investigaciones e intervenciones en gestión de caso en este tipo de población se hace necesaria la búsqueda de material académico pertinente para el desarrollo de un Modelo de gestión de caso, puesto que en múltiples situaciones los sujetos requieren iniciar un proceso para poder superar los obstáculos que se presentan en la cotidianidad que, sin embargo, por falta de acompañamiento, el proceso se hace casi que imposible.

Esta investigación surge como propuesta del Semillero nuevas perspectivas de salud mental en el año 2021, teniendo en cuenta la falta de un modelo de Gestión de caso y la poca intervención del mismo con personas en vulnerabilidad psicosocial en Colombia, como lo afirma el (Ministerio de Desarrollo Social de Chile, 2019)

En el marco del desarrollo de las Competencias Transversales y Socioemocionales (CTSE) a lo largo de la vida, el acompañamiento psicosocial comprende un conjunto de acciones orientadas a fortalecer habilidades, destrezas y competencias en el ámbito de la vida familiar, educativa, productiva y comunitaria. Se orienta a los individuos, la familia y la comunidad tomando en cuenta las necesidades de todos los grupos poblacionales como: niñas, niños, mujeres, hombres, jóvenes, adolescentes, adultos mayores, etc. (p.5)

Por esto es que se hace necesario el abordaje teórico que permita contribuir en el proceso y fundamentación para la creación de un modelo de gestión de caso que se adecue a las necesidades de cada individuo, grupo o comunidad que se encuentre en una situación de vulnerabilidad psicosocial.

3. Formulación del problema

¿Cuáles son las características de los documentos sobre Gestión de Caso con población en situación de vulnerabilidad psicosocial?

4. Objetivo general y específicos

En el siguiente capítulo se presentan los objetivos, tanto general como específicos, los cuales apuntan todos al mismo propósito, con el fin de clarificar la finalidad del proyecto de investigación.

4.1 Objetivo general

Analizar las principales características de documentos de Gestión de Caso con población en situación de vulnerabilidad psicosocial.

4.2 Objetivos específicos

1. Identificar el estado del conocimiento sobre Gestión de Caso con población en situación de vulnerabilidad psicosocial.
2. Categorizar los núcleos y sub núcleos temáticos derivados de las unidades de análisis encontradas.
3. Describir documentos a través de Resúmenes Analíticos Especializados (RAE) que permitan el conocimiento de características sobre Gestión de Caso.

5. Aproximación teórica

En el siguiente capítulo se presentan los puntos centrales de la investigación a través de teorías y/o constructos a partir de algunos autores.

Salud Mental

Para la presente investigación, es importante, en primera instancia, definir la salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la describe como un estado de bienestar. En este estado las personas deben enfrentar las presiones habituales de la vida en familias y comunidades, o el desarrollo de su potencial, que es parte indispensable de la salud pública. Carrazana, (2002) la describe como algo que está en la cotidianidad de todas las personas, ya que se observa en la manera de relacionarse en actividades que se pueden presentar en una comunidad, cómo cada persona armoniza los deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos necesarios para hacer frente a las demandas a lo largo de la vida, sin dejar atrás la percepción y el sentir de sí mismo ante otras personas.

De igual forma, es importante tener en cuenta que las poblaciones en situación de afectación mental con vulnerabilidad psicosocial son personas, familias, organizaciones y comunidades que pueden llegar a sentirse en un alto nivel de indefensión y desventaja en relación con los problemas que plantea la vida, requiriendo así, de un apoyo para salir adelante.

Sin embargo, según estudios realizados en diferentes países, los procesos de apoyo a las personas con afectación mental en situación de vulnerabilidad son débiles, por lo que el

usuario recorre sin orientación y/o acompañamiento todas las etapas del proceso de atención y con frecuencia no consigue lo que necesita ni logra superar el problema con el que inicia el proceso. Asimismo, dicho proceso de apoyo no realiza una integración de la persona a su entorno ni tiene una visión integral de su problemática. Así, las debilidades anteriormente expuestas de los procesos de apoyo aumentan el riesgo de la población vulnerable que puede desembocar en generación de diferentes tipos de sufrimiento y pobreza o un incremento de estas.

(Organización Mundial de la Salud, 2004) afirma que

Las tres ideas medulares para el mejoramiento de la salud están basadas en esta definición: la salud mental es una parte integral de la salud, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad y la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta. (p.14)

Con base en lo anterior, se puede afirmar que la salud mental es la base del bienestar para lograr un funcionamiento de calidad de una comunidad y sus individuos.

(Underwood-Gordon,1999, como se citó en Organización Mundial de la Salud, 2004) Afirma que la salud mental influye en todos los aspectos de la vida humana, teniendo una relación directa con el bienestar, esto se puede considerar en diversas formas:

1. La salud mental como factor en el bienestar y funcionamiento de los individuos;
2. La salud mental se considera como un recurso fundamental para los individuos y comunidades;

3. La salud mental tiene un impacto sobre la productividad general de la sociedad;
4. La salud mental abarca a todos los sujetos en cualquiera de sus contextos;
5. La salud mental contribuye al capital social, humano y económico de la sociedad;
6. La espiritualidad contribuye significativamente a la promoción de la salud mental y la salud mental en la espiritualidad. (p.23)

(Comisión de trabajo del Cuaderno de Voluntariado en Salud Mental, 2016) afirma que:

La salud mental es fruto de todos los aspectos de la vida cotidiana, porque no solo depende de factores físicos sino en gran parte de factores psicológicos y ambientales. En este sentido, se puede decir que las personas somos muy vulnerables, ya que estamos expuestos a sufrir un problema de salud mental en cualquier momento de nuestras vidas. (p.10)

Por otro lado, también afirma que, a lo largo de la vida, se establecen diferentes vínculos que generan una salud mental positiva, mientras que el aislamiento o estrés por enfermedad o muerte de sus seres queridos puede conllevar a una serie de trastornos, de este modo los sujetos pueden estar expuestos a factores de riesgo como nivel social y económico bajo, adaptarse a nuevos contextos, inmigración, el consumo y abuso de sustancias, que puede llevar a un deterioro de la salud mental.

Por ello, es fundamental delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo. (p. 11)

Es importante tener en cuenta que, los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos, ambientales o psicológicos, es por ello que se requiere de un actuar interdisciplinar con el objetivo de mejorar la calidad de vida del sujeto.

El trastorno mental se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo. Se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones. (p.15)

(Collazos, 2007) afirma que “De igual forma, existen otros factores comunes a la pobreza mundial como vivir en situaciones extremas de estrés psicosocial, pobreza, marginación, desilusión, desesperanza y con dificultades para recibir atención respecto a su salud mental.” (p.77)

Los trastornos mentales pueden ocasionar costos tanto económicos como emocionales, familiares y personales para los individuos que los padecen, en cuanto a los costos económicos se puede traducir al costo directo de tratamientos, frente a los costos sociales pueden ser significativos en términos de rechazo social, estigmatización, discriminación y/o ausencia de trabajo por otro lado, en los costos familiares, estos deben lidiar con carga

emocional que le genera el cuidado del sujeto, cubrir costos de tratamientos, transportarse a lugares de atención, entre otros.

(Posada, 2019) afirma que: “Hoy en día, un número cada vez mayor de personas no solo se sienten cómodas hablando de este tipo de problemas, sino que también quieren saber cómo actuar.” (párr.1).

Sin embargo, el autor menciona que es constante como se anima a hablar del tema, pero no es una solución ofrecer a las personas que hablen de sus problemas mientras solo se les ofrece un primer auxilio o intervención en crisis, ya que un accionar “erróneo” puede llevar al individuo a entrar en una problemática mucho más grande. Así que por un lado hay un problema en la falta de profesionales capacitados e instituciones que ofrezcan atención de calidad.

Si bien dos de cada cinco colombianos sufren, han sufrido o van a sufrir un problema o trastorno mental diagnosticable en algún momento de la vida, es difícil encontrar ayuda o simplemente no saben a dónde acudir para obtener atención. (párr.2)

Finalmente, el autor plantea que se debe abordar las causas profundas de los problemas y trastornos mentales en el país: la pobreza, la falta de vivienda, la exposición a la violencia, el crimen y al alcohol y drogas.

(Posada, 2013) afirma que

Al comparar la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia con otros 14 estudios homólogos de otros países desarrollados y en desarrollo, se encuentra que Colombia ocupa los cinco primeros puestos en algunas enfermedades mentales:

segundo puesto en el trastorno por control de impulsos, cuarto puesto en los trastornos de ansiedad y en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas como en cualquier otro trastorno (trastorno de ansiedad de separación en la infancia, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad de separación del adulto y bulimia nerviosa) y el quinto puesto en los trastornos del estado de ánimo. (p.1)

Seguido de esto afirma que los trastornos mentales afectan en gran medida a poblaciones como niños, adolescentes y adultos jóvenes lo que puede ver afectada de una u otra forma tanto la vida laboral como económica de la comunidad, en cuanto a los datos demográficos las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar trastornos de ánimo y/o ansiedad, mientras que los hombres tienen una mayor probabilidad de padecer problemas de control de impulsos.

La salud mental es fundamental para la salud pública y hay muchas razones para que sea así: los trastornos mentales son frecuentes, afectan a dos de cada cinco personas adultas en nuestro país, ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune a ellos, son costosos tanto económica como emocionalmente para la persona, la familia y la sociedad, y la coexistencia de enfermedades físicas y trastornos mentales es muy frecuente. (p.3)

Es por ello que se convierte en agenda primordial de salud pública el trabajar en la promoción de salud mental y prevención de afectaciones de salud mental, a su vez promoviendo también el bienestar emocional de las comunidades.

Acceso a servicios

(Zamora Rondón , Suárez- Acevedo, & Bernal- Acevedo, 2019) afirma que

En Colombia existen múltiples barreras de acceso, no únicamente para la salud mental sino para cualquier tipo de enfermedad; en un estudio que se realizó acerca de las barreras, se identificó que hay todo tipo de barreras, administrativas, geográficas, normativas, poca oferta y contexto cultural, social, político y económico. En Colombia las barreras geográficas van de la mano con la poca oferta de servicios de salud y cargadas de algunos determinantes sociales tales como la pobreza y la inequidad. (Sección de discusión, párrafo 1)

Por otro lado, la estigmatización también es una barrera que juega un papel en el déficit de atención en salud, lo que puede llevar a un impacto que se ve a toda escala, desde la individual hasta la comunitaria.

(Rojas Bernal, Castaño Pérez, & Restrepo Bernal, 2018) afirman que

El acceso real a los servicios de salud mental enfrenta serias dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutoria de sus necesidades; situación que desmotiva y limita el uso de los servicios, generando deterioro en el estado de salud con incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo. (p.136)

Existen barreras de acceso a servicios de salud mental, las cuales es posible “justificarlas” por la escasez de psiquiatras y su concentración en grandes ciudades, dificultad de acceso a terapias psicológicas específicas, dado que los profesionales de esta formación no son contratados por entidades de salud. Otros servicios que no se ofrecen son los grupos de apoyo, terapias de readaptación, programas de reinserción laboral, entre otros. Finalmente se

evidencia la falta de centros especializado, personal capacitado e infraestructura adecuada, y por otro lado los hospitales y clínicas psiquiátricas no están en capacidad de atender a población vulnerable.

Por otro lado (García, 2015) afirma que “La red de Salud mental, está muy bien articulada en cuestiones hospitalarias, pero hay una falta notable de recursos sociales, programas de reinserción laboral, falta de recursos básicos como el acceso a una “vivienda” a través de pisos tutelados...etc.” (p.15)

Frente a ello se puede decir que la falta de protocolos o directrices formales dificulta el acceso a los recursos, de las personas que padecen de problemas de Salud Mental.

(González, y otros, 2016) afirman que

El acceso puede medirse, entre otros, a través de la utilización de los servicios de salud por los individuos, lo cual está influido por la estructura del sistema, la disponibilidad de los servicios, la organización, el financiamiento y la naturaleza de los requerimientos de atención, que implica los recursos para los consumidores potenciales. (p.91)

Un acceso oportuno a los servicios de Salud Mental, requiere tanto de instalaciones propias como de disponibilidad de servicios que puedan contribuir a la disminución significativa de barreras, las cuales pueden ir desde el miedo a solicitar un servicio por el estigma hasta la adherencia a medicamentos, por otro lado, otro elemento que dificulta el acceso a servicios, son las rutas de atención desarticuladas con la atención primaria

(Campo Arias, Celina Oviedo, & Herazo, 2014) afirman

Por su parte, por barreras de acceso se entiende toda situación o condición que limita o impide recibir o disfrutar la atención o los beneficios que ofrece el sistema de salud. Este conjunto de situaciones se traduce en subutilización de los servicios ofrecidos. Las barreras de acceso pueden ser geográficas, financieras, administrativas o institucionales y socioculturales. (Sección de desarrollo del tema, párrafo 10)

En cuanto a las barreras geográficas tienen relación con la distancia entre usuarios y entidades prestadoras de servicios, las barreras financieras hacen referencia a la inversión financiera de la persona que solicita los servicios. Las barreras administrativas relacionadas con trámites burocráticos y finalmente barreras culturales como comportamientos de los colectivos y discrepancias existentes con la cultura de los administrativos y profesionales de salud.

El estigma como barrera significativa en el acceso de servicios de salud, se considera como barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental, privando así a las personas de gozar de una atención integral.

Rehabilitación Psicosocial

(Fernández & Ballesteros , 2017) afirma que “La rehabilitación psicosocial concibe al individuo como el protagonista de su propio proceso, con el fin de mejorar o mantener una situación vital concreta para evitar un mayor deterioro o cronificación” (p.20)

(WPA Consensus Statement on Rehabilitation of Persons Impaired by Mental Disorders, como se citó en (Uriarte, 2007) “La rehabilitación psiquiátrica puede ser entendida conceptualmente como el tratamiento continuado de los aspectos de los trastornos psiquiátricos que tienden a ser persistentes y que pueden conducir a discapacidad. Sus

métodos incluyen una mezcla de técnicas diversas que van desde lo biológico (un correcto tratamiento farmacológico), a la psicoterapia, el entrenamiento en habilidades psicosociales y vocacionales, la rehabilitación cognitiva, los grupos de autoayuda y la educación para los usuarios, sus familias y la propia comunidad, así como la participación en influir sobre aspectos legislativos y la educación de la población para modificar su percepción sobre el problema y ayudar a reducir la discriminación y el estigma”. (p.88)

Por su parte (Uriarte, 2007) afirma que

La Rehabilitación Psicosocial no es una técnica; es una estrategia asistencial que amplía los objetivos y trasciende el ámbito puramente sintomático. Y esa estrategia implica un punto de vista humanista, que aúna aspectos éticos y científicos de manera indisoluble. Humanista en contraposición de humanitario, terreno en el que se confunden los problemas sociales y la enfermedad mental, el voluntarismo con la profesionalidad, los derechos con las reivindicaciones, la ideología con la práctica. (p.89)

El objetivo principal del abordaje rehabilitador es la discapacidad funcional, las repercusiones de la enfermedad mental sobre el afrontamiento y competencia de las personas afectadas. La rehabilitación psicosocial se considera un elemento clave en el sistema asistencial para personas con enfermedades mentales que aspiren un modelo comunitario integrador, donde la reducción de este abordaje sanitario de la enfermedad mental puede restringir los derechos de las personas afectadas a recibir un tratamiento integral, que contribuye a su estigmatización y riesgo de marginalidad.

(Asociación española de neuropsiquiatría, 2002) afirma que:

Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares. (p.13)

La Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de gran importancia en la atención comunitaria para personas con problemas de Salud Mental, el cual se define como un conjunto de estrategias de intervención psicosocial que sirven como complemento a intervención farmacológicas, éstas se orientan a la mejora del funcionamiento tanto personal como social, de la calidad de vida y a la integración comunitaria.

La rehabilitación tiene que ver entonces con la ayuda que se le brinda a personas con Trastornos Mentales, a superar dificultades psicosociales y de integración social, apoyándose de la forma más autónoma y digna, donde también se apoya en los retos que supone la integración social, brindando herramientas para que se recupere su dignidad como persona y ciudadano.

Los objetivos de la Rehabilitación Psicosocial son:

- Posibilitar la adquisición de un conjunto de habilidades que son necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles;
- Potenciar la integración social dentro de la comunidad, fomentando un funcionamiento lo más integrado posible;

- Ofrecer seguimiento y soporte social que cada individuo requiera para asegurar su mantenimiento dentro de la comunidad;
- Disminuir el riesgo de deterioro psicosocial y/o marginalidad;
- Asesorar y brindar apoyo a las familias de las personas con trastorno mental severo para estimular su competencia en el manejo de problemas que se puedan presentar.

Relación profesional-paciente

(Fernández M. A., 1999) afirma que

La relación terapeuta-paciente debe basarse en la confianza mutua, en el respeto, lo que permite al paciente tomar decisiones libres e informadas. El deber del psiquiatra es proporcionar al paciente la información relevante que le permita tomar decisiones racionales de acuerdo con sus valores y preferencias. (p.632)

(Sánchez Vazquez, Blas Lahitte, & Ortiz Oria, 2015) afirma que “Aquí la participación del paciente en la toma de decisiones respecto de su salud enfermedad depende de la atribución que hiciera el profesional tratante respecto de la agencialidad autónoma del mismo paciente.” (p.4)

En dado caso que no se de la autonomía, el paternalismo profesional es el que deberá ejercerse en beneficio del otro para la restitución de esta autonomía. Se considera que una actitud responsable en el ejercicio de la profesión, implica también un valor de preocupación moral y jurídica por el otro, de este modo se establece la relación profesional-paciente bajo el cobijo de la responsabilidad.

Según (Sánchez Arrastría & Contreras Olivé, 2014) Se le ha otorgado cierta importancia a la relación médico-paciente como clave esencial para el éxito de la gestión asistencial. Asistencia que se cimenta en la relación entre el profesional y el paciente y la buena práctica depende mucho de la calidad de relación a la que se pueda llegar. Donde indudablemente se requiere de ciertas habilidades comunicativas para interactuar adecuadamente con el paciente y todo su entorno.

En primera instancia la atención del profesional debe comenzar de forma verbal donde se informe al paciente el paso a seguir, vinculando el derecho del paciente a la decisión y la información. Con esto, los pacientes aprecian que el profesional se muestre interesado ante el proceso y así mismo el paciente se puede indisponer cuando el profesional se comunica poco o muestra falta de competencias en su desempeño.

A modo de conclusión, la relación profesional-paciente es una relación interpersonal que maneja connotaciones tanto éticas como filosóficas y sociológicas, que no se puede dar si el profesional no establece con el paciente una relación profesional y solidaria.

Rehospitalización

(Díaz Soto, Orozco Moreno, & Villán Ramírez, 2016) afirma que “La rehospitalización de pacientes psiquiátricos hace referencia a la necesidad de internar nuevamente en el servicio de hospitalización a un paciente psiquiátrico que ya había egresado por la misma causa.” (p.17)

Este fenómeno puede estar asociado con diferentes factores sociodemográficos, características clínicas y antecedentes personales del paciente. La tasa de rehospitalización

permite inferir frente a la cantidad de personas que no pueden re-insertarse de forma adecuada a la comunidad.

(Pinzón Olmos, Cortés Duque, Pinzón Olmos, & Arias Duarte, 2021) afirman que

La rehospitalización temprana en unidades de salud mental (USM) es la necesidad de hospitalización de un paciente en los primeros 30 días tras el alta, principalmente por descompensación recurrente de su enfermedad mental. Este fenómeno se relaciona con un peor pronóstico y tiene impacto en el entorno familiar, social y laboral. El ausentismo laboral y las estancias hospitalarias adicionales son gastos para el sistema de salud y de empleo que han hecho de la rehospitalización un fenómeno de especial interés. (párr.1)

Por otro lado (Aléndez, 2020) afirma que

La rehospitalización psiquiátrica temprana (EPR), es definida como rehospitalización dentro de los 90 días. EPR representa un negativo Indicador de calidad de la atención y es perjudicial para los pacientes y sus familias. La rehospitalización psiquiátrica destaca el hecho de que, aunque los pacientes no están permanentemente hospitalizados, hay casos en los que se verifica la evolución de una afección crónica. Esta condición generalmente se caracteriza por un alto grado de enfermedad grave y persistente, que alcanza un nivel máximo de limitación, lo que interfiere en las relaciones interpersonales y las habilidades sociales. (p.10)

Gestión de Caso y Salud Mental

(Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad, s.f) afirma que La Gestión de Casos, cuyo desarrollo se puede considerar como un instrumento para mejorar la atención de aquellas personas con problemas de Salud Mental, y a su vez determinar los déficits y dificultades para mantenerse de forma autónoma en la comunidad, en la que se puede dar la falta de conciencia de enfermedad, baja demanda asistencial, poca adherencia al tratamiento y dificultad en el acceso a recursos disponibles.

Al ser un grupo de población con frecuente comorbilidad, vulnerabilidad, dependencia, complejidad de cuidados y elevado consumo de recursos sociosanitarios, se hace necesario una gestión integral del caso en su conjunto, necesitando cuidados fundamentalmente profesionales, que requieren un Gestor del Caso y estrategias que posibiliten su mantenimiento en su entorno social y familiar. (p.5)

En este proceso se hace necesaria la intervención de un Equipo Multidisciplinar que incluye a profesionales de Psiquiatría, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional.

(Castilla- La Mancha, 2013) afirma que

La atención en Salud Mental ha experimentado un notable crecimiento, en base a la ampliación de los recursos de atención y el aumento de profesionales, lo que debe permitir desarrollar programas de atención comunitaria de los que se puedan beneficiar grupos de pacientes graves y complejos, siendo uno de estos programas la “Gestión de Casos”. (p.8)

Sin embargo, cuando se habla de Salud Mental Comunitaria, se tiende a pensar que es una especialidad única de la salud mental, lo que es erróneo ya que la salud mental

comunitaria se basa en los cuidados ligados al entorno social y familiar del sujeto, su espacio físico o grupo social del cual se rodea.

La Gestión de Casos en Salud Mental es un proceso ORGANIZATIVO-ASISTENCIAL encaminado a valorar, planificar, ejecutar, monitorizar y evaluar un programa de atención a las necesidades de personas con Trastornos Mentales Graves y Trastornos Psicóticos Precoces (y en general a la Patología Mental Grave), favoreciendo la COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIO SANITARIOS necesarios para garantizar una CONTINUIDAD DE CUIDADOS eficaz y una atención HOLÍSTICA de calidad, encuadrando todo ello en los paradigmas de RECUPERACIÓN VITAL Y EMPODERAMIENTO de los pacientes. (p.14)

Lo que busca la gestión de casos es un proceso que busca la atención completa a la persona, con el fin de que esta se mantenga en su entorno comunitario con una calidad de vida óptima, implicando a la Salud mental a la comunidad, a la familia y al propio paciente.

Gestión de Caso

Asimismo, es fundamental realizar una revisión bibliográfica sobre gestión de caso, la cual ha tenido un amplio desarrollo en países como Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña. La metodología de gestión de casos (Grau, 1984, como se citó en Scharlach, 2001), empieza a aparecer en la literatura en los inicios de los años 1970, refiriéndose principalmente al campo de la salud mental, como una respuesta a la desinstitucionalización de miles de pacientes mentales de los hospitales y en la política estatal de cuidarlos en la comunidad, ya que al ser cerrados los grandes hospitales psiquiátricos y las personas ser tratadas en los consultorios ambulatorios, los centros de día o los centros de salud mental de la comunidad,

el aumento de la tasa de readmisiones indicó pronto que este tipo de atención era menos eficaz que lo previsto.

Ahora, para Sarabia, (2007), la gestión de casos tiene un enfoque directivo, el cual se ha destacado en los colectivos que son destinatarios de intervenciones bien sea desde los servicios sociales o sociosanitarios, al igual que de menores en situación de riesgo. Sin embargo, la autora destaca que es una intervención mucho más directiva cuando se realiza con personas que tienen discapacidades muy severas.

Para Austin y McClelland (1998), citados por Sarabia (2007), en referencia al apoyo de las personas que pueden necesitar cuidados de larga duración pueden verse desde dos perspectivas, la primera, la cual es orientada hacia el usuario donde deben ser asegurados los servicios proporcionados que sean para las necesidades de ese usuario en específico, supervisando las condiciones para garantizar la adecuación de los servicios, y plantea que debe ser el único punto de contacto que coordina la provisión de servicios que vienen desde los sistemas generalmente fragmentados, mejorando el acceso y la continuidad de y entre los servicios, apoyando a los cuidadores y personas de apoyo del usuario y sirviendo a su vez como enlace entre el sistema institucional y el sistema de atención basado en la comunidad.

Finalmente, la tercera perspectiva de la gestión de casos está orientada al sistema donde se deben identificar las carencias y fallos de servicios en la comunidad, facilitando el desarrollo de más servicios no institucionales, donde se permita promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios, mejorando la coordinación de los proveedores.

Según Quinn (1993, citado en Scharlach, 2001), la gestión de caso en la atención a largo plazo inició como un procedimiento para contribuir a las personas a tener ingreso a

programas y a superar la burocracia. Con un aumento de su uso alrededor de los años 70, a partir de la siguiente década se integraría en los programas del Estado de salud como Medicaid y Medicare. (USA). En Gran Bretaña la administración de casos tuvo un desarrollo parecido al de USA, solo que la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos se dio a lo largo de la década de 1980 e inicios de la de 1990, una vez que se comenzaron a cerrar o minimizar el número de camas en los manicomios psiquiátricos, haciéndose elemental la administración de casos como una elección a la hospitalización.

En cuanto a los modelos de Gestión de Caso en Estados Unidos, Scharlach, et.al. (2001), se evidencia que han sido aplicados principalmente a la atención a largo plazo. Se han definido tres modelos genéricos de coordinación operacional de cuidados:

(I) Modelo de equipo centralizado: se conforma por un equipo de enfermera/trabajadora social que trabajan con una persona u organización central de admisión y localiza todo el personal de Gestión de Caso en la oficina principal del programa para centralizar las referencias al mismo. La admisión, el asesoramiento y la comunicación con los proveedores se cumplen fuera de la locación de la oficina central.

(II) Modelo regionalizado: los profesionales gestores de caso están situados en el campo para estar más cerca de los usuarios y proveedores. Este modelo puede emplear un gestor de casos en la oficina central, que puede hacer admisión, asesorar usuarios y/o referir al profesional gestor de casos localizado en una oficina regional.

(III) Modelo basado en el proveedor: este modelo está centrado en el proveedor y se sitúa el equipo de Gestión de Caso, con mayor frecuencia profesionales gestores de casos, en el mismo nivel de los proveedores donde ellos son empleados o contratados por el grupo de

salud. De igual forma, es adaptable a diferentes acuerdos organizacionales.

El modelo de Gestión de Casos Diferenciado es potencialmente el mejor sistema articulado para proporcionar servicios de coordinación de la atención a las necesidades de los usuarios. Según Devon, Inglaterra (Searle, 1999, citado en Scharlach, 2001), es un modelo que cuenta con tres niveles distintos de asesoramiento y coordinación de la atención centrado en los niveles específicos de asistencia requeridos por los usuarios. Estos son: simple, moderado y complejo. En primer lugar, el asesoramiento simple consiste en la asesoría vía telefónica de un individuo cuya situación es estable, necesidades están claramente definidas, y requiere solamente información acerca de programas y servicios. El asesoramiento moderado consiste en un cuestionario escrito de auto-evaluación, posiblemente acompañado de un contacto telefónico o personal con un técnico auxiliar. Se considera apropiado cuando la situación parece ser estable y previsible y hay un acuerdo acerca de las necesidades primarias para las que se requiere asistencia. Finalmente, el asesoramiento complejo comprende una visita personal de una trabajadora social y puede también incluir valoraciones por especialistas de diferentes organizaciones y disciplinas. Esto se considera apropiado cuando las necesidades son complicadas, mal definidas y sujetas a fluctuación, cuando los riesgos no son bien conocidos o son difíciles de manejar, o cuando se considera un cambio permanente de ambiente doméstico.

Habitabilidad de calle

La habitabilidad de calle definida por las Naciones Unidas (1998) como aquellas personas sin una morada y están a la intemperie, que llevan sus escasas pertenencias con ellos, por lo tanto, duermen en las calles o lugares públicos como debajo de puentes, parques, entre otros, además de tener una falta de vínculos con las estructuras sociales.

Por otro lado, para González (2018) la habitabilidad de calle se refiere a un sujeto que se apropia de un espacio social, acompañado de un lenguaje oculto respondiendo así a la lógica de su relación con el sistema, que le permite instituir sus propias normas y a su vez regular sus intercambios sociales en términos de convivencia. De igual manera, se establece el inconformismo ante el discurso oficial de las relaciones de poder a través de formas de comunicación particulares, caracterizándose por ser ágil a pesar de que también puede pasar desapercibido por algunos, como el movimiento de manos, ojos señas y frases cortas que son consolidadas con el tiempo en situaciones como el sufrimiento, el abandono social, el peligro diario a que son expuestos, el ocio, la expresión de sentimientos y las formas de sobrevivencia en la calle.

Dentro de las prácticas económicas comunes diarias de un habitante de calle está la “mendicidad” bien sea de comida, dinero, ropa, entre otros, al igual que buscar en la basura o formas delictivas como el robo. Para Ibañez y Montero (2012) citados por González (2018):

Los pobladores de la calle son receptores de rechazo social, al no cumplir los requerimientos sociales exigidos, por lo que llegan a distanciarse de las formas de producción y deciden ubicarse en un espacio sin sabor, olor o calor, a la espera de lo que les brinden o le permita su entorno social inmediato (p. 12).

De esta manera, el autor se refiere al habitante de calle como un agente dinamizador que genera participación en la economía: “...desde las perspectivas de la legalidad, institucionalidad o como la ilegalidad en el que es actor primordial de una economía subterránea. No solo es el fruto de un sistema, sino que además es un instrumento preso de la delincuencia organizada a través del microtráfico.” (p. 12)

Alianza al tratamiento

A partir de Aramburu, et al. (2014) se percibe la Alianza Terapéutica al tratamiento como la configuración de la relación interpersonal necesaria entre el paciente y el terapeuta o demás profesionales que acompañen el proceso, por lo cual, dentro de las orientaciones teóricas se le otorga al presente concepto un papel vital dentro de los procesos terapéuticos, debido a la eficacia encontrada dentro de los tratamientos que se han llevado a cabo de esta manera con respaldo de un sin fin de estudios. Asimismo, se considera fundamental que la alianza se tome a consideración en todos los tratamientos, ya que al no ser desarrollada o con una mala intervención se presenta una dificultad en el proceso, por lo que se sugiere una dedicación especial en la formación y mantenimiento de técnicas interpretativas y no interpretativas cuando sean requeridas.

Educación específica sanitaria

Según el (Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud Cajamarca, s,f) afirma que:

Es un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables (hábitos, costumbres, comportamientos) a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad. Desde este punto de vista, la educación sanitaria comprende un conjunto de actividades educativas desarrolladas en procesos formales e informales, que ejecutan permanentemente (educación continua) todos los actores, como parte de las actividades institucionales; no se limita a la transmisión puntual de mensajes mediante charlas o demostraciones. (pp 10-11)

Consumo de SPA

El Consumo de Drogas, teniendo en cuenta la definición de la Organización Panamericana de la Salud (s.f) acerca del uso de sustancias “para uso recreativo, el alcohol o el tabaco; para uso farmacológico, como los tranquilizantes, analgésicos opiáceos, de uso general, como los solventes industriales. Un grupo cuyo uso es considerado ilícito y sólo autorizado con fines médicos o de investigación, como el caso de la cocaína y sus derivados.” (párrafo 1). Lo anterior, provocando graves consecuencias en distintos órganos y sistemas, donde además su uso prolongado puede llegar a generar un trastorno de dependencia.

El consumo de sustancias psicoactivas es una práctica que se ha visto desde años atrás y donde habitualmente se ve enfocado en los jóvenes teniendo como consecuencia diferentes problemas en la salud, su comportamiento e incapacidad tanto laboral como social. Las causas relacionadas con el consumo pueden reflejarse en factores biológicos, psicológicos y socioculturales como otros relacionados con la influencia del grupo de pares, la disponibilidad de sustancias en el entorno, presencia de síntomas depresivos y abandono escolar que pueden ser determinantes a la hora de tomar la decisión de empezar con un consumo constante. De igual manera, los problemas que se presentan desde el núcleo familiar, tienen gran repercusión; fenómenos como la violencia intrafamiliar, pautas de crianza inadecuadas, modelos parentales negativos de consumo, poca atención de los padres a sus hijos, entre otras, pueden ser factores de riesgo.

Para Pons (2008) la problemática del consumo de drogas está sujeto a diferentes interpretaciones epistemológicas, el consumo de drogas compromete a una persona que realiza una elección conductual que conlleva a una reacción del organismo por presencia de diferentes sustancias químicas. En los escenarios sociales se perciben diferentes variables que son

condicionantes para este fenómeno, estas son psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas, éticas. Por esto, es importante no ver la problemática desde una perspectiva reduccionista o con una interpretación únicamente parcial, teniendo en cuenta los diferentes aportes que se han realizado a lo largo de los años por los investigadores para interpretar este fenómeno, dentro de estas se encuentra: modelo jurídico, modelo de la distribución del consumo, modelo médico tradicional, modelo de reducción del daño, modelo de la privación social, modelo de los factores socio estructurales, modelo de educación para la salud, modelo psicológico individualista y modelo socio ecológico.

Usuarios rurales

Según Kayser (1990) un sociólogo francés, citado por Cortés (2013), un espacio rural puede definirse como un conjunto territorial en el cual existe un modo propio en la utilización del espacio y de la vida social. De esta manera, se distingue por la densidad baja que se puede encontrar en el número de habitantes y construcciones, determinando así un predominio en los paisajes vegetales, igualmente, se encuentra una particularidad en el modo de vida de los habitantes de este espacio debido a la limitación percibida en la pertenencia de colectividades, en el cual se tienen fuertes lazos sociales y amplio conocimiento personal, gracias a la relación particular con el espacio que permite un entendimiento vivencial del medio ecológico, por lo cual, también se tiene una percepción ante la identidad y representación relacionada con la cultura campesina.

Recaída

La recaída para Marlatt y Gordon (1985) citado por Blanco y Jiménez (2015), se entiende como la consecuencia que vive una persona cuando es expuesta ante una situación

de riesgo y en donde esta, no cuenta con las capacidades y estrategias adecuadas para afrontar o responder de manera que pueda garantizar su abstinencia. De esta manera, desde las investigaciones las características evidenciadas en este patrón conductual tienen que ver con el comportamiento del sujeto en la alta implicación y compulsión ante el deseo de seguir con el consumo, y a su vez, acompañado por la poca habilidad para su control en la persistencia a consumir, dejando a un lado las consecuencias negativas tanto para la persona como para el núcleo cercano y/o cuidadores.

Desde Chávez (2010) la recaída no implica necesariamente el fracaso o abandono del proceso que se esté llevando a cabo, ya que el sujeto es capaz y debe reponerse de dicho suceso, aprender las diferentes circunstancias que lo llevaron a esto y continuar con el camino hacia la recuperación, resaltando que los tratamientos siempre son procesos que se realizan de manera paulatina donde se presentan tanto avances como retrocesos y en donde siempre existe la posibilidad de recaída ya que lo que se busca es la abstinencia definitiva de algo o hacia algo. De igual manera, la recaída debe verse además como resultado de un proceso como un fenómeno que requiere de atención especial y estudio.

Para la autora, dentro de cualquier tipo de tratamiento se evidencia el modelo transteórico en el cual se fundamenta que los procesos en los que se busca o tienen como fin un cambio no avanzan de manera lineal, por el contrario, es dinámico, en el cual se tienen avances y retrocesos, y en algunos casos los sujetos pueden entrar en patrones cíclicos por determinado tiempo hasta que este logra consolidar el mantenimiento de la abstinencia por la que esté en el proceso, sin embargo, se resalta que las recaídas se presentan cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento fracasan, y esta puede originarse tanto en la etapa de mantenimiento como en la de acción.

Trabajo Social

El Trabajo Social entendido por Martínez (2011), como:

“Una filosofía de la acción y un arte científico que, mediante ejercicios colectivos e innovadores de organización y participación social, impulsa procesos de investigación, diagnóstico, planeación, gestión, desarrollo, administración, evaluación, sistematización y comunicación de políticas, modelos, planes, programas, proyectos, estrategias e iniciativas de acción colectiva, indispensables para transformar positivamente la forma y el fondo de las necesidades y problemas sociales sentidos y priorizados por la población” (p. 7).

Ahora, para Estrada (2011) el Trabajo Social es una disciplina-profesión que hace parte de las Ciencias Sociales y Humanas que son confrontadas por la existencia de nuevos contextos, actores sociales, instituciones, agendas de políticas públicas; por lo que se evidencia que las circunstancias actuales de vida son un reto para todas las profesiones y disciplinas en general. De igual manera, la intervención social se percibe como un campo social que permite el análisis a partir de puntos de vista como lo epistemológico, teórico-conceptual, metodológico y ético-político.

De esta manera, Estrada (2011) fundamenta que:

(...)los nuevos contextos los problemas y complejas problemáticas sociales, se realiza una mirada sobre el movimiento de Reconceptualización destacando algunos de sus principales aportes y dificultades que caracterizó este proceso, en ese sentido se relieves cómo la ausencia de una formación que se fundará en el conocimiento de la relación teoría-método, para abordar el estudio de las realidades sociales, le impide a

la profesión generar un conocimiento sobre las especificidades sociales en las que interviene, repensar y teorizar la intervención, criticarse a sí misma y cuestionar creativamente las teorías tomadas de las Ciencias Sociales y Humanas. (p. 3)

A partir de esto, el autor considera necesario redefinir el concepto de la intervención en lo social y asumir un análisis pertinente dentro de la intervención social tanto interdisciplinario como transdisciplinario, teniendo en cuenta que este también puede caracterizarse como un proceso contradictorio y conflictivo, mediado por las posiciones de los agentes sociales respecto a su decisión de la dedicación ante la construcción de oportunidades y futuro. Por esto, la fundamentación de la intervención en lo social dentro de la profesión de trabajo social tanto como saber y como práctica para Estrada (2011), debe formularse la relación pertinente entre el conocimiento y la acción para de esta manera identificar y transformar dentro de la profesión los objetos de intervención a conocimiento. Por lo que el autor plantea las siguientes dimensiones como referentes: “identificación de problemas sociales y situaciones problemáticas complejas, lectura de los contextos particulares micro-estructurales y macro-estructurales, comprender y explicar los procesos sociales que se encuentran en curso y los sujetos sociales implicados con sus significaciones, representaciones sociales y sus imaginarios simbólicos” al momento de realizar la construcción de una propuesta o estrategia de intervención social.

Rol administrador de casos

Courtin (s,f) afirma que el gestor de casos requiere de un conocimiento detallado del sistema local de provisión de servicios, de los proveedores, servicios, programas, requisitos de acceso a cada uno de ellos y la gestión económica; exige habilidades de valoración y

capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa. En cuanto a las destrezas fundamentales está la de gestión, confidencialidad y apoyo. (p.5)

(Porras Agulló, y otros, 2012) afirman que “Los/las trabajadores/as sociales sanitarios (en adelante tss) desempeñan competencias y roles profesionales en la continuidad asistencial, para coordinar la atención de los/as enfermos/as complejos/as y en situación de cronicidad dentro del proceso asistencial centrado en el/la paciente.” (p.270)

Mediante este enfoque el/la profesional en Trabajo Social valora las necesidades del usuario y de su familia y teniendo en cuenta esto coordina los servicios que puede ofrecer desde el trabajo en red, para así satisfacer las necesidades del individuo.

El/la trabajador/a social tiene como objetivo central en la intervención en gestión de caso, el intervenir en la mejora de la atención sociosanitaria a los pacientes y sus familias, diagnosticando la problemática socio-familiar, elaborando plan de intervención social e interviniendo en la red de apoyo social.

Aunque en la Gestión de caso, cada uno de los profesionales debe cumplir una función, el Trabajador Social en el abordaje, ya que es el/la encargado/a de valorar las condiciones y necesidades del paciente en su domicilio. Por otro lado, el profesional también debe valorar la situación sociofamiliar del/la usuario/a, ya que este presenta unas condiciones específicas propias o de su entorno familiar que pueden contribuir o por el contrario, obstaculizar la buena intervención de los profesionales.

Cuando se ha detectado un posible caso, el/la trabajador/a social debe estar presente en el seguimiento de dicho usuario/a para dar solución a las necesidades que puedan surgir a lo largo del proceso, así como ver la evolución de los apoyos sociales.

Trabajo Social y salud mental

El Trabajo Social en el campo de la salud mental, se ha considerado como una especialización profesional. A inicios del siglo XX en EEUU se incorporaron los trabajadores sociales a hospitales psiquiátricos y se fueron integrando de forma gradual, ya que se empezó a dar el valor de los datos sociales y por ende el papel del trabajador Social. (Trullenque, 2010, pág. 334)

El término de salud mental se asocia a condiciones de vida, posibilidades de desarrollo, por ende, es más amplio que solo la enfermedad mental, es por esto que el trabajador social interviene junto con otros profesionales en temas de rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud.

En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. (p.338)

Se habla entonces de Trabajo Social relacionado con la valoración de la interacción entre la interacción tanto psicológica, como biológica y social del sujeto.

(Ituarte, A., 1992, como se cita en Trullenque,2010) afirma que hay tres fundamentos principales por lo que el Trabajo Social en salud mental produce el cambio:

1. Por medio de la relación interpersonal;

2. Por medio cambios en la situación social;
3. Por medio de cambios en las relaciones con las personas significativas en el espacio vital de los individuos.

Dentro de las funciones que desempeña el Trabajador Social en Salud Mental:

1. Función de atención directa: Es la atención que se presta a individuos, familias y/o grupos que se encuentren en riesgo de presentar problemas de carácter social en relación con un problema de salud;
2. Función preventiva, de promoción e inserción social: Con el objetivo de lograr una adecuación personal al medio social.

(López, 2015) afirma que “Las enfermedades mentales normalmente son acompañadas por la cronicidad lo que produce la aparición de consecuencias sociales a las cuales debemos estar atentos los trabajadores sociales.” (p.13)

Cuando una persona se enfrenta a una enfermedad de salud mental, también se enfrenta a cambios en su entorno social. Las relaciones sociales y familiares, su vida laboral, hábitos, entre otros, son cuestiones que el trabajador social sanitario debe abordar para contribuir en la generación del mayor bienestar posible de la persona en su nueva situación.

(Sánchez, 2019) afirma que, desde el campo de la salud mental, se puede concebir a los pacientes no solamente desde sus características individuales sino también desde una visión más amplia, como lo son los factores sociales, ambientales, contexto social, red familiar y comunitaria de la persona. Es por esto que el Trabajo Social aporta el carácter social a lo clínico. (p.18)

Gestión de caso y Trabajo Social

(Clarity Human Services, 2016) afirma “Desde finales del siglo XIX, los primeros administradores de casos de trabajo social se veían a sí mismos como ayudantes benevolentes. Sin embargo, los trabajadores sociales de hoy reconocen ahora su relación con los clientes como una asociación.” (p.1º)

El trabajador Social ejerce como el sistema de apoyo para su cliente, y así mismo es importante que lo ayude a construir sistemas de apoyo y a la toma de sus propias decisiones, incitando al sujeto a alcanzar resultados más efectivos.

Su trabajo es esencial para el bienestar de su cliente y su comunidad. Si bien la gestión de casos de trabajo social implica muchos roles diferentes para llenar y partes móviles para coordinar, ingresar a su trabajo todos los días con estos tres principios en mente puede ayudar a unir esas piezas. (p.13)

Por otro lado (Global Social Service Workforce Alliance, 2018) afirman:

La gestión de casos es un proceso practicado por trabajadores de servicios sociales que apoya o guía la prestación de apoyo de servicios sociales a niños y familias vulnerables y otras poblaciones necesitadas. Comienza cuando se identifica que una persona o familia tiene una vulnerabilidad o se encuentra en una situación difícil que requiere apoyo o asistencia. La gestión de casos involucra a un trabajador de servicio social o un trabajador de servicio social I que evalúa en colaboración las necesidades de un cliente (y cuando es apropiado, la unidad del cliente) y organiza, coordina, monitorea, evalúa y aboga por un paquete de servicios para satisfacer las necesidades específicas de un cliente. Esto puede requerir que el trabajador de servicios sociales se

vincule e involucre a miembros y líderes de la comunidad, organizaciones no gubernamentales y religiosas, así como a representantes de los sectores de educación, salud y justicia. (p.7)

Vulnerabilidad Psicosocial

(Gavilán & Labourdette, 2006, como se cita en (Rodríguez & León Fajardo, 2017)

afirman que:

Puede ser vista desde diferentes perspectivas, por lo cual puede manifestar tanto a dificultad frente a situaciones que se presenten en el contexto, del cual pueden ser partícipes las entidades educativas, la misma forma de gobierno con la falta de medidas para salvaguardar y mantener bajo protección a las personas, y por otro lado las insuficiencias internas del individuo en términos de seguridad, personalidad y bajo conocimiento de sí mismo relacionado con eventos previos de desventaja. (p.26)

(Organización Panamericana de la Salud, 2002) afirma que “La vulnerabilidad es la condición interna de un sujeto o grupo expuesto a una amenaza/evento traumático, que corresponde a su disposición intrínseca para ser dañado; es la resultante de un proceso dinámico de interacción de diversos factores.” (p.2)

En cuanto a la atención de salud mental implica reconocer las diferencias de los distintos grupos poblacionales relacionados con edad, género y nivel socioeconómico, enfatizando que las poblaciones más vulnerables son quienes tienen más dificultades para subsistir y tener mayor acceso a apoyos sociales.

El autor presenta una serie de condiciones que influyen en la vulnerabilidad, teniendo en cuenta que no solo por presentar una sé es vulnerable sino por presentar en conjunto varias de estas:

1. Edad y sexo: niños, niñas y adolescentes, ancianos(as), mujeres;
2. Etnia: Poblaciones indígenas, grupos minoritarios;
3. Antecedentes de enfermedades físicas y/o psíquicas: Personas discapacitadas, enfermos psiquiátricos de larga evolución y trastornos psiquiátricos anteriores, enfermedades crónicas;
4. Condiciones económicas y sociales: Grupos en pobreza y pobreza extrema, marginalidad en grandes ciudades, migrantes del campo a la ciudad y residentes ilegales;
5. Antecedentes de eventos traumáticos: Grupos poblacionales que han sufrido de violencia de cualquier índole, comunidades que han sido afectadas por desastres naturales;
6. Condiciones de trabajo en situaciones de catástrofes: Miembros de los equipos institucionales y comunitarios de respuesta. (p.3)

(Pizarro, 2001, como se cita en (Estevez, Vulnerabilidad psicosocial: una aproximación conceptual, 2011) afirma que “la vulnerabilidad es un rasgo social dominante en los patrones de desarrollo en el contexto latinoamericano que ha dejado a los sectores populares y a los sectores medios expuestos a elevados niveles de inseguridad e indefensión”

(Pizarro, 2001) afirma que

Los términos “vulnerabilidad” y “grupos vulnerables” se vienen utilizando con mucha frecuencia en círculos intelectuales y gubernamentales de América Latina. Los fuertes impactos sociales provocados por los programas de ajuste tienen responsabilidad en la incorporación de esta nueva terminología. Sin embargo, no se observa gran precisión conceptual cuando se hace referencia a la vulnerabilidad social y la mayoría de las veces se la confunde con pobreza.

El término de vulnerabilidad social tiene dos connotaciones, por un lado, la indefensión e inseguridad que presentan las comunidades y sus individuos, provocado por algún tipo de evento de carácter traumático, por otro lado, se encuentra el manejo de recursos que utilizan los individuos para enfrentar los efectos de ese evento.

Según el autor (Castillo, 2015) Las variables principales que actuarán como moduladoras de la vulnerabilidad psicosocial son:

- Riesgo
- Afrontamiento
- Resiliencia
- Estrés
- Apego
- Inteligencia Emocional

(Estevez, Serrone , & Molinaroli, 2011) afirman “ Si bien vulnerabilidad psicosocial es un concepto estrechamente ligado a la categoría descriptiva de pobreza, no debe ser reducido sin más a ella ya que ofrece indicadores de procesos causales que van más allá de la condición de pobreza.” (p.222)

6. Marco Legal

En el siguiente apartado se hace mención a toda la normatividad nacional a tener en cuenta, considerando a toda la población en riesgo de vulnerabilidad psicosocial que se estima pueden llegar a contribuir y soportar legalmente en esta investigación.

Tabla 1

Marco legal

| Normatividad | Descripción |
|---|---|
| Constitución Política de Colombia de 1991 | Colombia es un Estado social de derecho, donde el fin esencial del mismo es servirle a la comunidad promoviendo el bienestar general, garantizando el ejercicio de los principios, derechos y deberes, donde los derechos fundamentales que promueven la salud mental positiva son, el derecho a la intimidad personal y familiar, derecho al libre desarrollo de la personalidad, derecho a la libertad de conciencia, libertad de expresión y difusión de pensamientos y opiniones, derecho a la paz, derecho a circular libremente por el territorio nacional, derecho al trabajo, libertad de escoger profesión u oficio, entre otras, las cuales obstaculizan el paso a problemas y trastornos mentales. |
| Ley 100 de 1993 | “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.” (p.1) |
| Decreto 250 del 7 de febrero de 2005 | Se expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones. |
| Acuerdo 152 de 2005 | “Modifica el Acuerdo 12 de 1998 y se adoptan medidas para la atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual.”(p.1) |
| Ley 1098 de 2006 | “Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.” (p.1) |

| | |
|---|---|
| Decreto 482 de 2006 | Por el cual se adopta la Política Pública de Juventud para Bogotá D.C. 2006-2016. |
| Ley 1122 de 2007 | “Con esta ley se realizan algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. La Ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.” (p.1) |
| Ley 1146 de 2007 | “Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. La Ley tiene por objeto la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.” (p.1) |
| Ley 1361 de 2009 | “Por la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia. La Ley tiene por objeto fortalecer y garantizar el desarrollo integral de la familia, como núcleo fundamental de la sociedad. En desarrollo del objeto se contempla como deber del Estado proveer a las familias y a sus integrantes, herramientas para potenciar sus recursos afectivos, económicos, culturales, de solidaridad y criterios de autoridad democrática, de manera que los programas de atención a la familia y a sus miembros prioricen su unidad y la activación de recursos para que funcione como el instrumento protector por excelencia de sus integrantes.” (p.1) |
| Acuerdo 406 de 2009 | “Se establece que toda persona afectada por episodios de violencia intrafamiliar y sexual conforme al grado de complejidad de los casos dispondrá del servicio de atención terapéutica. Señala que la Secretaría Distrital de Salud definirá un Plan de trabajo individual y familiar que logre mejorar la salud mental de las víctimas, el cual incluirá visita domiciliaria, psicoterapia individual y psicoterapia familiar. Determina que la misma entidad, contará con un servicio especializado de atención inmediata para los casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual, disponiendo de ambulancias, personal y equipo especializado que permita trasladar a las víctimas desde el momento en que se solicite el servicio.” (p.1) |
| Decreto 691 de 2011 | Mediante el cual se adopta la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C |
| Ley 1438 de 2011 – Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud | ” Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones” Esta Ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y |

| | |
|---|--|
| | objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera. (p.1) |
| Ley 1566 de 2012 | Anotaciones Ley 1566 de 31 de julio de 2012: “Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas”. (p.1) |
| Ley 1616 de salud mental en Colombia de 2013 | El objeto de la Ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. |
| Política Distrital de Salud Mental (2015-2025) | “La Política Distrital de Salud Mental 2015-2025 ha sido desarrollada para garantizar el derecho a la salud mental como una prioridad de la población del Distrito capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida. Su objetivo es garantizar el derecho a la salud mental como una prioridad de la población del Distrito capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida.” (p.5) |
| Política Nacional de Salud Mental (Resolución 004886 de 2018) | La Política Nacional de Salud Mental busca posicionar la salud mental como agenda prioritaria para el país, realiza un análisis de la situación teniendo en cuenta diferentes afectaciones en la salud mental, como problemas y trastornos mentales; conducta suicida; consumo de SPA, violencias; convivencia social y epilepsia. |

Fuente: elaboración propia.

Es necesario tomar en consideración toda la normatividad tanto Local como Nacional aplicada a la población en situación de vulnerabilidad psicosocial desde la Constitución Política de 1991 que es ley de leyes, otros decretos, artículos y/o políticas que contribuyan al amparo de los derechos de la población en situación de vulnerabilidad psicosocial

considerando que esta es muy amplia en todo el territorio nacional. Desde personas afectadas por su salud ya sea física o mental, personas afectadas por el consumo de drogas y/o personas afectadas por la violencia en cualquiera de sus vertientes. Por ende, para efectos de la investigación que tiene como fin último la creación de un modelo de gestión de caso, es pertinente precisar qué normas cubren a la población para que estas sean de libre conocimiento tanto a los profesionales que intervienen allí como a la comunidad en general, específicamente a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad psicosocial.

7. Metodología

La presente investigación es una investigación documental, propuesta por Consuelo Hoyos Botero (2000) en el documento “Un modelo para la investigación documental. Guía teórico-práctica sobre construcción de Estados del Arte, con importantes reflexiones sobre la investigación” que a partir de documentos y conocimientos acumulados (fuentes secundarias), genera saberes en un área profesional particular y se desarrollará mediante cinco (5) fases que se describirán y genera su respectiva articulación práctica a continuación:

1. Fase preparatoria;
2. Fase descriptiva;
3. Fase interpretativa por núcleo temático;
4. Fase de construcción teórica global;
5. Fase de extensión y publicación.

Respondiendo a la finalidad de la investigación, se presenta como un estudio descriptivo de corte cualitativo, según (Hoyos,2000)

En el modelo cualitativo, el investigador es un facilitador o coparticipante que establece una relación horizontal, donde el saber proviene de la interacción social. Se ocupa de aspectos y dimensiones del orden de lo subjetivo, de lo humano, de las construcciones culturales y de las representaciones sociales históricamente determinadas. La conducta ética, toma en consideración los valores y las situaciones de historicidad propias (nivel axiológico), trabaja con construcciones sociales e individuales de la conducta humana, y hace énfasis en la relación de sentido, el contexto y la comprensión. Mediante un proceso inductivo, es decir que va de lo

particular a lo general, el investigador describe y explora; el mundo social justifica para él la teoría. (p.13)

Enmarcado dentro del paradigma comprensivo- interpretativo desde la teoría hermenéutica que se considera como el arte de interpretar, en este caso, un texto escrito, con el objetivo de darle sentido al mismo. Como lo menciona (Hoyos, 2000) el problema central de la hermenéutica se basa en interpretar y comprender. Esta se ve como una problemática inherente a las ciencias del espíritu, donde desde el quehacer del investigador posibilita el acceso al mundo mediado por el lenguaje.

La hermenéutica, en tanto ciencia de la interpretación, es pues, el elemento estructurador del proceso de construcción de estados del arte; es por ello que, partiendo de la investigación del fenómeno en estudio, se puede llegar a la comprensión y a la transformación del mismo mediante un recorrido que va de los referentes inmediatos a los resultados de esta investigación y finalmente a la comprensión en una secuencialidad que permite enlazar descripción, explicación y construcción teórica nueva desde esa comprensión. (p.33)

7.1 Fase I. Preparatoria

Hoyos, (2000), tiene como fin el orientar cómo se realizará el estudio, el objeto de investigación, cuáles son sus áreas temáticas, cuál es el lenguaje común, así como los pasos a seguir a lo largo de la investigación. Tiene tres objetivos principales los cuales son el conocer los elementos teóricos de un estado del arte, identificar el objeto de estudio y favorecer la apropiación de la metodología a seguir.

Por otro lado, cuenta con una serie de actividades, como taller introductorio, definición del área de trabajo, análisis del documento guía para la formación investigativa

sobre el estado del arte, revisión y apropiación teórico-práctica de indicadores en la recolección de información, distribución por subgrupos de los diferentes núcleos temáticos, los que para efectos de esta investigación surgen cuatro (4) cada uno con sus respectivos sub núcleos, los cuales son: Habitabilidad de Calle que cuenta con dos (2) sub núcleos temáticos (Alianza a tratamiento y educación específica sanitaria), Consumo de drogas que cuenta con dos (2) sub núcleos temáticos (Usuarios rurales y recaída), Salud Mental que cuenta con cuatro (4) sub núcleos temáticos (Acceso a servicios, rehabilitación psicosocial, relación entre consumidor y profesional y Re hospitalización) y Trabajo Social que cuenta con un (1) sub núcleo temático (Rol de administrador de casos).

El tiempo proyectado para esta fase es de dos (2) meses aprox. (pp. 52-53).

7.2 Fase II Fase Descriptiva

Hoyos. (2000) Esta fase se denomina como el trabajo de campo para dar cuenta a los tipos de estudios que se han llevado a cabo, cuáles son los referentes teóricos, autores, los sujetos con los que se ha realizado, sus delimitaciones espaciales y temporales y finalmente qué diseños se han utilizado. El objetivo principal de esta fase es realizar el esbozo de las unidades de análisis, de los datos y someter a los mismos a un proceso de revisión y descripción.

Dentro de las actividades que se enmarcan en esta fase son:

- Revisión documental en universidades y centros de documentación e investigación;
- Los encargados de cada uno de los núcleos temáticos proceden a la recolección y descripción del material, según los indicadores mediante la

utilización de las fichas (A, B, C y D). (ver tabla 2). En esta fase se hizo la revisión documental de los treinta (30) documentos (ver anexo 1), donde se hizo la descripción de cada uno de estos por medio de (RAES) los cuales se codificaron por medio de las letras A, B, C y D. Donde Habitabilidad de Calle corresponde a la letra A y cuenta con cinco (5) documentos, consumo de drogas corresponde la letra B con cinco (5) documentos, salud mental que corresponde a la letra C con dieciocho (18) documentos, finalmente Trabajo Social que corresponde a la letra D con dos (2) documentos.

En cuanto al tiempo proyecto para la revisión es de dos (2) meses aproximadamente, sujetos a cambios teniendo en cuenta si la documentación es escasa o no. (p.54).

Tabla 2

Resumen Analítico Especializado

| Código | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. Título. | |
| 2. Autor | |
| 3. Edición | |
| 4. Año de publicación | |
| 5. Páginas | |
| 6. Fecha de realización | |
| 7. Palabras claves | |
| 8. Descripción | |
| 9. Contenidos | |
| 10. Metodología | |
| 11. Conclusiones | |

| | |
|--------------------------|--|
| 12. Autor del RAE | |
|--------------------------|--|

La salud mental es la preocupación de comunidades enteras y un factor de riesgo para las mismas, en uno o más momentos de la vida. Sin embargo, se identifica que ciertos grupos tienen un riesgo elevado y una probabilidad reducida de lograr la salud mental. Como se señaló anteriormente, estos incluyen: personas desempleadas; personas que experimentan eventos de vida traumáticos; grupos vulnerables, incluidas algunas minorías étnicas; personas de edad avanzada.

De esta manera, se puede distinguir entre actividades dirigidas a poblaciones en general y aquellas hacia los grupos de riesgo. Teniendo en cuenta que hay momentos en el ciclo de vida en los que las intervenciones pueden ser de particular importancia y, en los que se puede argumentar que se deben focalizar los recursos escasos. Intervenciones con los padres jóvenes, tanto por su propia salud como por la de los hijos, son un ejemplo concreto.

Siguiendo el protocolo original, las intervenciones relacionadas con los probables factores de riesgo y protección deben abordarse junto con todos los entornos y grupos de usuarios.

Con el fin de realizar una revisión manejable y en ausencia de preferencias claras del campo o fundamentos lógicos sólidos para un enfoque más estrecho, algunas áreas tuvieron que ser descartadas por los investigadores puesto que no aportan significativamente a la investigación. Estas decisiones se tomaron por varios motivos entre ellos el conocimiento de la literatura sobre intervenciones de Gestión de Caso obtenida de la revisión preliminar de la literatura; conocimiento propio de la Gestión de Caso en salud mental, las percepciones de los intereses en el campo; la relevancia de las intervenciones para la práctica de Gestión en

salud mental ampliamente concebida; revisiones existentes y razones sólidas para emprender revisiones separadas de aspectos particulares de la Gestión de Caso en salud mental.

Se determinó el no restringir el periodo de tiempo para la búsqueda documental, teniendo en cuenta la escasez de la información, se hizo una revisión de documentos en el idioma inglés, teniendo en cuenta la escasez de información requerida en el idioma español.

7.2.1 Núcleos temáticos y códigos

Según Hoyos (2000) los núcleos temáticos permiten realizar un análisis deductivo de lo universal a lo particular, teniendo en cuenta que el material a distinguir son investigaciones afines y confiere una delimitación en el campo de conocimiento. De igual manera, se destaca que los núcleos temáticos son formados y agrupados a partir de la unidad de análisis y se subdivide el tema; para de esta forma indagar los resultados del estudio como vacíos, limitaciones, dificultades, tendencias y logros obtenidos. Así, los códigos son una serie de letras o números que designan cada una de los núcleos temáticos y las diferentes unidades de análisis de la investigación.

Tabla 3

Núcleos temáticos y códigos

La tabla que se presenta a continuación surge a partir de toda la revisión documental realizada con las temáticas encontradas, teniendo en cuenta el objetivo de la investigación se establecen 4 núcleos temáticos: Habitabilidad de Calle, Consumo de drogas, Salud Mental y Trabajo Social, los cuales surgen a partir de treinta (30) unidades de análisis. Cada unidad de análisis se organiza teniendo en cuenta el núcleo temático al cual pertenece, título original en

idioma inglés y traducción al español, orden cronológico, país, base de datos y finalmente su respectivo código.

| Núcleo temático | Título | Año | Autor | País | Base de Datos | Códigos |
|------------------------|--|------|--|----------------|---|---------|
| Habitabilidad de calle | La Relación de gestión de casos y los resultados de las personas sin hogar con enfermedad mental grave | 2000 | Matthew J. Chinman, Robert Rosenheck, & Julie Lam. | Reino Unido | Psychiatric Online | A1 |
| | The case management relationship and outcomes for the homeless with severe mental illness | | | | | |
| | Dimensiones de la práctica prometedora de los apoyos gestionados para acabar con la falta de vivienda | 2011 | Calgary Homeless Foundation | Estados Unidos | Google Academic | A2 |
| | Dimensions of Promising Practice For Case Managed Supports in Ending Homelessness | | | | | |
| | Papel vital de la gestión de casos para las personas que experimentan desamparo | 2016 | National Health Care for the Homeless Council | Estados Unidos | A Quarterly Research Review of the National HCH Council | A3 |

| | | | | | | |
|--|--|------|--|----------------|---------------|----|
| | Vital Role of Case Management for Individuals Experiencing Homelessness | | | | | |
| | Gestión de casos en el sector de personas sin hogar. Apoyar a las personas desde la derivación hasta la mudanza. | 2019 | The Innovation and Good Practice Team | Estados Unidos | Homeless Link | A4 |
| | Case Management in the Homelessness Sector Supporting people from referral to move-on. | | | | | |
| | La efectividad de las intervenciones de manejo de casos para personas sin hogar, con viviendas vulnerables y personas con experiencia vivida: una revisión sistemática | 2020 | David Ponka, Eric Agbata, Claire Kendall, Vicky Stergiopoulos, Oreen Mendonca, Olivia Magwood, Ammar Saad, Bonnie Larson, Annie Huiru Sun, Neil Arya, Terry Hannigan, Kednapa Thavorn, Anne Andermann, Peter Tugwell & Kevin Pottie. | Estados Unidos | Plos One | A5 |
| | The effectiveness of case management interventions for the homeless, vulnerably | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|------|--|----------------|---|----|
| | housed and persons with lived experience: A systematic review | | | | | |
| Consumo de drogas | What Difference Does Case Management Make? | 1998 | Paula N. Goering, Donald Wasylenki, Marianne Farkas, William J. Lancee, Ron Ballantyne. | Estados Unidos | National Library Of Medicine. National Center for Biotechnology Information | B1 |
| | ¿Qué diferencia hace la gestión de casos? | | | | | |
| | Gestión de casos y contratación conductual. Componentes del tratamiento del abuso de sustancias rurales | 2000 | James J. Clark, Carl Leukefeld & Theodore Godlaski. | Estados Unidos | Elsevier Science | B2 |
| | Case management and behavioral hiring. Components of rural substance abuse treatment | | | | | |
| | Comparación de ACT y gestión de casos estándar para la prestación de tratamiento integrado para trastornos co-ocurrencia | 2006 | Susan M. Essock, Kim T. Mueser, Robert E. Drake, Nancy H. Covell, Gregory J. McHugo, Linda K. Frisman, Nina J. Kontos, Carlos T. Jackson, Flora Townsend, Karin Swain. | Reino Unido | Research Gate | B3 |
| | Comparison of ACT and standard case management for the provision of integrated | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|--|------|---|----------------|-----------------------------------|----|
| | treatment for co-occurrence disorders | | | | | |
| | Eficacia de los diferentes modelos de gestión de casos para las poblaciones que abusan de sustancias | 2007 | Wouter Vanderplasschen, Judith Wolf, Richard C. Rapp y Eric Broekaert. | Estados Unidos | NCBI. | B4 |
| | Efficacy of Different Case Management Models for Substance Abusing Populations | | | | | |
| | Un metaanálisis de la eficacia de la gestión de casos para los trastornos por uso de sustancias: una perspectiva de recuperación | 2019 | Wouter Vanderplasschen ¹ , Richard C. Rapp, Jessica De Maeyer & Wim Van Den Noortgate. | Suiza | Frontiers in Psychiatric | B5 |
| | A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective | | | | | |
| Salud Mental | Una evaluación de la gestión de caso. | 1987 | Jack L. Franklin, Brenda Solovitz, Mark Mason, Jimmie R. Clemons & Gary E. Miller. | Estados Unidos | American Journal of Public Health | C1 |
| | An evaluation of case management. | | | | | |
| | Conceptos erróneos sobre el | 1988 | Maxine Harris, Helen C. | Estados | National Library Of | C2 |

| | | | | | | |
|--|--|------|--|----------------|---|----|
| | uso de los servicios de administración de casos por parte de personas con enfermedades Mentales crónicas: un análisis de utilización | | Bergman. | Unidos | Medicine. National Center for Biotechnology Information | |
| | Misconceptions About Use of Case Management Services by the Chronic Mentally Ill: A Utilization Analysis | | | | | |
| | Resultados de cinco años de continuo Gestión intensiva de casos | 1989 | Andrew Borland, John McRae & Cecile Lycan. | Estados Unidos | Hospital and Community Psychiatry | C3 |
| | Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Case Management | | | | | |
| | Gestión de casos clínicos: Definición, principios, componentes | 1989 | Joel Kanter. | Estados Unidos | Hospital and Community Psychiatry | C4 |
| | Clinical Case Management: Definition, Principles, Components | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|------|--|----------------|---|----|
| | ¿Qué les sucede a los pacientes después de cinco años de interrupciones intensivas en el manejo de casos? | 1990 | John McRae, Mary Higgins, Cecile Lycan, William Sherman. | Estados Unidos | National Library Of Medicine. National Center for Biotechnology Information | C5 |
| | What Happens to Patients After Five Years of Intensive Case Management Stops? | | | | | |
| | El papel de la gestión de casos dentro de un sistema de apoyo comunitario: Asociación con la rehabilitación psicosocial | 1994 | Cathlene Macias, Ronald Kinney, William Farley, Robert Jackson, Betty Vos. | Estados Unidos | Springer Link | C6 |
| | The Role of Case Management Within a Community Support System: Partnership with Psychosocial Rehabilitation | | | | | |
| | Servicios de rehabilitación psicosocial en sistemas de apoyo comunitario: Revisión de resultados y recomendaciones de políticas | 1999 | Richard Barton. | Reino Unido | Psychiatric Online | C7 |

| | | | | | | |
|--|--|------|--|----------------|---|-----|
| | Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems: A Review of Outcomes and Policy Recommendations | | | | | |
| | Los efectos de la gestión de casos clínicos sobre el uso del servicio hospitalario Entre los usuarios frecuentes de ED | 2000 | Robert L. Okin, Alicia Boccellari, Francisca Azocar, Martha Shumway, Kat O'Brien, Alan Gelb, Michael Kohn, Phyllis Harding, And Christine Wachsmuth. | Estados Unidos | National Library Of Medicine. National Center for Biotechnology Information | C8 |
| | The Effects of Clinical Case Management on Hospital Service Use Among ED Frequent Users | | | | | |
| | Gestión de casos y asertivo tratamiento comunitario en Europa | 2001 | Tom Burns, Angelo Fioritti, Frank Holloway, Ulf Malm & Wulf Rössler | Reino Unido | Psychiatric Services | C9 |
| | Case management and assertive community treatment in Europe | | | | | |
| | Gestión de casos. A largo | 2004 | Ruth Hutt, Rebecca Rosen | Reino | Kings Fund | C10 |

| | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-----------------|--|-----|
| | plazo. Condiciones. ¿Qué impacto tiene en el tratamiento de las personas mayores? | | & Janet McCauley. | Unido | | |
| | Case management. Long-term. Terms. What impact does it have on the treatment of the elderly? | | | | | |
| | Introducción de un estilo de prestación de gestión de casos intensivo para un nuevo servicio de salud mental | 2006 | Catherine Hangan | Australia | National Library Of Medicine. National Center for Biotechnology Information | C11 |
| | Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service- | | | | | |
| | Gestión de casos: un pilar de la psiquiatría comunitaria | 2010 | Sladana Štrkalj Ivezić, Lana Mužinić & Vanda Filipac | Croacia | Psychiatría Danubina | C12 |
| | Case management – a pillar of community psychiatry | | | | | |
| Manual de entrenamiento para Salud Mental adulta gestión de casos | 2012 | Utah Department Of Human Services | Estados Unidos | Google Academic | C13 | |

| | | | | | | |
|--|--|------|---|----------------|--------------|-----|
| | servicios | | Division Of Substance Abuse & Mental Health | | | |
| | Training Manual For Adult Mental Health Case Management Services | | | | | |
| | Gestión de casos y resultados comunitarios en beneficiarios de Medicare | 2013 | Jee Young Joo | Estados Unidos | ResearchGate | C14 |
| | Community-based case management and outcomes in Medicare Beneficiaries | | | | | |
| | Efectividad de las intervenciones de manejo de casos para usuarios frecuentes de servicios de salud: una revisión de alcance | 2016 | Catherine Hudon, Maud-Christine Chouinard, Mir eille Lambert, Isabelle Dufour, ynthia Krieg | Estados Unidos | BMJ Open | C15 |
| | Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|------|--------------------------------|---------------------|---|-----|
| | Manejo intensivo de casos de enfermedades mentales graves | 2017 | Cochrane Corner | Estados Unidos | National Library Of Medicine. National Center for Biotechnology Information | C16 |
| | Intensive Case Management for Severe Mental Illness | | | | | |
| | Manejo de casos para personas con enfermedades Mentales graves: resultados de una Práctica de 24 meses. | 2019 | Aysel İncedere, Mustafa Yildiz | Turquía | ResearchGate | C17 |
| | Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24-Month Practice | | | | | |
| | Manejo de casos, coordinación de la atención y trabajo de casos en la comunidad mental. Servicios de salud | 2020 | Dinesh K. Arya. | Reino Unido | Elsevier Science | C18 |
| | Case management, care coordination and casework in the mental community. Health services | | | | | |
| Trabajo Social | Gestión de casos en salud mental: ¿un dominio del | 1983 | Peter Johnson | J. & Estados Unidos | Oxford Journals | D1 |

| | | | | | | |
|--|---|------|------------------|----------------|---------------------|----|
| | trabajo social? | | Allen Rubin. | | | |
| | Case management in mental health: a domain of social work? | | | | | |
| | La gestión de caso del E2 trabajador social: "Adueñarse" de los problemas psicosociales | 2018 | Michael Demoratz | Estados Unidos | Nursing Starts Here | D2 |
| | The Social Worker Case Manager: "Owning" the Psychosocial Issues | | | | | |

Fuente: elaboración propia.

7.2.2 Caracterización

A partir de la caracterización se permite conocer a detalle las características tanto generales como particulares de los (30) documentos analizados escogidos para la presente investigación, dando un acercamiento al contexto y/o circunstancias de los mismos.

Dentro de la información analizada en esta investigación, se considera importante describir algunos aspectos relevantes en los documentos escogidos para la misma, que pueden dar una percepción superficial acerca del contexto, sus dinámicas, características, entre otros.

Figura 1

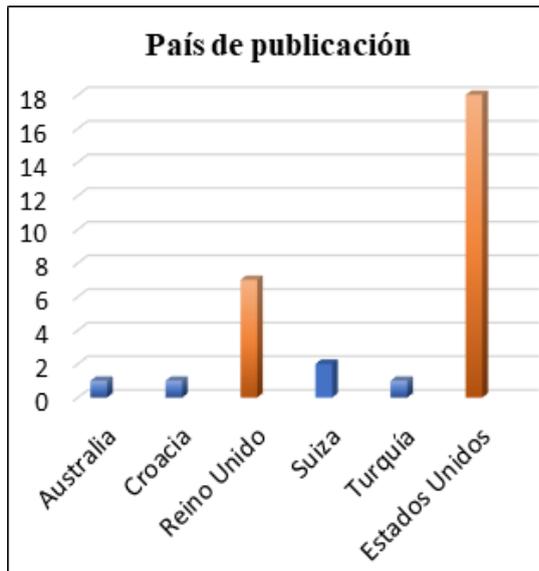
Año de publicación

*Fuente: elaboración propia.*

Como se puede apreciar en la Figura 1, los rangos de publicación de las unidades de análisis utilizados son desde el año 1983 hasta el 2020, destacando que en donde hay mayor información es en los años 2000 y 2019 con un total de tres (3), seguido de los años 1989, 2006, 2016 y 2020 que cuentan con dos (2) y finalmente los años restantes que cuentan únicamente con uno (1). Sin embargo, la presente caracterización se realiza con el fin de guiar el contexto y tiempo que tiene la información analizada, lo que permite tener a consideración algunos aspectos sobre el entorno en donde se desarrollaron los documentos.

Figura 2

País de publicación



En la Figura 2 sobre el país de publicación de los documentos, se encuentra que en su mayoría tienen origen en los países de Estados Unidos con un total de 18 documentos y seguido de Reino Unido con ocho (8). De los otros países como Australia, Croacia, Suiza y Turquía sólo corresponde un (1) documento por país. Donde al igual que la figura anterior, permite al lector tener una idea del contexto y entorno de los documentos analizados, encontrando un cambio en las culturas, expresiones, percepciones, entre otros, que es importante tener en cuenta a la hora de realizar un análisis.

7.2.3 Categorización de núcleos y sub núcleos temáticos

Los cuatro (4) núcleos temáticos escogidos para esta investigación son: Habitabilidad de calle el cual es definido por las Naciones Unidas (1998) como aquellas personas sin una morada y están a la intemperie, que llevan sus escasas pertenencias con ellos, por lo tanto, duermen en las calles o lugares públicos como debajo de puentes, parques, entre otros,

además de tener una falta de vínculos con las estructuras sociales. Seguido de Consumo de Drogas, teniendo en cuenta la definición de la Organización Panamericana de la Salud (s.f) acerca del uso de sustancias “para uso recreativo, el alcohol o el tabaco; para uso farmacológico, como los tranquilizantes, analgésicos opiáceos, de uso general, como los solventes industriales. Un grupo cuyo uso es considerado ilícito y sólo autorizado con fines médicos o de investigación, como el caso de la cocaína y sus derivados.” (párrafo 1). Lo anterior, provocando graves consecuencias en distintos órganos y sistemas, donde además su uso prolongado puede llegar a generar un trastorno de dependencia.

En tercer lugar, se encuentra Salud Mental donde se retoma la definición anteriormente dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), que la expone como un estado de bienestar. En este estado las personas deben enfrentar las presiones habituales de la vida en familias y comunidades, o el desarrollo de su potencial, que es parte indispensable de la salud pública. Por otro lado, Carrazana (2002) la describe como algo que está en la cotidianidad de todas las personas, ya que se observa en la manera de relacionarse en actividades que se pueden presentar en una comunidad, cómo cada persona armoniza los deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos necesarios para hacer frente a las demandas a lo largo de la vida, sin dejar atrás la percepción y el sentir de sí mismo ante otras personas.

Y finalmente, Trabajo Social entendido por Martínez (2011), como:

“Una filosofía de la acción y un arte científico que, mediante ejercicios colectivos e innovadores de organización y participación social, impulsa procesos de investigación, diagnóstico, planeación, gestión, desarrollo, administración, evaluación, sistematización y comunicación de políticas, modelos, planes, programas,

proyectos, estrategias e iniciativas de acción colectiva, indispensables para transformar positivamente la forma y el fondo de las necesidades y problemas sociales sentidos y priorizados por la población” (p.7).

Tabla 4

En la siguiente tabla, se presentan los núcleos y sub-núcleos temáticos escogidos para esta investigación que surgen con base en las unidades de análisis. De igual manera, se realiza la contextualización teórica pertinente de cada uno de estos según diferentes autores, para así tener una guía a partir de los conceptos.

Núcleos y sub núcleos

| Núcleos Temáticos | Sub Núcleos | Definición |
|--------------------------|-----------------------------------|--|
| Habitabilidad de calle | 1. Alianza al tratamiento | A partir de Aramburu, et al. (2014) se percibe la Alianza Terapéutica al tratamiento como la configuración de la relación interpersonal necesaria entre el paciente y el terapeuta o demás profesionales que acompañen el proceso, por lo cual, dentro de las orientaciones teóricas se le otorga al presente concepto un papel vital dentro de los procesos terapéuticos. |
| | 2. Educación específica sanitaria | Según el (Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud Cajamarca, s,f) afirma que Es un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables (hábitos, costumbres, comportamientos) a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad. (pp 10-11) |
| Consumo de drogas | 3. Usuarios rurales | Según Kayser (1990) un sociólogo francés, citado por Cortés (2013), un espacio rural puede definirse como un conjunto territorial en el cual existe un modo propio en la utilización del espacio y de la vida social. |
| | 4. Recaída | La recaída para Marlatt y Gordon (1985) citado por Blanco y Jiménez (2015), se entiende como la consecuencia que vive una persona cuando es expuesta ante una situación de riesgo y en donde esta, no cuenta con las capacidades y estrategias |

| | | |
|----------------|--|---|
| | | adecuadas para afrontar o responder de manera que pueda garantizar su abstinencia. |
| Salud mental | 5. Acceso a servicios | La accesibilidad a servicios a partir de Frenk (s.f) citado por Fuentes (2017) se describe como un factor adicional ante la presencia de o disponibilidad de los recursos que sean requeridos en determinado lugar y momento, limitándose en la búsqueda de la atención y el recibimiento de la misma. |
| | 6. Rehabilitación psicosocial | La IV Conferencia Switzer referenciada por Sandoval (s,f) elabora una definición del concepto de rehabilitación psicosocial orientada a la existencia de programas dirigidos a personas que constantemente padecen de trastornos psiquiátricos graves, por esto, se realizan con el fin de mejorar la calidad de vida donde puedan aprender a asumir la responsabilidad de sus propias vidas. |
| | 7. Relación entre consumidor y profesional | Rodríguez (2010) entiende al ser humano como un ser social, que crea una relación de ayuda para intentar satisfacer las necesidades que le surgen. La autora insiste en establecer una buena relación con los usuarios para que la intervención sea exitosa, ligada a la profesión y a su ética, que es intrínseca y desempeña un papel central tanto en la teoría como en la práctica del trabajo social (Preston, 2001, citado en Ballesteros, Uriz y Viscarret, 2012) así como en todas las profesiones que se consideran sociales o de ayuda. |
| | 8. Rehospitización | (Caballero, Ibañez Pinilla, Suárez Mendoza, & Acevedo Peña, 2016) afirman que Los reingresos hospitalarios son eventos frecuentes, potencialmente prevenibles, costosos, y asociados a alta morbi-mortalidad 1,2.(p.2) |
| Trabajo Social | 9. Rol de administrador de casos | (Courtin, s,f) afirma que el gestor de casos requiere de un conocimiento detallado del sistema local de provisión de servicios, de los proveedores, servicios, programas, requisitos de acceso a cada uno de ellos y la gestión económica; exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa. (p.5) |

Fuente: elaboración propia.

7.3 Fase III. Interpretativa por núcleo temático

Hoyos (2000) Esta fase amplía la guía del estudio por unidad de análisis proporcionando así datos nuevos por núcleos temáticos, trasciende de lo descriptivo al planteamiento de hipótesis que pueden ser de utilidad para la construcción teórica.

Su objetivo principal es proceder al análisis de documentos por área temática y contiene una serie de actividades como taller de entrenamiento sobre sistematización cualitativa de indicadores y sobre planteamiento de hipótesis, sistematización final de la información por cada núcleo temático, elaboración de hipótesis con relación al estado del arte en cada núcleo temático teniendo en cuenta, logros, dificultades y vacíos detectados en la investigación y finalmente la construcción del documento por cada núcleo temático. El tiempo proyectado para esta fase es de aprox. dos (2) meses, sujeto a cambios. (p. 55).

Para dar respuesta a esta fase, en el siguiente apartado se realizará el respectivo análisis de núcleos y sub núcleos temáticos planteados a raíz de la revisión documental en el tema de gestión de casos con el fin de resaltar aspectos importantes a tener en cuenta.

Habitabilidad de calle

La habitabilidad de calle definida por las Naciones Unidas (1998) como aquellas personas sin una morada y están a la intemperie, que llevan sus escasas pertenencias con ellos, por lo tanto, duermen en las calles o lugares públicos como debajo de puentes, parques, entre otros, además de tener una falta de vínculos con las estructuras sociales.

Según Caligary Homeless Foundation (2011) en la unidad de análisis A2, se identifica que para que los sujetos sin hogar tengan éxito en conseguir vivienda es importante tener los suficientes apoyos, y para ello es de suma importancia un sistema de apoyo como lo es la

gestión de casos. En este servicio se requiere de una relación de confianza entre el sujeto y el administrador de casos, en donde se definen las necesidades de cada persona, para así mismo determinar un plan de acción de acuerdo a estas. Sin embargo, no se puede dejar de lado el seguimiento al proceso para determinar si es necesario reevaluar el mismo para el cumplimiento de los objetivos, cabe resaltar que no hay un modelo de gestión de casos específico para acabar con la falta de vivienda, ya que estos modelos se adecuan a las necesidades de los sujetos, individual y colectivamente, por ello muchas veces no se sigue un modelo general sino que se adoptan ciertos lineamientos para implementar un modelo propio, debido a que no se evidencia la eficacia que un modelo más que otro para esto.

Se hace necesaria la preparación de los gestores de caso frente a conocimientos en falta de vivienda, capacitación sobre manejo de problemas, desarrollo de relaciones de confianza, intervención en crisis, educación y prevención de enfermedades. Para que la Gestión de caso en el acceso a vivienda tenga éxito debe relacionarse con acceso a servicios que se centren en la persona, que sea flexible y el uso de redes y relaciones.

El objetivo de la gestión de casos es garantizar el acceso a servicios tanto médicos como psicosociales, que satisfagan las necesidades de cada persona sin hogar, evaluando las necesidades, vinculándolo a los servicios y realizando intervención en crisis si es necesario.

La intervención en gestión de casos es significativa en la medida que contribuye a la mejora en el estado de salud mental, mayor estabilidad de vivienda, alivio del impacto económico en la falta de vivienda mediante utilización de diferentes servicios como subsidios de alquiler, vivienda de apoyo, realojamiento, programas de vivienda y disminución de aislamiento social.

Desde que se ha implementado, como refiere National Health Care for the Homeless Council (2016) en la unidad de análisis A3, se ha encontrado que los usuarios pasaron menos días sin hogar a comparación de los usuarios atendidos de manera estándar debido a que conecta a los usuarios con subsidios de alquiler, vivienda de apoyo permanente, recuperación rápida, programas de vivienda, reducción de consumo de drogas y síntomas psiquiátricos, lo que aumenta la cobertura del seguro, destacando que la Gestión de caso permite una conexión única hacia múltiples recursos, y obtener resultados de impacto a través de la comunicación, la educación para la salud, la defensa del cliente, la identificación de los recursos del servicio y la facilitación del mismo. También se plantea que la Gestión de caso puede contribuir a la reducción de los costos ya que alivia el impacto económico de la falta de vivienda a través de cambios en los patrones de utilización de los servicios. Sin embargo, se encuentran algunas dificultades dentro del desarrollo como el reclutamiento del personal clínico, la financiación del personal clínico vital, reclutar y retener a personas sin hogar, al igual que incorporar la participación de familiares, amigos y otras personas significativas, desarrollar la base de conocimientos del personal sobre los servicios de tratamiento y trabajar en un entorno orientado al equipo y los costos de prestación de servicios en la comunidad frente al tiempo de permanencia en el lugar.

Alianza al tratamiento

A partir de Aramburu, et al. (2014) se percibe la Alianza Terapéutica al tratamiento como la configuración de la relación interpersonal necesaria entre el paciente y el terapeuta o demás profesionales que acompañen el proceso, por lo cual, dentro de las orientaciones teóricas se le otorga al presente concepto un papel vital dentro de los procesos terapéuticos, debido a la eficacia encontrada dentro de los tratamientos que se han llevado a cabo de esta

manera con respaldo de un sin fin de estudios. Asimismo, se considera fundamental que la alianza se tome a consideración en todos los tratamientos, ya que al no ser desarrollada o con una mala intervención se presenta una dificultad en el proceso, por lo que se sugiere una dedicación especial en la formación y mantenimiento de técnicas interpretativas y no interpretativas cuando sean requeridas.

Dentro del proceso de gestión de casos con personas en situación de habitabilidad de calle, Chinman, et al. (2000) a partir de la unidad de análisis A1 lo percibe una mejoría notoria en aquellos usuarios que presentaron mayor alianza terapéutica y al tratamiento, en los cuales son fundamentales la calidad de la relación interpersonal entre el usuario y el terapeuta, incluyendo confianza, respeto y afecto, al igual que el grado en que el paciente está involucrado en el tratamiento, por lo que se obtendrá un trabajo mancomunado con el terapeuta para lograr los objetivos que tiene el proceso. Es importante destacar que, este tipo de alianza requiere de un tiempo determinado para que sea aceptada por el usuario, pero luego de esto se ha logrado encontrar resultados, en los cuales se evidencia una reducción considerable en la cantidad de días sin hogar y una satisfacción general en la vida personal, a comparación de las personas que durante el tratamiento no logran generar esta alianza, por lo que se puede encontrar, que la gestión de casos y la alianza pueden generar una experiencia más generalizada con respecto a la satisfacción de vida de los usuarios, ya que al entablar una relación más fuerte con el terapeuta hace que los usuarios se sientan menos aislados y más apoyados.

Educación específica sanitaria

Según el (Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud Cajamarca, s,f) afirma que:

Es un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables (hábitos, costumbres, comportamientos) a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad. Desde este punto de vista, la educación sanitaria comprende un conjunto de actividades educativas desarrolladas en procesos formales e informales, que ejecutan permanentemente (educación continua) todos los actores, como parte de las actividades institucionales; no se limita a la transmisión puntual de mensajes mediante charlas o demostraciones. (pp 10-11)

Como lo afirma HCH National Council (2016) en la unidad de análisis A3, se propone ampliar la educación sanitaria desde la gestión de casos, con el fin de obtener resultados óptimos respecto a diferentes enfermedades infecciosas, teniendo en cuenta que las personas sin vivienda están expuestas a padecer de más enfermedades, como la hepatitis, por ende, se hace necesaria la educación en cuanto a prevención y promoción en planes de salud para estas personas.

Consumo de drogas

El Consumo de Drogas, teniendo en cuenta la definición de la Organización Panamericana de la Salud (s.f) acerca del uso de sustancias “para uso recreativo, el alcohol o el tabaco; para uso farmacológico, como los tranquilizantes, analgésicos opiáceos, de uso general, como los solventes industriales. Un grupo cuyo uso es considerado ilícito y sólo autorizado con fines médicos o de investigación, como el caso de la cocaína y sus derivados.” (párrafo 1). Lo anterior, provocando graves consecuencias en distintos órganos y sistemas, donde además su uso prolongado puede llegar a generar un trastorno de dependencia.

La Gestión de caso es implementada con alta frecuencia durante el tratamiento por consumo de drogas, por el apoyo que se brinda a los usuarios en la vida diaria y en la vinculación a los servicios con el fin de mejorar la efectividad, y se han registrado efectos

positivos. De esta manera, según Vanderplasschen, et al. (2007) desde la unidad de análisis B4, se observa una notoria reducción del uso de los servicios para usuarios hospitalizados y aumento de la utilización de los servicios comunitarios, la retención prolongada en el tratamiento, la mejora de la calidad de vida y la alta satisfacción del usuario. Algunos efectos registrados pueden ser pequeños o modestos y no difieren significativamente de la mayoría de las otras intervenciones en el campo del tratamiento por consumo de drogas. Al igual que en el campo de la atención en salud mental, los efectos positivos incluyen un uso reducido de los servicios para usuarios hospitalizados y una mayor utilización de los servicios ambulatorios y comunitarios, retención prolongada en el tratamiento, mayor calidad de vida, alta satisfacción del y estabilización o incluso mejora de las situaciones de los consumidores. La retención y la finalización de los programas en la modalidad de Gestión de caso se han asociado sistemáticamente con resultados óptimos, pero los efectos generales relacionados con el funcionamiento de los usuarios pueden llegar a ser menos consistentes.

Según Goering et al (1998) en la unidad de análisis B1, es posible decir que para realizar la intervención es posible emplear un programa de gestión de casos basado en la comunidad que utiliza la rehabilitación psiquiátrica, el cual cuenta con un equipo interdisciplinar como profesionales en salud mental, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional, sin embargo, cabe resaltar que antes de iniciar el programa los profesionales recibieron formación intensiva en servicio comunitario.

Se identifica que el programa de gestión de casos si hace la diferencia en la calidad de vida de los usuarios, desarrollando así una relación estrecha entre el paciente y los servicios, donde los administradores de casos también influyen significativamente en los resultados del

proceso del usuario, teniendo en cuenta la estrecha relación que debe haber entre gestor de casos y usuario.

Usuarios rurales

Según Kayser (1990) un sociólogo francés, citado por Cortés (2013), un espacio rural puede definirse como un conjunto territorial en el cual existe un modo propio en la utilización del espacio y de la vida social. De esta manera, se distingue por la densidad baja que se puede encontrar en el número de habitantes y construcciones, determinando así un predominio en los paisajes vegetales, igualmente, se encuentra una particularidad en el modo de vida de los habitantes de este espacio debido a la limitación percibida en la pertenencia de colectividades, en el cual se tienen fuertes lazos sociales y amplio conocimiento personal, gracias a la relación particular con el espacio que permite un entendimiento vivencial del medio ecológico, por lo cual, también se tiene una percepción ante la identidad y representación relacionada con la cultura campesina.

Desde la gestión de casos en Consumo de drogas se encuentra también el manejo en zonas rurales el cual, según Clark, et al. (2000) a partir de la unidad de análisis B2, se lleva a cabo desde la contratación conductual, usando la gestión de casos desde una perspectiva de fortalecimiento para motivar a los pacientes rurales a la participación y finalización del tratamiento de consumo. Para este tratamiento es importante establecer los comportamientos esperados por parte del paciente, las consecuencias o refuerzos que mantienen el comportamiento y establecer los objetivos específicos, puesto que lo anterior tiene implicaciones ante la participación del usuario al tratamiento. De esta manera, se hace necesaria la elaboración de un contrato escrito por parte del médico en donde se pacten las necesidades del usuario y a su vez se incorporen estrategias efectivas para el cumplimiento

de dichos objetivos. Con esto es posible enseñar continuamente el enfoque cognitivo-conductual en el cambio y la resolución de los problemas, ya que a pesar de que este enfoque no es una solución para abordar la variedad de problemas por los que atraviesan los pacientes con dificultades en el consumo, sí pueden lograr la mejora de algunas características, a diferencia de otros tratamientos que llegan a ignorar los obstáculos al cambio humano que experimentan tanto los pacientes como los médicos rurales; mostrando interés por parte de los usuarios a cambiar los comportamientos de consumo y pueden mantenerse motivados cuando se enfrentan a la interacción de problemas personales y obstáculos en la prestación de servicio.

Recaída

La recaída para Marlatt y Gordon (1985) citado por Blanco y Jiménez (2015), se entiende como la consecuencia que vive una persona cuando es expuesta ante una situación de riesgo y en donde esta, no cuenta con las capacidades y estrategias adecuadas para afrontar o responder de manera que pueda garantizar su abstinencia. De esta manera, desde las investigaciones las características evidenciadas en este patrón conductual tienen que ver con el comportamiento del sujeto en la alta implicación y compulsión ante el deseo de seguir con el consumo, y a su vez, acompañado por la poca habilidad para su control en la persistencia a consumir, dejando a un lado las consecuencias negativas tanto para la persona como para el núcleo cercano y/o cuidadores.

Según Essock, et al. (2006) referida en la unidad de análisis B3, la población que padece de enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, entre otros, frecuentemente también presentan el abuso de consumo, lo que a consecuencia puede generar varios resultados notables, dentro de ello el aumento en el riesgo ante una recaída o rehospitalización, al igual que falta de vivienda, encarcelamiento, violencia, carga familiar,

dificultades económicas, enfermedades infecciosas y mayores costos de tratamiento. De esta manera, también se destaca la efectividad del tratamiento comunitario asertivo para reducir las hospitalizaciones psiquiátricas entre las personas que son usuarios de los servicios hospitalarios. Este tratamiento puede ser más efectivo que el manejo de casos clínicos estándar para brindar servicios integrados, debido a que los clientes con trastornos concurrentes tienden a ser hospitalizados con más frecuencia. Además, el tratamiento de personas con trastornos concurrentes se asocia con costos más altos.

Salud Mental

Ahora, para la Salud Mental retomando la definición anteriormente dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), que la expone como un estado de bienestar. En este estado las personas deben enfrentar las presiones habituales de la vida en familias y comunidades, o el desarrollo de su potencial, que es parte indispensable de la salud pública. Por otro lado, Carrazana (2002) la describe como algo que está en la cotidianidad de todas las personas, ya que se observa en la manera de relacionarse en actividades que se pueden presentar en una comunidad, cómo cada persona armoniza los deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos necesarios para hacer frente a las demandas a lo largo de la vida, sin dejar atrás la percepción y el sentir de sí mismo ante otras personas.

De esta manera, Kanter (1989) a partir de la unidad de análisis C4, señala que la gestión de caso fundamentada en los pacientes que padecen de enfermedades mentales se percibe como una modalidad de la salud mental que genera un mantenimiento general para facilitar la salud física, el crecimiento personal, la participación comunitaria y la recuperación o adaptación a la enfermedad mental. De esta manera, se destaca la

importancia de que el cargo de administrador de casos coordine sistemas, sea agente de servicios o acompañante de apoyo y especialmente se encargue por todos los aspectos del entorno físico y social de los pacientes, como lo es la vivienda, tratamiento psiquiátrico, atención médica, prestaciones, transporte, familias y redes sociales.

Para Hangan (2006) en la unidad de análisis C11, la Gestión de caso en salud mental se considera como un método de coordinación para población de sujetos que padezcan de algún problema o trastorno mental o por uso de drogas y vive en un entorno comunitario que pueden sufrir de una concurrencia de eventos negativos que impactan en la calidad de vida; por ende, este tipo de usuarios son referidos a programas de apoyo como la Gestión de caso, para proveer un proceso de recuperación a la persona con el tratamiento y servicios.

Macías, et al. (1994) en la unidad de análisis C6 menciona que la Gestión de caso es una estrategia, no un tratamiento, esta puede determinar un trabajo fundamentado desde las fortalezas más que desde las discapacidades del sujeto, centrado también en la instrucción directa en habilidades para la vida y resiliencia para afrontamiento de problemas personales y/o sociales que les genera el padecimiento del problema o trastorno mental.

Por otro lado, la Gestión de caso en usuarios con problemas y trastornos mentales contribuye a que tengan mejoría en el estado de ánimo, con efectos positivos considerable tanto en la salud mental como física, mayor competencia para afrontar los desafíos diarios, mayor bienestar psicológico, menor cantidad de hospitalizaciones, aspectos que impactan también significativamente en los/as cuidadores/as de los usuarios. Cabe resaltar que los resultados de la Gestión de caso no son inmediatos ni tan evidentes, ya que requieren de todo un proceso a mediano y largo plazo.

Kanter (1989) en la unidad de análisis C4, es importante reconocer la necesidad de un entrenamiento especial y habilidades que se requieren desde la psicoterapia o rehabilitación psicosocial, por lo que es crucial considerar que la gestión de caso es un campo profesional especializado que se practica por administradores de casos y otros médicos de salud mental, no se puede considerar únicamente un sistema administrativo de coordinación de servicios. Igualmente, se consideran algunos principios para la gestión de caso puntuales, dentro de los cuales está la continuidad de la atención, reflejando así una apreciación de la necesidad de apoyo y tratamiento del paciente durante un período prolongado.

Por otra parte, desde Kanter (1989) referido en la unidad de análisis C4, los Gestores de caso llegan a desarrollar relaciones de colaboración con los usuarios, familias y otros cuidadores, que permiten que sea posible intervenir con más habilidad a lo largo del tiempo y prevenir crisis cuando el estado clínico o los recursos externos puedan cambiar y evitar recaídas si los usuarios, familiares u otros cuidadores se ponen en contacto con los Gestores de caso cuando noten por primera vez los síntomas que preceden al desarrollo de la enfermedad, lo que permite ajustar los medicamentos y aliviar los factores estresantes.

Asimismo, para Utah Department of Human Services Division of Substance abuse & Mental Health (2012) según la unidad de análisis C13, los profesionales son un factor importante en la efectividad de la gestión de casos, que no solo se basa en la cantidad de profesionales sino en la eficacia de los mismos para cumplir con las funciones de trabajo, considerando que los profesionales pueden ser de distintas áreas, ya que la gestión de casos es un área especializada, así que los equipos pueden estar conformados por todo un grupo interdisciplinar, para lograr la eficacia de los profesionales se tiene en cuenta la estrecha relación de la carga de trabajo y la capacidad, para no sobrecargarse y que cada uno de ellos

pueda manejar los casos teniendo en cuenta la autoeficacia y proactividad, donde se debe incluir la perspectiva a largo plazo en los casos donde se incluyan tanto los déficits como posibilidades del usuario, influyendo así en la satisfacción del usuario con el proceso.

Desde otro punto, los profesionales son los encargados de coordinar y proporcionar los servicios necesarios en pro de los pacientes, donde se incluya también la intervención en crisis tanto individual y grupal por si se llegase a requerir, derechos de redes, servicios de abuso de sustancias; entre otros, donde el objetivo principal es la reducción de distintas problemáticas que atañen a los sujetos tanto individual como colectivamente, mejorando así la calidad de vida, ayudándolos a alcanzar las metas de recuperación.

Acceso a servicios

La accesibilidad a servicios a partir de Frenk (s.f) citado por Fuentes (2017) se describe como un factor adicional ante la presencia de o disponibilidad de los recursos que sean requeridos en determinado lugar y momento, limitándose en la búsqueda de la atención y el recibimiento de la misma. Asimismo, durante el proceso de accesibilidad de servicios, es fundamental tener en consideración la disponibilidad con la que cuenta, comprendiendo de la misma manera la presencia de los recursos para la salud. Siguiendo este análisis, la capacidad de producción de servicios y el uso de estos, cuenta con uno “fenómenos” intermedios lo que causa que la disponibilidad no suponga utilización, por mediaciones que pueden provocarse de un proceso a otro y que traen consigo diferentes obstáculos o barreras de acceso que obstaculizan la posibilidad de obtener la atención necesaria.

Dentro de la gestión de casos Arya (2020) a partir de la unidad de análisis C18, considera que es posible lograr una mejora en el acceso a la atención y los servicios de apoyo para las personas con enfermedades mentales. Por lo cual, lo que se busca es que la gestión de casos mejore el acceso de los pacientes con necesidades elevadas de salud mental

a los servicios que estos requieren, ya que estos necesitan el acceso a la atención y el tratamiento de una variedad de proveedores y servicios de atención, puesto que la mayoría pueden padecer de deficiencias cognitivas y comunicativas que potencialmente disminuye la capacidad para negociar dichos servicios. Por lo que el administrador de casos tendrá como compromiso mayor acceso y mejores servicios para pacientes con enfermedades mentales, de esta manera, la gestión de casos también asegura que las responsabilidades dentro del sistema de atención de salud mental sean claras y las agencias designadas se hagan cargo de la tarea de coordinar la atención y el tratamiento del paciente de salud mental, por lo que se hace necesario que los servicios comunitarios de salud mental ajusten el modelo de atención de manera óptima para aprovechar el personal disponible. Es vital que las personas con grandes necesidades en salud mental y que luchan por hacer frente a los síntomas y otras demandas psicosociales, logren obtener un mayor nivel de información a través de la gestión de casos o la coordinación de la atención.

Rehabilitación psicosocial

La IV Conferencia Switzer referenciada por Sandoval (s,f) elabora una definición del concepto de rehabilitación psicosocial orientada a la existencia de programas dirigidos a personas que constantemente padecen de trastornos psiquiátricos graves, por esto, se realizan con el fin de mejorar la calidad de vida donde puedan aprender a asumir la responsabilidad de sus propias vidas, teniendo también la capacidad de socializar y actuar en su entorno de manera activa e independiente. Asimismo, el objetivo de estos programas está enfocado en reforzar las habilidades del individuo para que pueda desarrollar los apoyos ambientales necesarios para permanecer en su entorno.

Para Fernández, et al. (s.f) citado por Sandoval, (s.f) al momento de hablar de rehabilitación psicosocial es importante nombrar la promoción de la integración de cada

usuario con su comunidad natural como familia, amigo, barrio y ciudad, a fin de que la persona esté preparada para vivir en comunidad y participar en su entorno de la misma manera que lo hacen los demás. De igual manera que es necesario el conocimiento sobre la utilización de recursos comunitarios a los que acceden las personas para satisfacer las necesidades económicas laborales, formativas, residenciales, lúdicas y sociales.

Teniendo en cuenta la necesidad de que los sistemas de servicio de salud mental desarrollen políticas para dirigir el uso de los recursos limitados, se hace un enfoque hacia los servicios de rehabilitación psicosocial específicamente en personas con enfermedades mentales graves y persistentes con un enfoque en el entrenamiento de habilidades, la psicoeducación familiar y el empleo con apoyo. De igual forma, según Barton (1999) en la unidad de análisis C7, destaca que debe tenerse en cuenta que dentro de un programa intensivo de manejo de casos que tenía una orientación vocacional y de rehabilitación, se logró proporcionar la psicoeducación familiar, mejorando significativamente en la adaptación comunitaria, a comparación con los pacientes que recibieron solo manejo intensivo de casos. Se percibe un apoyo hacia la rehabilitación psicosocial con diferentes soportes, sin embargo, se considera insuficiente para determinar los efectos de los componentes del servicio utilizados en diferentes niveles de intensidad y la interacción de esos componentes con las características del paciente y los niveles de medicación o la fase de la enfermedad. Asimismo, se muestra que la rehabilitación psicosocial tiene una reducción de más de la mitad en el costo de la atención debido a la reducción de las hospitalizaciones. Desde los servicios de apoyo comunitario se pueden promover las actividades, charlas, entre otras para obtener beneficios para los pacientes, en cuanto a lo económico, laboral y atención médica, donde se trabaja con un equipo que está al servicio del grupo pero que tiene funciones en específico a realizar dependiendo de los intereses y

necesidades del grupo. Aunque se evidencia que, la gestión de casos ofrece mayores beneficios para los sujetos, los programas de apoyo comunitario no tienen que verse como una contraposición a la gestión de casos sino como un apoyo a la misma, todo en pro de los sujetos.

Relación entre consumidor y profesional

(Rodríguez, 2010) entiende al ser humano como un ser social, que crea una relación de ayuda para intentar satisfacer las necesidades que le surgen. La autora insiste en establecer una buena relación con los usuarios para que la intervención sea exitosa, ligada a la profesión y a su ética, que es intrínseca y desempeña un papel central tanto en la teoría como en la práctica del trabajo social (Preston, 2001, citado en Ballesteros, Uriz y Viscarret, 2012) así como en todas las profesiones que se consideran sociales o de ayuda. En las profesiones de ayuda, los profesionales se ocupan de las personas más vulnerables de la sociedad, de su atención, acompañamiento y cuidado. (Ballesteros, Uriz y Viscarret, 2012) consideran que el trabajo social se ocupa de los aspectos más importantes de la vida de las personas que “necesitan una intervención apropiada que les ayude a mejorar sus condiciones de vida, su autonomía y su bienestar” (p. 876). (Como se cita en Pérez y Heras, 2020)

La relación que se establece entre administrador de casos y el paciente es un factor importante en el proceso, donde esta se basa en confianza, respeto, que promueva la voluntad a trabajar. Esta relación se considera importante teniendo en cuenta que el administrador de casos es quién puede contribuir al desarrollo y/o fortalecimiento de las habilidades para la superación de obstáculos que le genera la enfermedad mental.

Para el logro de esta estrecha relación, es necesario que los administradores de casos vean a los pacientes como sujetos y no como casos para que sea posible lograr un cambio real. Es importante mantener esta relación ya que, así como puede dar paso a un progreso significativo en el proceso del paciente también a un retroceso cuando se rompe la relación por una razón u otra.

Rehospitalización

Caballero et al. (2016) afirman que

Los reingresos hospitalarios son eventos frecuentes, potencialmente prevenibles, costosos, y asociados a alta morbi-mortalidad 1,2. Pueden definirse como admisiones a un hospital dentro de cierto periodo después de haber egresado del mismo u otro centro hospitalario 2,3,4; el tiempo definido para su medición varía y la tendencia es utilizar como referencia los primeros 30 días posteriores al egreso 5.

(p.2)

La reincidencia en la hospitalización juega un papel importante tanto para los profesionales, como para los usuarios, la familia y el hospital. La gestión de casos se implementa para mejorar el bienestar de los pacientes, sin embargo también se implementa cuando los pacientes han recurrido varias veces en el servicio de hospitalización, lo cual puede llegar a implicar un retroceso considerable en el proceso, tanto para ellos como para los cuidadores/as, por eso lo que se busca es la reducción total o parcial en la concurrencia a este servicio, por otro lado afecta también al hospital en el aumento de los costos por cada paciente que recurra a la rehospitalización, y aunque la implementación de un modelo de gestión de casos implique un costo no es significativo a comparación de los costos que genera la concurrencia al servicio de hospitalización.

Trabajo Social

El Trabajo Social entendido por Martínez (2011), como:

“Una filosofía de la acción y un arte científico que, mediante ejercicios colectivos e innovadores de organización y participación social, impulsa procesos de investigación, diagnóstico, planeación, gestión, desarrollo, administración, evaluación, sistematización y comunicación de políticas, modelos, planes, programas, proyectos, estrategias e iniciativas de acción colectiva, indispensables para transformar positivamente la forma y el fondo de las necesidades y problemas sociales sentidos y priorizados por la población” (p. 7).

Ahora, dentro de la metodología de Gestión de caso desde Trabajo Social, Johnson y Rubin (1983) desde la unidad de análisis D1, señalan específicamente que se trata de evidenciar que tantos fundamentos tiene el Trabajo social para llegar a exigir dicha metodología como parte de su dominio profesional. En este sentido se encuentran diferentes percepciones en las que se considera como convincente el liderazgo de Trabajo social dentro de la Gestión de caso, ya que dentro de esta disciplina se adquiere un compromiso frente a la calidad de la vida, la equidad y responsabilidad social, interesándose siempre por el bienestar mental y social de los usuarios, para lo cual se proponen actividades de ayuda que sean coherentes al servicio en el que se encuentra cada usuario, lo que puede aportar el desarrollo y utilización eficaz de los propios recursos internos y externos para la solución de problemas y afrontamiento. Sin embargo, también existen algunas dificultades que se pueden encontrar en el Trabajo social y la Gestión de caso, como puede llegar a ser las prioridades de los trabajadores sociales, pero esencialmente el hecho de encontrar a

profesionales del Trabajo social en salud mental que logren articular los aspectos psicoterapéuticos del servicio y los relacionados con la provisión de recursos.

Sin embargo, Johnson y Rubin (1983) en la unidad de análisis D1, refieren una justificación acerca del compromiso de la profesión de Trabajo social con algunas funciones que se encuentran en la Gestión de caso puede consistir en la orientación hacia la teoría psicodinámica y las intervenciones psicoterapéuticas. Además, el nivel de importancia asignado al seguimiento, coordinación, vinculación y promoción en algunos estudios se relacionan con el nivel de importancia asignado a una orientación psicodinámica y con la cantidad de experiencia en la práctica de la psicoterapia.

Para Demoratz (2018) según la unidad de análisis D2, la intervención desde Trabajo Social en la Gestión de caso, es de un 6% en aproximadamente 42.000 Gestores de caso , y aunque se ha ido expandiendo, por el aumento de enfermedades, comorbilidades y envejecimiento de la población, se hace necesario la ocupación del cargo de Gestor de casos por parte del trabajador social, sin dejar de lado el trabajo de la mano con otras profesiones por complementariedad en el abordaje de las necesidades de cada individuo. No se puede dejar de lado la actuación del trabajador social ya que busca mejorar la capacidad del usuario como gestor del propio proceso en el abordaje de necesidades y dando respaldo al derecho de la autonomía de los usuarios y para ello es necesario el conocimiento de diferentes problemáticas sociales, sistemas de apoyo, sistemas de redes para así brindar las herramientas necesarias a los sujetos.

Rol administrador de casos

Courtin (s,f) afirma que el gestor de casos requiere de un conocimiento detallado del sistema local de provisión de servicios, de los proveedores, servicios, programas, requisitos

de acceso a cada uno de ellos y la gestión económica; exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa. En cuanto a las destrezas fundamentales está la de gestión, confidencialidad y apoyo. (p.5)

La metodología de Gestión de Casos a lo largo del tiempo según Johnson y Rubin (1983) referidos en la unidad de análisis D1, consideran que se ha presentado la indecisión acerca de qué profesión es más apta para cumplir el rol de administrador de casos, al tener varios aspectos que puedan contribuir a este perfil en cada una de las profesiones a esta metodología generando una lucha en el liderazgo en la metodología de Gestión de caso. Gracias a esto, también se ha podido percibir que para cumplir este rol, no se necesita alguna profesión en específico, las carreras afines pueden llegar a cumplir con el perfil de un administrador de casos, mientras se realice una capacitación completa y articulada con respecto a los servicios u otros métodos, y que será fundamentada en dos premisas, en primer lugar, la persona que vaya a ocupar el rol de un gestor de casos debe contar con las habilidades y la formación necesarias para llevar el plan del usuario, en segundo lugar, es que siempre pueda conservar la mesura, sin dejar de lado la importancia de que el administrador de casos debe contar con el nivel mínimo de habilidades para que el personal más calificado no sea abandonado y los costos puedan estar contenidos debidamente. Es importante señalar que además de ser importante el perfil del profesional que ocupe el rol del administrador de casos, también lo será quienes deseen y estén dispuestos hacerlo.

7.4 Fase IV. Construcción teórica global

Hoyos (2000) expresa en esta fase se abarca la interpretación por cada núcleo temático con el fin de determinar los resultados del estudio, como vacíos, limitaciones, dificultades, logros obtenidos, todo esto para formalizar el estado actual de la investigación y

que posibiliten la apertura de nuevas líneas de investigación. El objetivo principal de esta fase es realizar la construcción teórica del conjunto de la investigación documental.

Dentro de esta fase se enmarcan actividades como la socialización de la experiencia de las fases II y III, para identificar aspectos particulares y diferencias, tabulación de resultados, discusión del material, redacción del documento final y por último la recomendación de líneas de investigación que permitan dar continuidad al proceso de investigación. El tiempo predestinado para esta fase es de dos (2) meses. (pp. 55-56)

Tomando en consideración lo descrito en la fase interpretativa por núcleo temático se hace necesario culminar el proceso investigativo con los resultados de la revisión documental, teniendo en cuenta los vacíos, limitaciones, dificultades y logros alcanzados, todo esto con el fin de dar continuidad al proceso de investigación.

Se identifica que la gestión de casos puede ser aplicada con varias poblaciones, sin dejar de lado que la gestión de casos no es una metodología sino un área especializada, según (Calary Homeless Foundation, 2011) afirma que cuenta con una serie de fases que usualmente son (7) dentro de las cuales se encuentran:

1. Identificación y conexión con el usuario;
2. Evaluación, teniendo en cuenta las necesidades del sujeto, dificultades, fortalezas y objetivos a cumplir;
3. Planificación de un plan que responda a las necesidades de cada sujeto ya sea individual o colectivamente teniendo en cuenta la modalidad;
4. Vinculación, para coordinar y optimizar los servicios que necesita el usuario;

5. Seguimiento, con el fin de realizar evaluaciones continuas de progreso;
6. Promoción; negociar con el fin de garantizar el acceso a los recursos;
7. Planificación del alta, apoyo a las personas para la transición entre los servicios.

(pp. 11-13)

Donde por otro lado, también hay una serie de modelos de gestión de casos los cuales son Gestión Intensiva de Casos, Gestión de Casos Clínicos, Tratamiento Comunitario Asertivo e Intervención en Crisis, gestión de caso basado en fortalezas, que contienen la misma serie de pasos, sin embargo, estos pueden variar teniendo en cuenta las necesidades del individuo, ya que hay administradores de casos que no se ciñen por un modelo de gestión de casos específico sino que adoptan su propio modelo teniendo en cuenta los objetivos que se quieren lograr.

Dentro de las dificultades que se evidenciaron con base en la revisión documental, en cuanto a la misma búsqueda, se identifica la poca intervención y/o investigación de Gestión de Caso en un contexto latinoamericano y más aún con población en situación de vulnerabilidad psicosocial, específicamente desde el área de Trabajo Social, lo que delimita la perspectiva únicamente a la gestión de casos desde una mirada aislada a la realidad latinoamericana, lo que genera un obstáculo para la construcción continua de conocimiento. Ya que, como se mencionó anteriormente, la Gestión de Caso cuenta con diferentes modelos y una serie de pasos, estos se moldean teniendo en cuenta las necesidades de los sujetos, y evidentemente la realidad de América Latina, más específicamente Colombia, no es la misma realidad de los sujetos que viven en países como Estados Unidos, Reino Unido, Suiza, entre otros.

Dentro de los logros de la revisión documental se encuentran una serie de beneficios en la aplicación de la gestión de caso, teniendo en cuenta que contribuye a una reducción considerable en los costos de servicios hospitalarios y aunque aplicar el modelo de Gestión de Caso implique un aumento del valor económico, no es tan considerable a comparación del gasto en los demás servicios hospitalarios. Por otro lado, también beneficia a los cuidadores/as de los usuarios gracias a los recursos adicionales que brinda la intervención de Gestión de caso, recursos con los que no contaban antes del mismo, por falta de coordinación y redes.

Finalmente, para el usuario se denota una mejora considerable durante el proceso, gracias a las herramientas que se le brindan, entre ellas la potencialización de capacidades del usuario más que los obstáculos.

7.5 Fase V. Extensión y publicación

Hoyos (2000) En cuanto a esta última fase se abre la posibilidad a la divulgación de la información ya sea de forma oral o escrita, esta fase es de vital importancia con el fin de dar a conocer un nuevo conocimiento. Su objetivo es proyectar al interior de la comunidad académica y al exterior de la misma, el producto de la investigación. (pp. 56-57)

En primera instancia el proyecto de investigación tiene como fin último el ser un insumo para la creación de un modelo de gestión de caso en Colombia, para ello está a disposición de toda la comunidad educativa, posteriormente, el proyecto se sustenta ante una parte de la misma para dar a conocer el proceso que se viene desarrollando, teniendo en cuenta que la finalidad es dejar el documento depositado en la base de datos de la biblioteca de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Ya que la información sobre Gestión de caso es tan escasa se deja un repositorio con los documentos encontrados a lo largo del proceso investigativo.

Por otro lado, para dar a conocer el proceso en toda la comunidad educativa, se realiza un boletín informativo (ver anexo 6) por parte del Semillero Nuevas Perspectivas de Salud Mental, que, de cuenta al proceso de investigación, permitiendo dar a conocer el espacio para el conocimiento del tema.

Y finalmente, se plantea publicar un artículo, resultado de todo el proceso de investigación, en la revista PSIMONART del Instituto Colombiana del Sistema Nervioso. (ver anexo 5)

8. Trabajo Social y Gestión de Caso

A partir de la presente investigación donde el eje central es la gestión de caso en la población en situación de vulnerabilidad psicosocial y desde los documentos analizados se considera pertinente resaltar la importancia de la Gestión de caso como un modelo que tiene como fin mejorar las condiciones y la calidad de vida de los usuarios, pero para esto el profesional debe contar con las habilidades y la formación necesaria para llevar a cabo la intervención con el usuario, donde también se destaca que el administrador de casos debe contar con un nivel mínimo de destrezas para que el personal más calificado no sea abandonado y los costos estén contenidos. Además de esto se considera que el perfil de un trabajador social tiene concordancia con el fin del presente modelo ya que para (Segal y Baumohl, s.f, citado en Peter y Rubin,1983) el compromiso que tiene el trabajo social con la calidad de la vida social, con la equidad, la responsabilidad social y su preocupación simultánea por el bienestar mental y social que forma actividades de ayuda coherentes y al servicio de cada uno de los usuarios, lo cual es importante aprovechar cada uno de estos aspectos en llegado caso de tener un rol de administrador de casos.

La salud mental es un concepto que no solo contempla la enfermedad sino también todos los entornos del sujeto, es por ello que se hace necesario el abordaje multidisciplinario. En la intervención de Gestión de caso se hace necesario el equipo multidisciplinario puesto que el sujeto y su problemática se denota desde diferentes vertientes en las que pueden intervenir varios profesionales con conocimiento en Gestión de caso. Por otro lado, en cuanto a la actuación del Trabajador Social, la cual se puede adecuar a las necesidades del proceso y del

usuario y su entorno, se hace necesaria, como se mencionó anteriormente para evaluar los contextos del paciente y la incidencia de los mismos en el proceso.

Es importante hablar de la actuación con población en situación de vulnerabilidad psicosocial, ya que esta se puede enfrentar a diversos eventos traumáticos que puede generar problemáticas de salud mental y a su vez, influir significativamente en la calidad de la vida y su inserción en la comunidad, es allí donde la Gestión de caso y todo el equipo interdisciplinar, específicamente el Trabajador Social puede brindar las herramientas y recursos necesarios para que los pacientes superen los obstáculos que generan estas afectaciones de Salud Mental.

Conclusiones y recomendaciones

En el siguiente apartado se presentan las conclusiones las cuales hacen referencia a la proposición final que surge a partir de los resultados obtenidos que responden a los objetivos de la investigación, por otro lado, se presentan las recomendaciones que hacen referencia a las sugerencias que se determinan luego del proceso investigativo, las cuales van dirigidas a la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Semillero Nuevas Perspectivas de Salud Mental y para la profesión de Trabajo Social.

Conclusiones

A partir de una revisión documental a profundidad, realizada en el año 2021 y teniendo en cuenta la escasez de la información, se determinan cuatro (4) núcleos temáticos, cada uno con sus respectivos sub núcleos los cuales permiten identificar el estado de conocimiento actual de gestión de caso en población de vulnerabilidad psicosocial, los cuales son: Habitabilidad de Calle (alianza al tratamiento y educación específica sanitaria) , Consumo de drogas (usuarios rurales y recaída), Salud Mental (Acceso a servicios, Rehabilitación Psicosocial, Relación entre consumidor y profesional, Rehospitalización) y Trabajo Social (Rol de administrador de casos), en donde cada uno de estos núcleos y sub núcleos brindan conocimientos necesarios en torno a la gestión de caso con respecto a los documentos previamente analizados en la investigación, que permiten a su vez una comprensión del tema desde los diferentes contextos encontrados en el material teórico, que además conducen a un proceso de acción interdisciplinar en el campo de lo psicosocial, logrando obtener formación fundamental de cada grupo poblacional en los cuales se aplicó mayormente la gestión de casos y permite un análisis de información más específico y detallado dentro de cada núcleo y los diferentes puntos de vista en la implementación de la

gestión de caso tanto los beneficios como algunas dificultades en el proceso que permiten establecer de manera clara que la gestión de caso está guiada netamente al usuario y el contexto que lo rodea tanto sus necesidades como las redes con las que cuenta el mismo , que también se considera importante para la futura creación del Modelo de Gestión de Caso con el fin de que pueda ser implementada de la mejor manera a partir de la profesión de trabajo social, sin dejar de lado las necesidades que se tienen tanto en Colombia como en Latinoamérica en general, para que sea una herramienta de cambio en la calidad de vida y bienestar específicamente en las poblaciones con vulnerabilidad psicosocial y tenga visibilidad dentro de la profesión para futuras intervenciones.

Con base en la revisión documental se identifica que la Gestión de Casos en Latinoamérica es escasa o nula específicamente desde la profesión de Trabajo Social, ya que durante el proceso de revisión, no se encuentra suficientemente documentación sobre el tema; teniendo en cuenta esto, se concluye que es necesario implementar un modelo de Gestión de Caso con población en situación de vulnerabilidad psicosocial en Colombia, que contemple la realidad de esta población, en este caso la realidad nacional. Sin embargo, se resalta que dentro de la información analizada se realizan aportes para el Trabajo Social teniendo en cuenta el tipo de profesión que algunos autores consideran importante que por parte de la profesión se realice una apropiación en la gestión de caso ya que hasta el momento no se guía únicamente en una sola profesión, por lo cual lo que se busca a raíz de este proyecto es que pueda realizarse el modelo netamente desde trabajo social aprovechando el potencial que se destaca en la profesión, desde los conocimientos teóricos como las habilidades y el manejo frente a las necesidades y el usuario en general como el compromiso frente a la calidad de la vida, la equidad y responsabilidad social, interesándose siempre por el bienestar mental y social de los usuarios, claramente sin dejar de lado un óptimo trabajo interdisciplinar en

busca del pro de los usuarios con el máximo aprovechamiento de los aportes que pueden brindar las demás profesiones en la intervención.

Por otro lado, se evidencia que aunque la gestión de casos presenta una serie de modelos con siete (7) fases en común, este se adapta según las necesidades del sujeto y/o los sujetos, centrándose en sus fortalezas, al igual que las redes y servicios con los que cuenta el usuario, y que aunque el implementar la gestión de casos tiene resultados significativos en los pacientes y a pesar de que considera un gasto económico, no se compara a los elevados costos de rehospitalizaciones o procesos intermitentes. De manera general, se destaca que dentro de la información analizada el uso de la gestión de caso en poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial desarrollados en su mayoría en Estados Unidos y Reino Unido, destacan la efectividad de la gestión de casos aplicada desde diferentes profesiones y lo avances notorios que se llegan a ver en los pacientes, sin embargo, no se deja de lado algunas falencias o aspectos que no logran una satisfacción al 100% durante el tratamiento, aunque son pocas, se considera fundamental tenerlo en cuenta y realizar los ajuste pertinentes al momento de ser aplicada la Gestión de Caso.

Finalmente, y teniendo en cuenta el análisis realizado a través de los RAES, se puede identificar que la Gestión de caso impacta de modo relevante en la vida de los usuarios y sus familias, gracias a la intervención en los procesos de vida que podían tornarse como obstáculos debido a las condiciones difíciles en las que se pueden encontrar, procesos en los cuales pueden no tener apoyo, por eso se proveen herramientas de ayuda que promueven su calidad de vida y la de sus familias.

Recomendaciones

Para la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Se recomienda a la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, el incentivar a los estudiantes a que se conozcan otros modelos de intervención donde el Trabajador Social desempeña un papel importante en su actuación profesional, considerando que el campo de intervención del Trabajador Social es muy amplio, por ello no hay que dejar de lado los campos de accionar “olvidados” o poco estudiados como la Gestión de Caso. Para hacer abordaje del mismo se puede realizar de manera superficial en algún componente académico y más sin embargo abrir el espacio para profundizar en el mismo en un componente de profundización (Electiva) dándole visibilidad a la información encontrada a partir del presente documento y el repositorio que se deja con el fin de que los estudiantes puedan expandir su conocimiento en el tema y pueda darse a futuro investigaciones e intervenciones desde la gestión de caso.

Por otro lado, se recomienda a la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, incentivar a los estudiantes en la búsqueda de información no abordada anteriormente, reforzando sus métodos para la construcción de nuevo conocimiento, como lo es por ejemplo este proyecto de investigación, donde se abarca una temática nueva, en el sentido de que es un tema que no se ha abordado a profundidad anteriormente y mucho menos en el contexto Nacional brindando de esta manera nuevos conocimientos en la profesión, que pueden ser utilizados de manera provechosa para las necesidades que día a día se incrementan en la población en general, ya que se hace necesario conocer a profundidad, en la medida de lo posible, todas las áreas en las que el Trabajador Social puede actuar, ya que hay muchos campos de acción donde la profesión puede tener un papel importante, pero por el

desconocimiento de estos campos, se deja de lado la investigación/ intervención en los mismos.

Para el Semillero de Investigación Nuevas Perspectivas en Salud Mental

Teniendo en cuenta que en la presente investigación se busca contribuir y/o brindar herramientas al proceso de la creación del modelo de Gestión de Caso que se realizará desde el semillero, se recomienda de manera fundamental tomar en consideración toda la información anteriormente mencionada en este documento, ya que son bases fundamentales para este modelo, debido a que los documentos analizados brindan aspectos relevantes y básicos sobre la gestión de caso desde Trabajo Social y la población en situación de vulnerabilidad psicosocial con el fin de dar buen manejo y convertir el conocimiento analizado en herramientas de intervención. Además, es importante que se dé continuidad al repositorio creado para facilitar el acceso a la información sobre la Gestión de Casos y se logre dar visibilidad a los integrantes del semillero y estudiantes de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca en general para así brindar información valiosa y de calidad a la hora de realizar una intervención, logrando así un incentivo en el tema y la aplicación del modelo desde Trabajo Social a partir de los documentos encontrados que pueden ser ampliados y estudiados dentro de la misma Universidad, con la finalidad de expandir y reforzar conocimientos importantes para la carrera y específicamente en el semillero tomando a consideración el futuro Modelo de Gestión de Caso que se realizará desde allí.

Referencias

- Aléndez, P. A. (2020). *Factores asociados a la rehospitalización de pacientes con esquizofrenia en el hospital psiquiátrico, Lima 2020*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2021. http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/4343/T061_4542_5719_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aramburu, I., Martínez, B., Pérez, C., Pujols M. y Salamero M. (2014). La alianza terapéutica en tratamiento conjunto de parejas: evaluación de la alianza y análisis de los factores influyentes en el triángulo terapéutico. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (18)1, 17-52. Recuperado el 30 de Septiembre de 2021. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5115164.pdf>
- Asociación española de neuropsiquiatría. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2021. <https://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf>
- Asociación Nacional Americana de Trabajadores Sociales NASW. (19 de Noviembre de 2021). *Modelo de Intervención: Gestión de Casos*. Prezi. [Archivo Presentación]. Recuperado el 8 de Marzo de 2021. <https://prezi.com/mgyyzxxfpg52/modelo-de-intervencion-gestion-de-casos/>.
- Blanco, T. y Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*. (34)2, 147-157.

Recuperado el 30 de Septiembre de 2021.

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v34n2/1659-2913-rcp-34-02-00147.pdf>

Caballero, A., Ibañez Pinilla, M., Suárez Mendoza, I. y Acevedo Peña, J. (2016). Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública.* (32)7, 1-12. Recuperado el 01 de Octubre de 2021. Desde:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/5nKrqCxztfXxVKYxQpNvpsq/?format=pdf&lang=es>

Campo Arias, A., Celina Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2021. [https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiQUIATRIA-379-articulo-estigma-barrera-acceso-servicios-salud-S0034745014000572)

[psiQUIATRIA-379-articulo-estigma-barrera-acceso-servicios-salud-S0034745014000572](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiQUIATRIA-379-articulo-estigma-barrera-acceso-servicios-salud-S0034745014000572)

Carrazana, V. (2002). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Ajayu*, 1(1), 1-19. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf>.

Castilla- La mancha. (2013). *Gestión de Casos en Salud Mental*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2021.

https://sanidad.castillalamancha.es/files/sistema_de_gestion_de_casos.pdf

Castillo, J. A. (2015). *Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2021.

https://www.researchgate.net/publication/271587552_Concepto_de_vulnerabilidad_p_sicosocial_en_el_ambito_de_la_salud_y_las_adicciones

Chávez, E. (2010). Prevención de recaídas. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación.

<http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotrataamiento/manualprev recaidas.pdfm>

Clarity Human Services. (2016). *3 principios para una gestión eficaz*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2021.

<https://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/3-Principles-for-Effective-Social-Work-Case-Management.pdf>

Collazos, M. V. (2007). *Trastornos mentales y problemas de salud mental*. Recuperado el 16 de noviembre de 2021. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-75.pdf>

Comisión de trabajo del Cuaderno de Voluntariado en Salud Mental. (2016). *Voluntariado en Salud Mental*. Recuperado el 15 de noviembre de 2021. https://www.uma.es/media/tinyimages/file/Voluntariado_en_Salud_Mental.pdf

Consejería de Salud. (2017). *Modelo de gestión de casos del servicio andaluz de salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla España. Recuperado el 15 de Marzo de 2021. <https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1725/Modelo%20de%20Gestio%CC%81n%20de%20Casos%20SAS.pdf>

Consejo Nacional de Trabajo Social. (2019) Ley 53 de 1977. Decreto Reglamentario 2833 en 1981. Código de ética de los trabajadores sociales en Colombia y Reglamento Interno del Comité de ética. Recuperado el 22 de abril de 2021. Desde: [Plantilla del Codigo de Etica de la Pagina 30-09-19.cdr \(consejonacionaldetrabajosocial.org.co\)](http://www.consejonacionaldetrabajosocial.org.co)

Cortés, C. (2013). *Estrategias de Desarrollo Rural en La UE: Definición de Espacio Rural, Ruralidad y Desarrollo Rural*. Universidad Alicante. Recuperado el 30 de Septiembre de 2021. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/26548/2/Dosier_teorico.pdf

Courtin, A. (s,f). *Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia*. Gobierno de Chile. Recuperado el 01 de Octubre de 2021. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>

Díaz Soto, C. M., Orozco Moreno, A. J., & Villán Ramírez, N. C. (2016). *Factores asociados con la readmisión de pacientes psiquiátricos en el oriente antioqueño en 2014*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2021. <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159047933003.pdf>

Dirección Regional De Salud Mental, Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2013). *Gestión de Casos en Salud Mental*. Sescam. Recuperado el 19 de Marzo 2021. https://sanidad.castillalamancha.es/files/sistema_de_gestion_de_casos.pdf

Duque, P y Posada, J. (2017). *Descripción del estado de desarrollo en torno al trabajo social en salud mental*. Encyclopedia of Mental Disorder. Recuperado el 8 de marzo de 2021. www.minddisorders.com/Br-Del/Case-management.html

Estevez, A. (2011). *Vulnerabilidad psicosocial: una aproximación conceptual*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2021. <https://www.aacademica.org/000-052/290.pdf>

Estevez, A., Serrone , S., & Molinaroli, G. (2011). *Vulnerabilidad psicosocial, resiliencia y trauma: Breve revisión conceptual*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2021. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1548/ev.1548.pdf

Estrada, V. (2011). *Trabajo social, intervención en lo social y nuevos contextos*. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Fernández, C., & Ballesteros, P. (2017). *La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria*.

Recuperado el 16 de Noviembre de 2021.

https://www.researchgate.net/publication/333557769_Fernandez_y_Ballesteros_2019

[La rehabilitacion psicosocial de personas con trastorno mental Un modelo para la recuperacion e integracion comunitaria](#)

Fernández, M. A. (1999). *Ética y salud mental*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2021.

<http://aebioetica.org/revistas/1999/4/40/632.pdf>

Fuentes, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. (42).2. Recuperado el 30 de

Septiembre de 2021. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

[34662017000200012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200012)

García, C. A. (2015). *¿Existe una falta de recursos sociales en la red de salud mental?* .

Recuperado el 12 de Noviembre de 2021.

<https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1638/ANTEQUERA%20GARCIA>

[%20CRISTINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1638/ANTEQUERA%20GARCIA%20CRISTINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

García del Castillo, J. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y Drogas*, (15)1, 5-13. Recuperado el 29 de Septiembre de 2021.

<https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758001.pdf>

García, P., Garcia, R., Esnaola, M., Curiesess, I., Álvarez, D. y Millán, R. (2015). El Trabajo Social en Mary Richmond. La Fundamentación de su Teoría. *Trabajo Social Hoy*,

(4)74, 17-34. Recuperado el 11 de Abril de 2021.

https://www.trabajosocialhoy.com/documentos_ver.asp?id=114

Gerencia Regional de Salud. (s,f). *Gestión de casos en salud mental: Proceso de atención al paciente crónico complejo de SM*. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad.

Recuperado el 01 de Abril de 2021.

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/gestion-casos-salud-mental-proceso-atencion-paciente-cronic.ficheros/1110259->

[PROCESO%20%20DE%20ATENCION%20AL%20PACIENTE%20CRONICO%20](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/gestion-casos-salud-mental-proceso-atencion-paciente-cronic.ficheros/1110259-PROCESO%20%20DE%20ATENCION%20AL%20PACIENTE%20CRONICO%20)

[COMPLEJO%20DE%20SM.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/gestion-casos-salud-mental-proceso-atencion-paciente-cronic.ficheros/1110259-COMPLEJO%20DE%20SM.pdf) .

Global Social Service Workforce Alliance. (2018). *Conceptos y principios básicos de la gestión efectiva de casos: enfoques para la fuerza de Trabajo de Servicios Sociales*.

Recuperado el 15 de Noviembre de 2021.

<https://www.socialserviceworkforce.org/sites/default/files/uploads/Case-Management-Concepts-and-Principles.pdf>

González, L. M., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez Restrepo, C., & Vega

Landaeta, A. P. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental

de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado

el 12 de Noviembre de 2021. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a12.pdf>

Grau, L. (1984). Case management and the nurse. *Geriatric Nursing*, (5)8, 372-375.

Recuperado el 02 de Abril de 2021.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197457284800105>

Grech, E. (2002) Case management: a critical analysis of the literature. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 6, 89-98. Recuperado el 10 de Abril de 2021.

González, J. (2018). *La Configuración del Habitante de Calle como Sujeto Social*. Universidad Pedagógica Nacional.
<https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/2234/TESIS%20MAESTRIA%20JAIRO%20GONZALEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Herney, W. (2018). *Pensar el trabajo Social de casos: entre el vaciamiento de sentido y el despliegue de posibilidades*. Universidad de la Salle. Recuperado el 22 de marzo del 2021.
https://www.academia.edu/44935358/Pensar_el_trabajo_social_de_casos_entre_el_vaciamiento_de_sentido_y_el_despliegue_de_posibilidades

Hoyos, C. (2000). *Un modelo para investigación documental: guía teórico-práctica sobre construcción de estados del arte con importantes reflexiones sobre la investigación* Señal. Recuperado el 20 de Abril de 2021

IV Foro de ONG. (2008). *Gestión de casos: el trabajo con tutorías como herramienta de coordinación*. Recuperado el 2 de marzo de 2021.

Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad. (s.f). *Gestión de casos en salud mental: proceso de atención al paciente crónico complejo de SM*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2021. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/gestion-casos-salud-mental-proceso-atencion-paciente-cronic.ficheros/1110259-PROCESO%20%20DE%20ATENCION%20AL%20PACIENTE%20CRONICO%20COMPLEJO%20DE%20SM.pdf>

- López, S. G. (2015). *El trabajo social en la salud mental: la relevancia de lo social dentro de lo clínico*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2021. <https://core.ac.uk/download/pdf/211097948.pdf>
- Martínez, E. (2011). Trabajo social contemporáneo: aproximaciones y proyecciones. *Revistas UNAM-Academia*, 20, 7-36. Recuperado el 22 de septiembre de 2021. https://www.academia.edu/34903612/Trabajo_social_contempor%C3%A1neo_aproximaciones_y_proyecciones
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., Green, R. (2005). *La gestión de los casos en personas con trastornos mentales graves*. Biblioteca Cochrane Plus. Recuperado el 08 de Abril de 2021.
- Minsalud y Colciencias. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Javegraf. Recuperado el 11 de marzo de 2021. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social de Chile. (2016). Acompañamiento psicosocial individual, familiar y comunitario. Recuperado el 1 de Octubre de 2021. <https://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1417/Acompa%C3%B1amiento%20psicosocial%20individual,%20familiar%20y%20comunitario.pdf>
- Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud Cajamarca (s,f). Manual de Educación Sanitaria. Recuperado el 01 de Octubre de 2021. <https://www.yumpu.com/es/document/read/14633985/manual-de-educacion-sanitaria-bvs-minsa-ministerio-de-salud>

Organización mundial de la salud. (2004). Invertir en salud mental. Recuperado el 9 de marzo de 2021. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental, conceptos *evidencia emergente* Práctica*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2021. https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (s.f) Abuso de sustancias. PAHO.ORG. Recuperado el 22 de septiembre de 2021. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Protección de la Salud Mental en situaciones de epidemias*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2021. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>

Pérez, A. A., Heras Rojo, S. (2020). La relación entre las profesionales del trabajo social y las personas demandantes de ayuda: una reflexión sobre la identidad profesional y el ejercicio de la profesión. Recuperado el 29 de septiembre de 2021. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/61354/1/La%20relaci%C3%B3n%20entre%20las%20profesionales%20de%20trabajo%20social%20y%20las%20personas%20demandantes%20de%20ayuda.pdf>

Johnson, P.T., Rubin, A. (1983). Case management in mental health: a domain of social work?. Recuperado el 20 de septiembre de 2021.

Pinzón Olmos, M. A., Cortés Duque, C., Pinzón Olmos, T., & Arias Duarte, R. (2021). *Determinación de los factores asociados con el reingreso temprano de pacientes con*

enfermedad mental en dos ciudades de Colombia durante 2018. Recuperado el 15 de Noviembre de 2021. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-determinacion-factores-asociados-con-el-S0034745020301190>

Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2021. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf

PNUD. (1990). *Desarrollo Humano: Informe 1990*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Oxford University Press, Edición en Español por Tercer Mundo Editores, Colombia. Recuperado el 22 de abril de 2021. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1990_es_completo_nostats.pdf

PNUD. (1992). *Desarrollo Humano: Informe 1992*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Oxford University Press, Edición en Español por Tercer Mundo Editores, Colombia. Recuperado el 22 de abril de 2021. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1992_es_completo_nostats.pdf

PNUD. (2020). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 15 de abril de 2021. <https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Pons, X. (2008). *Modelos interpretativos del consumo de drogas*. Vol. 4. Pág. 157-186. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v4n2/v4n2a6.pdf>

Porras Agulló, A., Alfaro Ramos, R., López Guillem, B., Rubio Fernández, D., Sahuquillo Mompó, C., Sempere, J., & Vilaplana Amat, C. (2012). *Trabajo Social Sanitario y gestión de casos*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2021.

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiego_agJT0AhWRQjABHeSTA3QQFnoECCIQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4642313.pdf&usg=AOvVaw2hg6OeJdGsUYAqJy6xlqw-

Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2021. <https://www.redalyc.org/pdf/843/84329152001.pdf>

Posada, J. A. (2019). La depresión y la ansiedad han salido del closet. ¡Y ahora qué! *Semana*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2021. <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/la-depresion-y-la-ansiedad-han-salido-del-closet-y-ahora-que/622904/>

Posada, J., y Pacheco, J. (2007). Programa de Orientación y Acompañamiento Social. Recuperado el 01 de marzo de 2021.

Quinn, J. (1993). *Successful Case Management in Long-Term Care*. New York, Springer Publishing Company. Recuperado el 02 de Abril de 2021.

Rodríguez, J. C., & León Fajardo, K. (2017). *Percepción acerca de la vulnerabilidad psicosocial en 19 estudiantes de bachillerato del Instituto Técnico Industrial de Facatativá*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2021.

<https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/bitstream/handle/20.500.12558/2551/PERCEPCION%20ACERCA%20DE%20LA%20VULNERABILIDAD%20PSICOSOCIAL%20EN%2019%20ESTUDIANTES%20DE%20BACHILLERATO%20DEL%20INSTITUT.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rojas Bernal, L. Á., Castaño Pérez, G. A., & Restrepo Bernal, D. P. (2018). *Salud mental en Colombia, Un análisis crítico*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2021. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
- Sandoval, C. (s.f). *Rehabilitación Psicosocial: Reconsideraciones Conceptuales y Perspectivas Actuales*. Universidad Católica de Costa Rica. Recuperado el 30 de Septiembre del 2021. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v25n1-2/art2.pdf>
- Sánchez Arrastría, D., & Contreras Olivé, Y. (2014). *La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2021. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400011
- Sánchez Vazquez, M., Blas Lahitte, H., & Ortiz Oria, V. (2015). *Bioética y salud mental: reflexiones sobre la afección y la responsabilidad en la relación profesional-paciente*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2021. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v15n2/v15n2a08.pdf>
- Sánchez, C. P. (2019). *El Trabajo Social en salud mental, La relevancia de lo social en lo clínico*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2021. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150703/Pacheco_Sanchez_Coral.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sarabia, A. (2007). *La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional*. Dialnet. Recuperado el 01 de abril de 2021. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2535954>

Scharlach ,A. Giunta, N. y Mills Dic, K. (2001). "Case Management in Long-Term Care Integration: An Overview of Current Programs and Evaluations." Center for the Advanced Study of Aging Services. University of California, Berkeley.
<http://cssr.berkeley.edu/aging/>.

Sen, A. (2002). ¿De qué se trata el Desarrollo? En: Meier, Gerald y Stiglitz, Joseph. Fronteras de la Economía del Desarrollo. Editorial Alfaomega, Bogotá.
<https://documents1.worldbank.org/curated/pt/765591468762299144/pdf/217470Spanish-ver0fronteras.pdf>

Trullenque, E. M. (2010). *El trabajo Social en salud mental*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2021.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEWjEqcroiY_0AhVdQjABHcj2AeIQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistas.ucm.es%2Findex.php%2FCUTS%2Farticle%2Fdownload%2FCUTS1010110333A%2F7489%2F&usg=AOvVaw0_4QpDwNcE3R4xNSzF6c2c

Uriarte, J. J. (2007). Rehabilitación Psicosocial. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2021.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocial.pdf>

United Nations. (1998). Principles and recommendation for population and housing censuses. Statistical Papers: Vol. 67. Recuperado el 22 de septiembre de 2021.
https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Principles_and_Recommendations/Population-and-Housing-Censuses/Series_M67Rev2-E.pdf

Zamora Rondón , D., Suárez- Acevedo, D., & Bernal- Acevedo, O. (2019). *Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia*. Recuperado el 17 de noviembre de 2021. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2019.v21n2/175-180/>

Anexos

Anexo 1. Fichas RAE

| A1 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---|
| 1. Título. | La relación de gestión de casos y los resultados de las personas sin hogar con enfermedad mental grave The case management relationship and outcomes for the homeless with severe mental illness |
| 2. Autor: | Matthew J. Chinman, Robert Rosenheck & Julie A. Lam. |
| 3. Edición | Psychiatric Services. Vol. 51 No. 9 |
| 4. Año de publicación | 2000 |
| 5. Páginas | 6. |
| 6. Fecha de realización | 02/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | <p>La gestión de casos guiada hacia las personas sin hogar, que además tienen una enfermedad mental se ve como un servicio cada vez más común proporcionado por los sistemas públicos de salud mental. Por esto, es importante destacar que desde el uso de los modelos de gestión de casos se percibió que los usuarios pasaron menos días sin hogar en comparación con los que recibieron atención estándar y mostraron mejoras en los síntomas y la autoestima. Sin embargo, la base de este resultado se puede guiar a la relación de gestión de casos o la alianza terapéutica mediante los resultados clínicos. Todas las definiciones de alianza terapéutica incluyen dos dimensiones generales: la calidad de la relación interpersonal entre el cliente y el terapeuta, que incluye confianza, respeto y afecto genuino y el grado en que el cliente está involucrado en el tratamiento y está trabajando en colaboración con el terapeuta para lograr los objetivos de la terapia. Ahora, para evaluar la alianza de tratamiento se utilizará un enfoque retrospectivo en el que la alianza y el resultado se midieran al mismo tiempo, hacia el final del estudio.</p> <p>Para el artículo se buscó examinar la relación entre la gestión de casos y los resultados clínicos para las personas sin hogar con enfermedades mentales graves. Fue aplicado a los dos primeros grupos que ingresaron al programa</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>Acceso a la Atención Comunitaria, Servicios y Apoyos Efectivos (ACCESS), un programa de demostración de cinco años para personas sin hogar con enfermedades mentales financiado por el Centro de Servicios de Salud Mental en el año 1994. En 3 y luego 12 meses, los clientes se caracterizaron por no tener una relación con su administrador de casos o por tener una alianza terapéutica baja o alta con su administrador de casos. Se realizaron análisis para probar la asociación entre la relación del administrador de casos al inicio, a los tres meses y a los 12 meses y los resultados clínicos a los 12 meses. Finalmente, se realizaron análisis a 798 clientes que tenían datos de resultados a los 12 meses. No se encontraron asociaciones significativas entre la relación con el administrador de casos al inicio del estudio y los resultados a los 12 meses. A los tres meses, los clientes que habían formado una alianza con su administrador de casos tenían significativamente menos días sin hogar a los 12 meses. Los clientes que informaron una alta alianza con su administrador de casos a los 12 meses tuvieron significativamente menos días sin hogar a los 12 meses que aquellos con una alianza baja, y aquellos con una alianza baja a los 12 meses tuvieron menos días sin hogar que los clientes que informaron que no tenían relación con su administrador de casos. Los clientes con una mayor alianza tanto a los tres como a los 12 meses informaron una mayor satisfacción general con la vida a los 12 meses.</p> |
| <p>10. Metodología.</p> | <p>Investigación teórica.</p> |
| <p>11. Conclusiones.</p> | <p>Al evaluar la presencia y la fuerza de la relación del administrador de casos en tres momentos diferentes: línea de base, tres meses y 12 meses, se pudo examinar las relaciones tanto predictivas como concurrentes entre estas variables y los resultados clínicos. La presencia o la fuerza de la relación cliente-administrador de casos en la línea de base no se asoció con ninguna de las 12 variables de resultado del mes, tal vez porque era demasiado temprano en la relación para encontrar asociaciones significativas con resultados posteriores. Utilizando datos de las evaluaciones de tres meses, encontramos que la presencia y la fuerza de la relación del administrador de casos estaba relacionada con una reducción de la falta de vivienda a los 12 meses. ACCESS está dirigido específicamente a personas sin hogar con enfermedad mental. Los clientes que pudieron desarrollar una relación con su administrador de casos a los tres meses parecieron cosechar el beneficio de menos personas sin hogar días después. Por lo tanto, la relación fue temporalmente predictiva. Se encontró una relación similar entre alianza y satisfacción general con la vida, aunque esta relación fue mucho más débil. Cuando los clientes tienen relaciones laborales más sólidas, es posible que puedan utilizar el tratamiento para mejorar sus vidas hasta tal punto que experimenten una experiencia más generalizada de satisfacción con la vida. Otra explicación podría ser que una relación más fuerte con un terapeuta en sí misma hace que los clientes se sientan menos aislados y más apoyados, lo que resulta en un aumento de la satisfacción general con la vida.</p> <p>El estudio mostró que, a los tres meses, la presencia de una relación se asoció con una reducción de las personas sin hogar a los 12 meses y que hubo una reducción aún mayor en el número de días sin hogar entre los clientes con una alianza mayor. A los 12 meses, los clientes y los administradores de casos</p> |

tenían más tiempo para forjar relaciones más sólidas. Esta alianza más fuerte puede haber permitido a los clientes utilizar la relación de manera productiva y, por lo tanto, pasar menos días sin hogar.

Varias limitaciones de este estudio merecen comentario. Primero, el proyecto ACCESS no fue diseñado específicamente para evaluar los efectos del establecimiento de una relación de administrador de casos y la alianza terapéutica en los resultados del cliente; específicamente, los clientes no fueron asignados al azar a grupos de tratamiento. Los datos de la variable independiente fueron de un solo ítem en el que se les pidió a los clientes que informaran si tenían o no una relación significativa con su administrador de casos. Se desconocen las propiedades psicométricas de este artículo. Es posible que los clientes no hayan informado tener una relación con un administrador de casos si recibieron el mismo tratamiento de varios miembros del equipo de administración de casos.

Además, debido a la falta de asignación aleatoria, los sesgos de selección afectaron los resultados, haciendo que los efectos estimados parecieran mayores de lo que son. Además, los sesgos de selección iniciales pueden haber creado diferencias de grupo cuando no existían. Factores distintos a los utilizados como variables en los análisis pueden haber afectado las medidas dependientes. Aunque examinamos la relación terapéutica entre los clientes y sus administradores de casos, nos centramos principalmente en los informes de los clientes.

Los aportes de los administradores de casos también pueden ser importantes para determinar la formación y la fuerza de la relación terapéutica. Los proveedores de salud mental y los clientes a menudo tienen diferentes perspectivas sobre el tratamiento, lo que puede afectar la relación del tratamiento (18; Kloos B, Rappaport J, Bouas K, et al, datos no publicados, 1998). Por tanto, estudios futuros no sólo deben examinar la relación de las características de los médicos, como las variables demográficas, la capacitación y la disciplina, con la relación terapéutica, sino que también debe incluir la perspectiva del administrador de casos sobre la formación y la fuerza de la relación. Además, aunque las calificaciones mostraron una mejora en la satisfacción general con la vida, fue pequeña y su relevancia clínica no está clara. Los estudios futuros deben intentar vincular varios grados de mejora con resultados adicionales para evaluar la relevancia clínica.

Finalmente, a pesar de que el diseño incorporó la predicción temporal, todavía es posible que lograr una mayor satisfacción con la vida y pasar menos tiempo sin hogar resulte en una mejor relación con el administrador de casos. La causalidad es difícil de determinar. La ambigüedad causal puede ser especialmente cierta para los análisis concurrentes a los 12 meses porque las mejoras clínicas podrían influir en los informes de los clientes sobre el estado de la relación con el administrador de casos. Aunque nuestra medida de la relación del administrador de casos tenía solo una capacidad limitada para predecir los resultados clínicos, los hallazgos sugieren que cuando se establece una alianza de tratamiento, los clientes experimentan menos días sin hogar y una mayor satisfacción con la vida. El estudio adicional de estos constructos ayudará a guiar a los médicos y desarrolladores de programas a realizar intervenciones más efectivas en nombre de esta población con problemas.

| | |
|---------------------------|--|
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |
|---------------------------|--|

| A2 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---|
| 1. Título. | Dimensiones de la práctica prometedora Para apoyos gestionados por casos para acabar con la falta de vivienda. Dimensions of Promising Practice For Case Managed Supports in Ending Homelessness. |
| 2. Autor: | Calary Homeless Foundation |
| 3. Edición | No aplica |
| 4. Año de publicación | 2011 |
| 5. Páginas | 45 |
| 6. Fecha de realización | 03/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Personas sin hogar, falta de vivienda, apoyos, servicios, recursos, necesidades, Sistema de información para la gestión de personas sin hogar. |
| 8. Descripción. | Informe de investigación |
| 9. Contenidos. | <p>En varios meses de consulta con personas sin hogar en los años 2008 y 2009 se identificó que para que los sujetos tengan éxito en conseguir vivienda, deben tener los suficientes apoyos, también se determina que existen enfoques diversos para la vivienda de apoyo, lo que crea barreras para el acceso a los servicios.</p> <p>Desde el plan decenal de Calgary se reconoció que para acabar con la falta de vivienda la gestión de casos es un sistema de apoyo que resulta exitoso para garantizar que los sujetos puedan triunfar.</p> <p>Actividades de gestión de casos</p> <p>Usualmente se dedica mucho tiempo a construir una relación y ganar confianza antes de llegar a una relación formal de gestión de casos. Las actividades de administración de casos incluyen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consumo: El administrador de casos llevará un proceso de quejas, y brindará opciones a quienes no puedan ser elegidos para los servicios. ● Evaluación: El administrador de casos en esta etapa identifica las metas de una persona, explorando a fondo sus necesidades; discute el |

consentimiento informado; trabaja en equipo con otros; discute el plan de acción para logro de metas; documenta toda la información de forma confidencial

- Planificación: Cada persona tendrá un plan de caso, donde se evalúe cada componente del servicio al observar las necesidades de atención de la persona, sin dejar de lado la identificación de problemas para desarrollar estrategias. El administrador de casos debe desarrollar un plan de atención que sea acorde a las necesidades del paciente logrando así sus objetivos tomando en cuenta la propia evaluación de la persona sobre sus necesidades, determinando factores de riesgo, determinando un cronograma que seguirá el plan de acción.
- Remisión y vinculación: El administrador de casos tiene la función de asegurarse de que los recursos estén disponibles para que se pueda llevar el proceso a cabalidad, se espera que el administrador de casos pueda establecer relaciones con otros proveedores de atención logrando así un acuerdo sobre las funciones y responsabilidades de los proveedores de atención, promueva la independencia, mantenga canales de comunicación, evalúe áreas de mejora.
- Abogacía: El administrador de casos debe conocer los servicios a los cuales son accesibles ya que una fundación importante es proporcionar información actualizada.
- Seguimiento y evaluación del plan de caso: El administrador de casos debe reevaluar el progreso para determinar si se están cumpliendo los objetivos e identificar las necesidades actuales.
- Transición/alta: Durante la evaluación y planificación se espera que el administrador de casos discuta los criterios para el final de la relación de gestión de casos; proporcione información o redes a otros servicios que se encuentren disponibles, apoyo en el desarrollo de habilidades que maximicen la independencia.

Procesos de gestión de casos

1. Duración de los servicios
2. Intensidad de los servicios
3. Enfoque de los servicios
4. Responsabilidad de los recursos
5. Disponibilidad
6. Ubicación de los servicios
7. Patrón de dotación de personal

Casos: No existe un número exacto de casos en los que hay que intervenir, el ideal es coincidir con los tipos de servicio y las necesidades de los sujetos.

Modelos: Se preguntó a los encuestados si su organización utilizaba un modelo en particular, el 49% dijo que no existía un modelo formal o no se conocía, así que no existe un modelo indicado para la gestión de casos para acabar con la falta de vivienda, el modelo debe estar basado en las necesidades de las personas. El tratamiento comunitario asertivo, el Manejo

Intensivo de Casos y el Manejo de casos clínicos son usados con éxito, donde se adaptan a las necesidades de las personas sin hogar. Sin embargo, muchos administradores de casos no siguen un modelo específico, sólo adoptan principios generales y los adoptan a su propio modelo.

Conferencias y reuniones de casos

Se hace necesario el realizar reuniones periódicas con el equipo, con el fin de establecer un plan dentro de este equipo. Donde se revisen los éxitos y problemas creando así oportunidades.

Líneas de tiempo

El periodo de tiempo adecuado para la participación varía tanto de una institución a otra como de una persona a otra, lo que se debe tener en cuenta es la garantía de apoyo a los sujetos, que sean correspondientes a su nivel de necesidad.

Flexibilidad

Los administradores de casos deben tener disponibilidad para acudir a citas y otras agencias. El apoyo en el hogar es fundamental, por eso es que tener administradores de casos que vayan a los hogares de las personas y brinden apoyo ayuda a crear sostenibilidad.

Principios de la gestión de casos

1. Apoyar los derechos de las personas.
2. Tratamiento específico y con un propósito.
3. Colaboración con otros.
4. Trabajo ético y responsable.
5. Culturalmente competente.

Competencias importantes de los administradores de casos

Para trabajar en gestión de casos con esta población se requiere que los administradores de casos tengan habilidades y conocimientos en:

- Falta de vivienda;
- Capacitación sobre manejo de múltiples problemas;
- Desarrollo de relaciones de confianza;
- Administrar herramientas de evaluación;
- Actividades y principios de la gestión de casos;
- Intervención en crisis;
- Conocimiento práctico de los servicios existentes;
- Educación y prevención de enfermedades;
- Equilibrio entre el trabajo y la vida personal, prevención del agotamiento.

Entonces ¿qué es la gestión de casos para acabar con la falta de vivienda?

Para que la gestión de casos en el acceso de vivienda y apoyos adecuados tenga éxito debe ser:

- Combinación adecuada de servicios;
- Centrado en la persona;
- Adaptado;
- Individualizado;
- Flexible;
- Multidisciplinario;
- Establecer redes y relaciones.

El sistema

El sistema es la red de todos los programas y apoyos disponibles.

- Complejo y fragmentado: Coordinar la red de recursos que están disponibles para personas que requieren de muchos recursos y paciencia.
- Burnout y altas tasas de rotación del personal: Se da la necesidad de un aprendizaje constante y la construcción - de relaciones. El personal frecuentemente está inmerso en situaciones muy estresantes, por ello es un desafío constante.

Recursos

- Rigidez: Es complejo lograr el acceso a fondos para necesidades de emergencia.
- Complejidad: Existen varios requisitos de financiadores.
- Escasez: No hay suficientes opciones de vivienda para la elección

Necesidad de un sistema coordinado y bien gestionado

- Comunicación: Compartir toda la documentación con la persona con el fin de garantizar un proceso transparente.
- Capacitación y soporte para administradores de casos: La capacitación debe incluir el cuidado del cuidador, conducta edita, diversidad, evitar agotamiento. Teniendo en cuenta que los administradores de casos se encuentran inmersos en condiciones estresantes, deben recibir el apoyo adecuado para aumentar su satisfacción laboral.

Sistema de información para la gestión de personas sin hogar (HMIS)

Un sistema de HMIS es un sistema electrónico que contiene información sobre poblaciones sin hogar en toda la comunidad, permite a las comunidades recopilar datos estándar, comprender mejor las experiencias de las personas sin hogar, permitir a las agencias satisfacer mejor las necesidades de los

| | |
|---------------------------|--|
| | clientes. Se asegura que la implementación de un Sistema de información para la gestión de personas sin hogar, puede reducir la sobrevaluación. |
| 10. Metodología. | Investigación teórica |
| 11. Conclusiones. | <p>1. Se puede concluir que al seguir los aportes de las personas que se encuentran sin hogar, se puede asegurar que las intervenciones reflejan las experiencias de la vida real.</p> <p>2. Por otro lado, surgen puntos en común en todos los métodos de recopilación de datos, aunque se expresen de diferentes maneras.</p> <p>3. Existen variedad de barreras para realizar un trabajo de gestión de casos que sea exitoso.</p> <p>4. Aunque hay prácticas alentadoras también se ofrecen muchas soluciones para abordar las barreras.</p> <p>5. Es importante desarrollar dimensiones de práctica basadas en evidencia, además de determinar procesos y herramientas, gestionar recursos</p> |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| A3 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | Papel vital de la gestión de casos para las personas que experimentan desamparo. Vital Role of Case Management for Individuals Experiencing Homelessness. |
| 2. Autor: | National Health Care for the Homeless Council |
| 3. Edición | Volume 4, Issue 1 |
| 4. Año de publicación | 2016 |
| 5. Páginas | 7 |
| 6. Fecha de realización | 02/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos, servicios médicos, personas sin hogar, habilidades, salud mental |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |

9. Contenidos.

El objetivo de la gestión de casos es garantizar el acceso oportuno y la coordinación de servicios médicos y psicosociales para satisfacer las necesidades de cada una persona sin hogar, evitando la duplicación de servicios y así mismo promoviendo la calidad y mejora de la salud. Allí se puede encontrar planificación de los servicios que se prestan, entre ellos el seguimiento constante, defensa al cliente, evaluaciones de las necesidades de cada persona, vinculación de los servicios, intervención en crisis, servicios directamente encaminados al apoyo emocional y el desarrollo de habilidades.

Se centran en subpoblaciones específicas, ya sea, población vulnerable, personas con trastornos concurrentes y enfermedades mentales crónicas. Se reveló que a mediados de 1994 y 2008 según la literatura sobre gestión de casos, que los efectos positivos que se encontraron para las personas vulnerables fueron significativos, las cuales incluyen, mejor estado de salud mental, mayor estabilidad de vivienda y uso reducido de sustancias psicoactivas, mejorando su calidad de vida, pero pueden llegar a tener diferentes resultados dependiendo del modelo de gestión de casos, encontrando 5 modelos principales:

- Gestión de casos general o estándar (SCM) Contacto de baja intensidad, cuenta con la identificación de recursos
- Gestión intensiva de casos (ICM) Servicios directamente adicionales en comparación con SCM que resulta ser más intensivo
- Gestión de casos clínicos (CCM) Contacto de alta intensidad con el cliente, combinación de coordinación y actividades clínicas
- Tratamiento comunitario asertivo (ACT) Posee un enfoque de equipo multidisciplinario de cliente de alta intensidad que incluye proveedores clínicos
- Intervención en tiempo crítico (CTI) Contacto de intensidad moderada entre el cliente, posee un tiempo limitado en donde se implementan periodos críticos para garantizar el proceso de atención

Demostraron que las personas que recibieron ICM habían reducido el consumo de sustancias y los síntomas psiquiátricos durante 12 meses. Gordon y col. (2012).

Se clasificaron ítems en donde se puede evidenciar los resultados positivos que generó la gestión de casos

- Salud física y mental, Disminuciones en el uso de drogas y alcohol, disminución al aislamiento social, uso de educación sanitaria para hepatitis A y B.
- Utilización de servicio, Incrementa el acceso al uso de sustancias para el tratamiento de un trastorno y estancia hospitalaria reducida.
- Alojamiento, Reducción en el tiempo de paso sin hogar, incluyendo realojamiento rápido en programas de prevención y salud.

| | |
|-------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Costo hospitalario reducido, con servicios de refugio, es sugerido para aliviar desamparo por medio de una compensación económica. <p>Papel de la gestión de casos en intervenciones específicas</p> <p>Para mejorar intervenciones específicas dirigida a la educación sanitaria por parte de las enfermeras para mejorar los resultados de hepatitis Ay B, encontraron que los adultos sin hogar que recibieron NCM junto con educación específica sobre la hepatitis tenían más probabilidades de completar la serie de vacunas contra el virus de la hepatitis A, B y C en comparación con aquellos que solo recibieron educación específica. Nyamathi y col. (2009)</p> <p>Los adultos sin hogar que recibieron NCM junto con educación específica sobre la hepatitis tuvieron un aumento significativamente mayor en el conocimiento del virus de la hepatitis C en comparación con aquellos que solo recibieron educación específica. Tyler y col. (2014)</p> <p>Ambos estudios se ejemplifican para optar por una propuesta de agregar el componente de gestión de casos encaminada a la intervención en la salud específica, ya que se lograría obtener resultados positivos con respecto a las enfermedades infecciosas.</p> <p>Importancia de la coordinación de la atención dentro de los modelos de gestión de casos</p> <p>Los profesionales tienen que guiarse por medio de la atención y gestión de casos, ya que dependen de que se logre un progreso para mejorar la atención y acceso a los recursos para lograr una intervención adecuada, en donde se identifique las necesidades de salud del cliente y priorizar los problemas, de igual manera identificando las barreras que posee para así tratarlas y brindarle un respectivo acompañamiento.</p> <p>“HRSA requiere todos los fondos federales centros de salud para proporcionar caso servicios de administración”</p> <p>Implicaciones políticas</p> <p>Se aumentar la calidad de la atención y los resultados de salud positivos mientras se reducen los costos de atención médica, alivia el impacto económico de la falta de vivienda a través de cambios en los patrones de utilización de los servicios, al crear estrategias como subsidios de alquiler, vivienda de apoyo permanente, realojamiento rápido y programas de vivienda primero, aumentando la cobertura y disminuyendo el problema central que es el consumo de drogas y alcohol.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica |

| | |
|---------------------------|---|
| 11. Conclusiones. | <p>Para comprender mejor la efectividad de las intervenciones de gestión de casos en poblaciones sin hogar y para asegurar resultados positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la comprensión de las necesidades de la población sin hogar y el “uso ineficiente de los recursos asociados con la falta de hogar” a través de la investigación. • Realizar investigaciones de naturaleza experimental: comparar intervenciones de atención médica con y sin manejo de casos; realizar investigaciones que incluyan poblaciones sin hogar previamente estudiadas. • Llevar a cabo una investigación de análisis de costos con respecto a los beneficios de la gestión de casos y el impacto económico en la sociedad. • Implementar modelos apropiados de gestión de casos basados en las necesidades de la persona para reducir y eliminar las barreras a los servicios médicos y no médicos. • Consulte con la agencia estatal de Medicaid sobre si una estrategia estatal, como adoptar cobertura para servicios de administración de casos, es factible; tal cobertura probablemente estabilizará la continuidad de los proveedores comunitarios y maximizaría los fondos de la subvención. <p>Esto puede garantizar un uso más eficiente de los recursos y permitir que los legisladores reconozcan los beneficios de la gestión de casos para las personas sin hogar, al tiempo que se reducen los costos de atención médica.</p> |
| 12. Autor del RAE. | <p>Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa.</p> |

| A4 | Resumen Analítico Especializado |
|-------------------|---|
| 1. Título. | <p>Gestión de casos en el sector de personas sin hogar. Apoyar a las personas desde la derivación hasta la mudanza. Case management in the Homelessness Sector. Supporting people from referral to move-on.</p> |
| 2. Autor: | <p>The Innovation and Good Practice Team</p> |
| 3. Edición | <p>Homeless Link, Minories House, 2-5 Minories, London EC3N 1BJ 020 7840 4430. Homeless Link 2019. All rights reserved. Homeless Link is a charity no. 1089173 and a company no. 04313826.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| 4. Año de publicación | 2019 |
| 5. Páginas | 56 |
| 6. Fecha de realización | 07/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos, fortalezas, persona sin hogar, gestión intensiva de casos |
| 8. Descripción. | Informe |
| 9. Contenidos. | <p>La gestión de casos es un término que describe la forma de apoyo a quién usa sus servicios.</p> <p>Modelos y enfoques de gestión de casos</p> <p>Un estudio sobre gestión de casos determinó siete (7) funciones de la gestión de casos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación y divulgación 2. Evaluación para determinar fortalezas y necesidades 3. Planificación para desarrollar un plan de servicio 4. Vinculación, para derivar a las personas a los sistemas de apoyo necesarios 5. Seguimiento, con el fin de realizar evaluaciones continuas de progreso 6. Promoción, para garantizar el acceso a los servicios 7. Planificación del alta, apoyo a las personas para la transición entre los servicios. <p>Adicional a esto se identifican cuatro servicios comunes pero que pueden variar según las necesidades ya sea de la agencia o de la persona:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prestación de servicios directos 2. Intervención en crisis 3. Promoción del sistema 4. Desarrollo de recursos <p>Modelos de gestión de casos reconocidos formalmente</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Los modelos de gestión de caso más conocidos son la gestión de casos de intermediarios, tratamiento comunitario asertivo, gestión intensiva de casos, gestión basada en fortalezas e intervención en tiempo crítico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Broker case management: Se trata de la coordinación con poca prestación de servicios. El trabajador acompaña al individuo en la identificación de necesidades. Los administradores de casos suelen tener mayor número de casos ya que no se requiere de un trabajo tan intenso. ● Gestión de caso clínico: En este modelo el administrador de casos proporciona una intervención terapéutica directa. Puede incluir servicios de salud mental. Usualmente el administrador de casos tiene una carga de alrededor 10 personas ● Gestión de caso basado en fortalezas: En este modelo los administradores de casos se centran en crear oportunidades de crecimiento y desarrollo/fortalecimiento de habilidades, animando a las personas a ser autónomos en su propio proceso. Los principios esenciales de este modelo son: Las personas pueden aprender y cambiar, la atención está centrada en las fortalezas y no deficiencias, la comunidad se determina como una posibilidad de recursos, el sujeto es el gestor del proceso de ayuda, la relación trabajador-paciente, el entorno principal de la intervención es la comunidad ● Tratamiento asertivo comunitario (ACT): Este modelo es un enfoque basado en equipos, contando con la participación activa de un centro de salud mental. Es un programa interdisciplinario de evaluación, planificación e intervención que involucra a todo un equipo interdisciplinario ● Gestión de caso intensivo (ICM): Este modelo de gestión de casos se considera como una forma de gestión de casos individualizada donde el administrador de casos brinda el apoyo para el acceso a otros servicios, este apoyo puede ser ilimitado teniendo en cuenta los objetivos del individuo ● Intervención en tiempo crítico (CTI): Es un enfoque que ofrece apoyo en un momento de transición. Tiene como objetivo conectarse con los recursos existentes de la comunidad. Los administradores de caso buscan desarrollar y fortalecer las habilidades del individuo, donde este se vincule a las actividades y al apoyo de su comunidad permitiendo el afianzamiento de los vínculos. Se destacan diez (10 componentes básicos: 1. Aborda un periodo de transición, 2. Por tiempo limitado, 3. Enfoque por etapas, 4. Centrado, 5. Basado en la comunidad, 6. Sin alta anticipada, 7. Número de casos reducido, 8. Reducción de daños, 9. Supervisión semanal de equipo. El modelo se divide en 3 fases con una fase adicional (Pre-CTI) <p style="text-align: center;">Pre-CTI: Desarrollo de relación de confianza con el usuario</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>Fase 1 Transición. En esta etapa se vincula al cliente con agencias de apoyo, se realizan visitas domiciliarias, se brinda apoyo y asesoramiento a clientes y cuidadores</p> <p>Fase 2 Prueba. En esta etapa se monitorea y fortalece la red de apoyo, se observa el funcionamiento de la misma y se modifica la red si es necesario</p> <p>Fase 3. Transferencia de atención. Terminar los servicios con la red de forma segura, desarrollar y poner en marcha un plan de objetivos a largo plazo y finalmente reunirse con el cliente por última vez para revisar el progreso.</p> <p>Cumpliendo vidas, Newcastle y Gateshead</p> <p>Este servicio tiene como objetivo vincular a las personas con otros servicios de apoyo en la comunidad, sin embargo, fue difícil que siguieran con el tratamiento, por eso lo que se quiere es lograr un proceso que lleve a la independencia exitosa dejando de lado toda dependencia al tratamiento.</p> <p>El modelo sólo se aplicó en personas que se encontraban en una etapa de transición, como mudarse de un lugar a otro, salir de prisión, entre otros, este modelo se enfoca en objetivos clave, se basa en las fortalezas, donde el individuo identifica tres objetivos en los que quisiera trabajar.</p> <p>Otra característica importante de este modelo es la cantidad tan reducida de casos, cada administrador de casos tendrá un aprox de 16 casos, donde se trabajará con cuatro (4) personas en cada fase a la vez, pasando más tiempo con las personas que se encuentran en pre-CTI y fase 1.</p> <p>El equipo tiene reuniones cada semana para determinar los éxitos y desafíos de cada caso, para seguir o explorar una nueva línea a seguir.</p> <p>Gestión intensiva de casos</p> <p>La gestión intensiva de casos de basa en el alcance, se lleva a cabo en la misma comunidad y no dentro de un servicio, este modelo requiere de un alto nivel de contacto entre el trabajador y al usuario, el trabajador ofrece un servicio de soporte flexible llegando a ser intermediario para vincularse a otros servicios, esto implicaría gran compromiso de acompañamiento del trabajador en el proceso, este apoyo está basado en los objetivos de cada persona. Aunque los resultados fueron buenos se identificó que la Gestión Intensiva de Casos no es más eficaz que otros tipos de gestión de casos. Pero a comparación con el “tratamiento habitual” la gestión intensiva de casos reduce el número de personas sin hogar después de 12 a 18 meses, puede aumentar el número de personas con vivienda estable y puede reducir la cantidad de días que una persona pasa sin hogar.</p> <p>Servicio para adultos que enfrentan la exclusión (SAFE) Harrogate</p> <p>SAFE en Harrogate trabajó durante cinco años con personas que experimentan problemas de salud mental y/o abuso de sustancias psicoactivas, tienen contacto con el sistema de justicia penal, así que se toma</p> |
|--|---|

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>como una oferta de apoyo intensivo, centrado en la persona. El trabajo será impulsado por el usuario más que por el trabajador, SAFE emplea a un trabajador que tiene un número aprox de siete casos, este proyecto no usa papeleos ni procesos formales, básicamente es por conversaciones informales en cualquier lugar.</p> <p>Gestión de caso con agentes</p> <p>La gestión de caso por intermediarios es la forma más básica de gestión de casos. Un asistente social lleva a cabo una evaluación de necesidades y remite a las personas a los servicios indicados</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica |
| 11. Conclusiones. | Se hace la revisión de una serie de modelos de gestión de caso, sin embargo, aunque no se determina que uno sea más eficaz que otro la investigación hace un énfasis especial a la intervención de gestión de caso basado en las fortalezas de las personas, donde los administradores de casos no son los que lideran el proceso, pero sí brindan un apoyo en el proceso y con la vinculación a otras redes de apoyo |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| | |
|--------------------------------|--|
| A5 | Resumen Analítico Especializado |
| 1. Título. | <p>La efectividad de las intervenciones de manejo de casos para personas sin hogar, con viviendas vulnerables y personas con experiencia vivida: una revisión sistemática.</p> <p>The effectiveness of case management interventions for the homeless, vulnerably housed and persons with lived experience: A systematic review.</p> |
| 2. Autor | David Ponka, Eric Agbata, Claire Kendall, Vicky Stergiopoulos, Oreen Mendonca, Olivia Magwood, Ammar Saad, Bonnie Larson, Annie Huiru Sun, Neil Arya, Terry Hannigan, Kednapa Thavorn, Anne Andermann, Peter Tugwell & Kevin Pottie |
| 3. Edición | Stefano Federici, Università degli Studi di Perugia. |
| 4. Año de publicación | 2020 |
| 5. Páginas | 21. |
| 6. Fecha de realización | 4/07/2021 |

| | |
|---------------------------|---|
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico, Personas sin hogar. |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | <p>Se encuentra que las personas sin hogar o con viviendas vulnerables pueden llegar a beneficiarse de una atención personalizada y centrada en el paciente con un enfoque integrado de los servicios sociales y comunitarios. Así la gestión de casos se percibe como una intervención en la que los administradores de casos individuales responden a la complejidad de navegar por el sistema sanitario evaluando, planificando y facilitando el acceso a los servicios sociales y de salud. Si bien las intervenciones de gestión de casos son heterogéneas en definición, complejidad, poblaciones objetivo atendidas y modos de prestación, entre estos. De igual manera, se resaltan cuatro modelos predominantes que han evolucionado en relación con el cuidado de la salud: gestión estándar caso, gestión de casos intensiva, el tratamiento asertivo comunitario y la intervención de tiempo crítico.</p> <p>Se ha demostrado con el tiempo que la gestión de casos mejora la satisfacción del paciente, la calidad de vida y la utilización de servicios comunitarios al igual que en otras poblaciones de alto riesgo. Sin embargo, la base de evidencia para la gestión de casos y su implementación entre las poblaciones sin hogar y con viviendas vulnerables es escasa.</p> <p>Principalmente, destacando el tratamiento comunitario asertivo el cual mostró efectos prometedores sobre la estabilidad de la vivienda. Los participantes que recibieron ACT informaron significativamente más días en viviendas comunitarias y menos días sin hogar a comparación con los servicios habituales o de apoyo, mejoró el número de días que los usuarios pasaron en una vivienda estable en comparación con los servicios de apoyo y los servicios habituales.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones | <p>Se utilizó una hoja de extracción de datos estandarizada que incluía la metodología del estudio, la población, la intervención, el control, el resultado, las limitaciones del estudio y los detalles de la financiación. Dos revisores extrajeron los datos de forma independiente. Los desacuerdos fueron resueltos mediante una discusión. Para evitar el doble conteo de los resultados, los registros individuales se examinaron cuidadosamente para identificar estudios de ensayos únicos. Luego, se evaluó cada estudio para detectar una posible superposición utilizando el diseño del estudio, las fechas de inscripción y recopilación de datos, los autores y sus afiliaciones asociadas y los criterios de selección y elegibilidad informados en los estudios para informar la evaluación. El equipo de investigación discutió los estudios considerados en riesgo de doble recuento y se tomaron decisiones para su inclusión en el metanálisis (y cualquier análisis adicional).</p> <p>Cuando fue posible, realizamos un meta análisis de las medidas de efectividad utilizando modelos de efectos aleatorios debido a su consideración de la heterogeneidad utilizando el software RevMan 5.3. Se verificó que el modelo de efectos aleatorios no subestimó los intervalos de</p> |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>confianza mediante la ejecución de análisis de efectos fijos paralelos. Los efectos resumidos se presentan como riesgos relativos o diferencias de medias estandarizadas, según corresponda. Cuando la heterogeneidad del estudio no permitió el metanálisis, empleamos una síntesis narrativa, definida como una síntesis de hallazgos de múltiples estudios que se basa principalmente en el uso de palabras y texto para resumir y explicar los hallazgos de la síntesis. Si bien puede implicar la manipulación de datos estadísticos, la característica definitoria es que adopta un enfoque textual del proceso de síntesis para 'contar la historia' de los hallazgos de los estudios incluidos". Usamos el enfoque GRADE para evaluar la certeza de la evidencia.</p> <p>La mayoría de los estudios incluidos se realizaron en los Estados Unidos, con tres estudios de Europa y uno de Australia. Todos los estudios se centraron en poblaciones sin hogar y con viviendas vulnerables, con diferentes niveles de perfiles de participantes y comorbilidades entre los estudios. Todos los ensayos compararon las intervenciones de gestión de casos con la atención habitual (CU) o una intervención alternativa, como vales de alquiler, grupos de apoyo de pares o servicios sin cita previa. El Apéndice S4 enumera las características de los estudios incluidos sobre SCM, ICM, ACT, CTI y estudios de costo-efectividad.</p> |
| 12. Autor del RAE. | <p>Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa.</p> |

| B1 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | <p>¿Qué diferencia hace la gestión de casos? What Difference Does Case Management Make?</p> |
| 2. Autor: | <p>Paula N. Goering, R.N., Donald A. Wasylenki, M.D.M.Sc. Marianne Farkas, Sc.D. William J. Lancee, M. Sc, Ron Ballantyne, M.S.W</p> |
| 3. Edición | <p>Vol.39 No.3 Hospital and Community Psychiatry</p> |
| 4. Año de publicación | <p>1998</p> |
| 5. Páginas | <p>5</p> |
| 6. Fecha de realización | <p>09/07/2021</p> |
| 7. Palabras Claves | <p>Gestión de casos, rehabilitación, funcionamiento ocupacional, hospitalizaciones.</p> |

| | |
|-------------------------|---|
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | <p>Se define a la gestión de casos como un sistema de apoyo comunitario, este tipo de programas varían, pero todos tienen como objetivo principal el mejorar la calidad de la atención comunitaria, compartiendo así cinco funciones principales, dentro de las cuales se destacan, el evaluar las necesidades de los pacientes. El desarrollo de planes de servicios, vinculación de los pacientes a los servicios, seguimiento y evaluación del progreso.</p> <p>El programa había mejorado la calidad de la atención comunitaria de los pacientes, donde los pacientes refieren un nivel muy alto de satisfacción con el programa de gestión de casos, así como una alta participación, sin embargo, en cuanto a cuestiones de vivienda no hubo mayor diferencia de otros programas.</p> <p>Descripción del programa</p> <p>Es un programa basado en la comunidad que utilizó la rehabilitación psiquiátrica, el personal está equipado por ocho profesionales en gestión de casos donde cuatro de ellos están acreditados como profesionales de la salud mental, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, todos los profesionales han tenido experiencia laboral previa en este campo, cabe resaltar que antes de iniciar el programa los profesionales recibieron una formación intensiva en servicio comunitario, esta formación enfatizó la capacidad de los profesionales para servir a las necesidades de los pacientes. Uno de los pilares más importantes en el proceso fue la implicación de los usuarios en la toma de decisiones.</p> <p>Se aseguró que cada paciente recibiera apoyo al afrontar las crisis, adquiriendo en el proceso habilidades personales y sociales.</p> <p>Muestra de pacientes</p> <p>Los criterios de admisión al programa era padecer una enfermedad crónica, historial laboral deficiente, aislamiento social e inestabilidad residencial</p> <p>Discusión</p> <p>Se identificó que un programa de gestión de casos si hace la diferencia en la calidad de vida de los pacientes, desarrollando una relación estrecha entre el paciente y la evaluación y coordinación de programas y servicios, no se puede dejar de lado el hecho de que los administradores de casos pueden influir significativamente en los resultados del paciente en cuanto a su independencia de vivienda, menos aislamiento social entre otras. El sentido de soledad no se eliminó por completo, pero sí se redujo significativamente. Se anticipó que la gestión de casos podría reducir la tasa de Rehospitalización</p> |
| 10. Metodología. | Investigación aplicada |

| | |
|---------------------------|--|
| 11. Conclusiones. | <ul style="list-style-type: none"> • La gestión de casos mejora considerablemente la calidad de vida de los pacientes, teniendo en cuenta la fuerte intervención del administrador de casos para que el programa se lleve con éxito. • La gestión de casos puede influir notablemente en la independencia de vivienda, mejor funcionamiento social, reducción de sentido de soledad, reducción de rehospitalización. |
| 12. Autor del RAE. | <p>Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa.</p> |

| B2 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | <p>Gestión de casos y contratación conductual. Componentes del tratamiento del abuso de sustancias rurales.</p> <p>Case management and behavioral hiring. Components of rural substance abuse treatment</p> |
| 2. Autor: | James J. Clark, Carl Leukefeld & Theodore Godlaski. |
| 3. Edición | Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 17, No. 4, pp. 293–304. |
| 4. Año de publicación | 2000 |
| 5. Páginas | 12. |
| 6. Fecha de realización | 05/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Tratamiento de alcoholismo, tratamiento de drogas, contratos conductuales, manejo de casos, tratamiento cognitivo conductual, tratamiento rural. |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | <p>El modelo de gestión de casos con usuarios rurales que ingresan a un tratamiento por drogas y alcohol, se lleva el debido protocolo para llevar a cabo un tratamiento más amplio conocido como “Terapia Rural Estructurada Conductual para Pacientes Ambulatorios”, dentro del cual también se lleva a cabo la contratación conductual, combinando la gestión de casos con la perspectiva de la fortalezas para motivar a los pacientes rurales a la participación y finalización del tratamiento de drogas y alcohol, siendo una mejora importante que se puede agregar a la gestión de casos tradicional; el contrato de comportamiento. Si bien actualmente se está explorando la efectividad de la gestión de casos para clientes con problemas de uso de sustancias, existe una bibliografía que respalda el uso del tratamiento</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>conductual y, más específicamente, la contratación de contingencia conductual. Un contrato de comportamiento es un acuerdo escrito entre un cliente y un médico. La mayoría de los contratos se basan en el enfoque ABC para identificar y modificar los "antecedentes" del comportamiento objetivo (A), los "comportamientos" objetivo (B) y las "consecuencias" o reforzadores que dan forma y mantienen el comportamiento (C), el uso de un contrato para establecer objetivos específicos de tratamiento se ha utilizado ampliamente y tiene importantes implicaciones para la participación del cliente en el tratamiento. Si bien los contratos de tratamiento no son legalmente vinculantes, la firma de un cliente a menudo intensifica la importancia del acuerdo y fomenta la participación del cliente. De esta manera, el contrato conductual es más útil como plan de tratamiento individualizado en el que el cliente y el médico se comprometen a alcanzar metas mensurables siguiendo un plan de tratamiento específico. Se ha sugerido que el momento de negociar un contrato conductual es el momento crucial en la relación terapéutica. Es importante que un médico desarrolle cuidadosamente un contrato escrito que refleje las necesidades del cliente e incorpore estrategias efectivas para cumplir con los objetivos estructurales. En otras palabras, el contrato debe indicar claramente los problemas que se están abordando, las razones por las que se está abordando el problema y las áreas de cambio. De igual manera, tiene el fin de comunicar y enseñar continuamente un enfoque cognitivo-conductual para la resolución de problemas y el cambio. Este enfoque no es una solución para abordar los innumerables problemas por los que atraviesan los pacientes con dificultades en el consumo de drogas, pero sí mejoran algunas características de otros tratamientos que llegan a ignorar los obstáculos al cambio humano que experimentan tanto los paciente como los médicos rurales; incluso los clientes que están dispuestos a cambiar sus comportamientos de consumo de sustancias pueden encontrar muy difícil mantenerse motivados cuando se enfrentan a la interacción de problemas personales y obstáculos en la prestación de servicios. En respuesta, muchos programas de tratamiento por abuso de sustancias han utilizado la gestión de casos como una mejora de sus enfoques de tratamiento básicos.</p> |
| <p>10. Metodología.</p> | <p>Investigación teórica.</p> |
| <p>11. Conclusiones.</p> | <p>Este artículo presenta un enfoque que combina la gestión de casos y la contratación de contingencia conductual para mejorar el tratamiento por abuso de sustancias en zonas rurales. El enfoque SBORT se basa en el entendimiento de que los clientes rurales tienen la capacidad de realizar cambios humanos significativos a pesar de los obstáculos formidables. Aunque los estadounidenses rurales pueden parecer "desconectados" del resto del país —y los clientes rurales desconectados de sus comunidades—, argumentamos que, de hecho, la población rural puede beneficiarse de muchos de los avances empíricos realizados en el tratamiento urbano de drogas y alcohol. Lo que se requiere es una adaptación cuidadosa y específica de la cultura de las intervenciones probadas, y la flexibilidad para modificar aquellas que no han demostrado ser efectivas. Los médicos rurales y los administradores de casos enfrentan grandes desafíos, pero no pueden esperar a que la América "metropolitana" cambie sus estereotipos de vida rural de larga data. El énfasis de SBORT en motivar y empoderar a los</p> |

| | |
|---------------------------|---|
| | clientes rurales proporciona uno de esos enfoques para el cambio. Coincidimos con las conclusiones extraídas por Coles (1971) hace casi tres décadas a partir de su etnografía clínica del sur rural: “Si algo he aprendido del trabajo que he realizado. . . es la gente que 'nosotros' consideramos tan distante, apartada, atrasada, analfabeta y pasiva que bien puede ser más capaz de cambiarse a sí misma de lo que nuestra nación es de cambiarse a sí misma” (p. 577). |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| B3 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | Comparación de ACT y gestión de casos estándar para la prestación de tratamiento integrado para trastornos co-ocurrencia. Comparison of ACT and standard case management for the provision of integrated treatment for co-occurrence disorders. |
| 2. Autor: | Susan M. Essock, Kim T. Mueser, Robert E. Drake, Nancy H. Covell, Gregory J. Mc Hugo, Linda K. Frisman, Nina J. Kontos, Carlos T. Jackson, Flora Townsend, Karin Swain. |
| 3. Edición | Psychiatric Services. Vol. 57 No. 2 |
| 4. año de publicación | 2006 |
| 5. Páginas | 12. |
| 6. Fecha de realización | 07/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | Las personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, a menudo abusan del alcohol y las drogas, el cual está relacionado con una amplia gama de resultados negativos, que incluyen un mayor riesgo de recaída y rehospitalización, falta de vivienda, encarcelamiento, violencia, carga familiar, dificultades económicas, enfermedades infecciosas y mayores costos de tratamiento. De esta manera, los modelos integrados de tratamiento enfatizan la importancia de tratar tanto la enfermedad mental como el trastorno por uso de sustancias al mismo tiempo por el médico de una manera integrada, de igual forma, estos |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>modelos también incorporan con frecuencia un alcance asertivo para involucrar a las personas en el tratamiento, evitando los enfoques de confrontación en favor de intervenciones que tienen la intención de inculcar la motivación para el cambio, como las entrevistas motivacionales.</p> <p>Refiriéndose a la evidencia encontrada se percibe el apoyo claro hacia la efectividad del tratamiento comunitario asertivo para reducir las hospitalizaciones psiquiátricas entre las personas que son grandes usuarios de los servicios hospitalarios. El tratamiento comunitario asertivo puede ser más efectivo que el manejo de casos clínicos estándar para brindar servicios integrados, porque los clientes con trastornos concurrentes tienden a ser hospitalizados con más frecuencia. Además, el tratamiento de personas con trastornos concurrentes se asocia con costos más altos y se el tratamiento comunitario asertivo reduce los costos de tratamiento para los usuarios que utilizan muchos servicios. Al mismo tiempo, el manejo de casos clínicos bien implementado puede ser tan beneficioso como el tratamiento comunitario asertivo en muchos dominios. Por esto, en un estudio controlado se comparó específicamente el tratamiento comunitario asertivo y el manejo de casos clínicos estándar para brindar un tratamiento integrado. Este estudio encontró que los pacientes de ambos grupos mejoraron en el uso de sustancias, la salud mental y los resultados de vivienda y que el tratamiento comunitario asertivo demostró beneficios estadísticamente significativos, pero clínicamente modestos sobre los casos clínicos estándar, manejo de los resultados del consumo de alcohol. Además, dentro del modelo de tratamiento comunitario asertivo, los clientes en los sitios que siguieron el modelo de tratamiento obtuvieron resultados mucho mejores que los clientes en los sitios con menor fidelidad al modelo de tratamiento.</p> <p>Finalmente, en entornos en los que tanto el tratamiento comunitario asertivo como la gestión de casos clínicos estándar proporcionaron un tratamiento integrado de salud mental y abuso de sustancias, los clientes de cada grupo de tratamiento mostraron una reducción comparable en el uso de sustancias. Una ventaja significativa para los servicios de tratamiento comunitario asertivo se observó solo en el sitio que tenía tasas relativamente más altas de institucionalización: los usuarios en la condición de tratamiento comunitario asertivo tenían menos probabilidades de ser institucionalizados y pasaron menos días institucionalizados en el transcurso de los tres años. hacer un seguimiento.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones. | El tratamiento integral para particulares con trastornos concurrentes puede ser entregado con éxito ya sea con un tratamiento comunitario asertivo o con la gestión de casos clínicos estándar. Administradores en sistemas con tarifas bajas de institucionalización puede tener un mayor efecto positivo en la vida de los clientes mediante la implementación de un tratamiento integrado para las personas con trastornos concurrentes en lugar de implementar equipos de tratamiento comunitario asertivos, si ninguna de las formas de tratamiento ya está en su lugar. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. |

| | |
|--|-------------------------------|
| | July Daniela Buitrago Correa. |
|--|-------------------------------|

| B4 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | Eficacia de los diferentes modelos de gestión de casos para las poblaciones que abusan de sustancias Efficacy of Different Case Management Models for Substance Abusing Populations |
| 2. Autor: | Wouter Vanderplasschen , Judith Wolf, Richard C. Rapp y Eric Broekaert. |
| 3. Edición | J Psychoactive Drugs. Vol 30. No. 1. |
| 4. Año de publicación | 2007. |
| 5. Páginas | 22. |
| 6. Fecha de realización | 09/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Manejo de casos, efectividad, revisión, abuso de sustancias, tratamiento. |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | <p>La gestión de casos se ha visto implementada en el tratamiento por abuso de sustancias para mejorar la efectividad del mismo, sin embargo existe una controversia acerca de su potencial para lograr este objetivo. Se presenta una revisión sistemática y exhaustiva de artículos revisados centrados en los efectos de los diferentes modelos de gestión de casos entre diversas poblaciones que abusan de sustancias. Los resultados muestran que varios estudios han informado efectos positivos, pero solo algunos ensayos aleatorizados y controlados han demostrado la efectividad del manejo de casos en comparación con otras intervenciones.</p> <p>Aunque no se encuentra evidencia sobre la efectividad de la gestión de casos, existe alguna evidencia disponible sobre la efectividad de la gestión intensiva de casos y el tratamiento comunitario asertivo para personas sin hogar y drogadictos con diagnóstico doble. De esta manera, la gestión de casos generalista y basada en las fortalezas ha demostrado ser relativamente eficaz para los toxicómanos en general.</p> <p>La mayoría de los efectos positivos se refieren a la reducción del uso de los servicios para pacientes hospitalizados y al aumento de la utilización de los servicios comunitarios, la retención prolongada del tratamiento, la mejora de la calidad de vida y la alta satisfacción del cliente. Los resultados relacionados con el uso de drogas y el funcionamiento psicosocial son</p> |

| | |
|-------------------------|---|
| | <p>menos consistentes, pero parecen estar mediados por la retención en el tratamiento y la gestión de casos.</p> <p>Sin embargo, a raíz de esta revisión, se considera importante que las evaluaciones de la eficacia de la gestión de casos incluyen múltiples medidas de resultado y variables de proceso, ya que no solo deben estudiarse los cambios socialmente aceptables, sino también los indicadores relacionados con la calidad de vida y las percepciones subjetivas de los clientes, ya que dichos cambios pueden ser igualmente importantes para la sociedad. De igual manera, se dispone de poca información sobre las características cruciales de esta intervención, de los aspectos específicos que contribuyen a los resultados, debido a que la identificación de estos elementos se ha definido como el tema de investigación futuro más importante en el campo de la atención de la salud mental, y se deben seguir de cerca las ideas de este campo. El enfoque de equipo, el seguimiento, la planificación del tratamiento, la divulgación y el enfoque en las fortalezas y las buenas relaciones con los administradores de casos se han asociado con resultados positivos entre los toxicómanos.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones | <p>Con base en esta revisión de artículos publicados, los autores concluyen que al menos alguna evidencia está disponible para la efectividad de algunos modelos de manejo de casos. Estos efectos son pequeños o modestos en el mejor de los casos y no difieren significativamente de los de la mayoría de las otras intervenciones en el campo del tratamiento por abuso de sustancias. Al igual que en el campo de la atención de la salud mental, los efectos positivos obvios incluyen un uso reducido de los servicios para pacientes hospitalizados y una mayor utilización de los servicios para pacientes ambulatorios y comunitarios, retención prolongada del tratamiento, mejora de la calidad de vida, alta satisfacción del cliente y estabilización o incluso mejora de las situaciones. de los adictos a sustancias, a menudo problemáticos. La retención y la finalización de los programas de gestión de casos se han asociado sistemáticamente con resultados positivos, pero los efectos generales relacionados con el funcionamiento de los clientes son menos consistentes. Varios autores han encontrado efectos significativos a lo largo del tiempo para varios resultados relacionados con las drogas, pero a menudo estos no difieren de los resultados entre los clientes que reciben intervenciones menos intensivas o incluso mínimas. Los resultados longitudinales aún no están claros, pero al menos algunos estudios han mostrado efectos a largo plazo si la intervención se mantuvo.</p> <p>Es necesario estudiar más a fondo varios aspectos de la eficacia de esta intervención. El alcance de los efectos está más allá del alcance de este artículo, pero debe incluirse en un metanálisis sobre la eficacia de la gestión de casos para los toxicómanos. Aunque algunos estudios han demostrado que esta intervención funciona, todavía no está claro qué es exactamente lo que hace que funcione y cuánto duran sus efectos. Dada la mayor aceptación de la idea de que el abuso de sustancias es un trastorno crónico y recidivante, el papel del manejo de casos debe discutirse desde una perspectiva de atención crónica. En última instancia, no se debe sobrestimar la efectividad de esta</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | intervención para afectar el funcionamiento de los clientes; su efecto radica principalmente en apoyar a los clientes en su vida diaria y vincularlos a servicios adecuados. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| B5 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---|
| 1. Título. | Un metaanálisis de la eficacia de la gestión de casos para los trastornos por uso de sustancias: una perspectiva de recuperación A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective |
| 2. Autor: | Wouter Vanderplasschen, Richard C. Rapp, Jessica De Maeyer & Wim Van Den Noortgate. |
| 3. Edición | Frontiers in Psychiatry. Volumen 10. No. 36. |
| 4. Año de publicación | 2019. |
| 5. Páginas | 18. |
| 6. Fecha de realización | 10/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | Las personas con SUD (Trastorno de Consumo de Sustancias) tienen problemas importantes en las diferentes áreas de sus vidas, que afectan su proceso de reintegración social y recuperación. Algunos de estos problemas pueden haber precedido al abuso de sustancias, o son resultados directos de la misma. En cualquier caso, pocos programas de tratamiento están equipados para proporcionar la amplia gama de servicios que son necesarios para satisfacer las diversas necesidades de apoyo de esta población. Las personas que padecen este trastorno se reconocen comúnmente como crónicos, que requieren apoyo continuo para promover la recuperación. La observación de que muchas personas con SUD tienen otros problemas duraderos aparte del consumo de sustancias fue el principal impulso para |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>Llegar a implementar la gestión de casos como una adición en los servicios de tratamiento tradicionales desde el año 1980.</p> <p>La gestión de casos se adaptó con éxito en el tratamiento y apoyo comunitario de diversas enfermedades mentales y poblaciones sanas en los Estados Unidos, Canadá, Australia y Europa. La eficacia y potencial de este en las personas con SUD se sugirió en varias revisiones narrativas. De esta manera, también ha examinado el impacto de la intervención en diferentes poblaciones que abusan de sustancias, como personas con diagnóstico doble, consumidores de drogas infectados por el VIH, dependientes de opiáceos, mujeres abusadoras de sustancias, consumidores de crack y personas sin hogar. Por esto, la gestión de casos en el abuso de sustancias se ha adaptado para trabajar con personas dentro y fuera de tratamiento y en entornos tan diversos como programas de tratamiento, salas de emergencia, oficinas de asistencia social, correccionales e instalaciones de libertad condicional, refugios para personas sin hogar y centralizados y unidades de admisión. La gestión de casos es una intervención diseñada para mejorar la coordinación y continuidad de la atención y el apoyo, especialmente para personas con necesidades múltiples y complejas.</p> <p>Ahora, en la atención de salud mental, varios modelos de gestión de casos se identifican, incluyendo corretaje, generalista, intensivo, gestión de casos clínicos y basada en fortalezas, así como el tratamiento comunitario asertivo. Estos diferentes modelos logran facilitar los objetivos para un tratamiento. De igual manera, es importante resaltar que la evaluación, la planificación, la vinculación, el seguimiento y la promoción son funciones básicas de gestión de casos y fundamentales para generalistas o gestión de casos estándar. La gestión intensiva de casos implica contactos intensivos entre el administrador de casos y el paciente, aunque el alcance de dicha participación no siempre se especifica. Además, dentro de los ensayos clínicos de la gestión de caso, se encuentran varios aspectos positivos como la reducción del uso de sustancias y participación delictiva, mejora habilidades de crianza y bienestar general, y vinculación con tratamiento.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones. | <p>Tres metaanálisis extensos, incluido este, ahora han confirmado que la gestión de casos de abuso de sustancias es eficaz para mejorar los resultados importantes relacionados con el tratamiento, como la vinculación y la participación (retención) en el abuso de sustancias y los servicios auxiliares en comparación con los estándares de atención. Los programas de abuso de sustancias a menudo experimentan desafíos para brindar y coordinar el apoyo continuo y brindar acceso a servicios adicionales para personas con TUS y problemas múltiples y complejos. La vinculación y la retención mejoradas en el abuso de sustancias y los servicios auxiliares se han asociado con mejores tasas de abstinencia, ingresos hospitalarios menos frecuentes, y un funcionamiento adecuado en la comunidad. Por lo tanto, vincularse y participar en el tratamiento son requisitos previos necesarios para que las personas con TUS tengan la oportunidad de beneficiarse de estos servicios. Aunque la mayoría de los modelos de gestión de casos parecen ser igualmente eficaces para promover estos resultados, este punto aún no está</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>claro dada la escasez de ensayos (comparativos) de modelos de gestión de casos. La gestión de casos de abuso de sustancias no tuvo un efecto directo significativo sobre los resultados del funcionamiento personal en comparación con los estándares de atención. Se supone que el impacto positivo, pero limitado de esta intervención sobre el uso de sustancias y otros resultados relacionados con la recuperación clínica está mediado por el uso de abuso de sustancias y los servicios auxiliares por parte de individuos manejados por casos y la participación en el tratamiento. En consecuencia, la gestión de casos debe ser una parte integral de intervenciones integrales y envolventes para promover la vinculación y la participación y retención en el tratamiento, e indirectamente, los resultados del funcionamiento personal y la recuperación.</p> <p>Otras áreas de investigación son al menos tres. En primer lugar, los estudios que continúan incluyendo resultados del funcionamiento personal deben utilizar estrategias metodológicas que permitan evaluar la relación entre la vinculación y la retención del tratamiento, por un lado, y la mejora de los resultados del funcionamiento, por otro. En segundo lugar, se necesita investigación adicional con respecto a algunas categorías de resultados (p. Ej., Retención y satisfacción con el tratamiento), ya que es más probable que la gestión de casos favorezca este tipo de resultados poco estudiados. Algunos tipos de resultados apenas se han evaluado en los estudios de gestión de casos (p. Ej., Calidad de vida, bienestar subjetivo), aunque tales indicadores de recuperación personal pueden mejorar sustancialmente nuestro conocimiento. Además, la intensidad y la dosis del manejo de casos se han estudiado de manera deficiente. Tercera, A pesar de la evidencia de que la gestión de casos funciona para algunos propósitos y poblaciones específicas, sigue siendo en gran parte desconocido cómo funciona y para quién en las diversas etapas del tratamiento continuo. Las revisiones futuras deberían considerar la inclusión de estudios cuasi-experimentales, ya que dichos diseños generalmente se parecen más a los entornos de la vida real y la pregunta final de si algo funciona es si funciona en la práctica en lugar de bajo condiciones de estudio estrictamente controladas.</p> |
| 12. Autor del RAE. | <p>Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa.</p> |

| C1 | Resumen Analítico Especializado |
|-------------------|--|
| 1. Título. | <p>Una evaluación de la gestión de caso. An evaluation of Case Management J L Franklin, B Solovitz, M Mason, J R Clemons, and G E Miller “An evaluation of case management.”, American Journal of Public Health 77, No. 6 (June 1, 1987): pp. 674-678.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| 2. Autor: | Jack L. Franklin, Brenda Solovitz, Mark Mason, Jimmie R. Clemons, Gary E. Miller. |
| 3. Edición | American Journal of Public Health 77, No. 6. |
| 4. Año de publicación | 1987 |
| 5. Páginas | 5. |
| 6. Fecha de realización | 14/08/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | <p>La gestión de casos se desarrolla como una parte esencial de los sistemas locales de prestación de servicios de salud mental en todo el país. El concepto es intuitivamente atractivo como sistema para reducir el uso inadecuado de los hospitales psiquiátricos estatales, mejorar la continuidad de la atención al vincular al cliente con los servicios necesarios y mejorar la calidad de vida del cliente en la comunidad. La gestión de casos varía en forma y función de acuerdo con el sistema dentro del cual se desarrolla, pero el tema central de la gestión de casos es que la responsabilidad de satisfacer las necesidades del cliente recae en un individuo o equipo cuyo propósito es vincular al cliente con los servicios requeridos para un resultado exitoso. Aunque el concepto de gestión de casos es ampliamente aceptado, no se dispone de evidencia de su efectividad y su costo en comparación con los servicios habituales que brinda el centro comunitario de salud mental. El propósito es explorar la efectividad y el costo del modelo generalista de manejo de casos para reducir las admisiones a hospitales psiquiátricos y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales basadas en la comunidad que han tenido dos o más admisiones en hospitales estatales, hospitales del condado o ambos. De esta manera, se busca saber en comparación con los servicios que ya se brindan en la comunidad, si la gestión de casos reduce las admisiones, aumenta la utilización de los servicios comunitarios, afecta el costo y mejora la calidad de vida de los pacientes mentales crónicos que viven en la comunidad.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones. | <p>En comparación con los servicios habituales y consuetudinarios que se brindaban en la comunidad, la gestión de casos parece haber aumentado la utilización de los hospitales y los servicios comunitarios, de ahí el costo de atender a los enfermos mentales comunitarios; al mismo tiempo, la gestión de casos no tuvo ningún efecto sustancial o importante en la calidad de vida de las personas que han sido dadas de alta al menos dos veces de un hospital psiquiátrico estatal o del condado. Algunas mejoras leves en la situación laboral y el ingreso mensual total se asociaron con la gestión de casos. Los hallazgos relacionados con los costos y servicios fueron anticipados por al menos un autor que sugirió que, si bien en teoría, la gestión de casos podría</p> |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>reducir los costos al vincular a los clientes y los servicios de manera adecuada, disminuyendo así el número de servicios desperdiciados y mejorando la eficiencia del sistema de prestación de servicios en general, en los clientes de gestión de casos de práctica reciben más servicios y cuestan más por cliente. De hecho, uno de los elementos clave de la gestión de casos es que proporciona a los clientes "lo que necesitan, cuando lo necesitan y cuando lo quieren, durante el tiempo que sea necesario". La falta de una mejora sustancial en la calidad de vida asociada con un aumento en el uso de los servicios podría deberse al tiempo relativamente corto entre las medidas de calidad de vida. Nuestra muestra incluyó a personas que estaban gravemente enfermas, como lo indicaron al menos dos altas de un hospital psiquiátrico, y es posible que dichas personas no mejoran mucho incluso con servicios eficaces y agresivos durante un período prolongado. La gestión de casos se favorece de manera uniforme como método para maximizar la eficacia de los servicios existentes, dada la realidad del cambio de costos de los gobiernos federales a los estatales y locales y la contención de costos de los servicios para los enfermos mentales. Es un mandato de acción legislativa en algunos estados y por orden administrativa en otros. Nuestros hallazgos de que la gestión de casos es eficaz para vincular a los clientes con los servicios, pero a un costo más alto y sin ganancias concomitantes aparentes en la calidad de vida, deben interpretarse con cautela por las razones discutidas anteriormente. Se necesita más investigación para validar estos hallazgos. Sin embargo, nuestros hallazgos indican la necesidad de examinar cuidadosamente la gestión de casos para identificar con mayor precisión a los clientes que se benefician de un aumento de los servicios. El simple hecho de contar el volumen de servicios prestados es una medida inadecuada de la efectividad de los programas para los enfermos mentales. Es necesario prestar más atención a la compra prudente de los servicios necesarios en la comunidad en aras de la contención de costos. Es necesario desarrollar objetivos a corto y largo plazo que se basen en los resultados del cliente, así como criterios para evaluar la necesidad de servicios de gestión de casos dentro de un área de influencia.</p> |
| <p>12. Autor del RAE.</p> | <p>Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa.</p> |

| C2 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------|--|
| <p>1. Título.</p> | <p>Conceptos erróneos sobre el uso de los servicios de administración de casos por parte de personas con enfermedades mentales crónicas III: un análisis de utilización. Misconceptions About Use of Case Management Services by the Chronic Mentally IIIA utilization Analysis.</p> |
| <p>2. Autor:</p> | <p>Maxine Harris, Ph.D. Helen C. Bergman, ACSW</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| 3. Edición | Hospital and Community Psychiatry Vol. 39 No. 12 |
| 4. Año de publicación | 1988 |
| 5. Páginas | 5 |
| 6. Fecha de realización | 11/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos, supuestos, uso de servicios, redes |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | <p>La gestión de casos se considera como un componente vital de cualquier apoyo comunitario, sin embargo, muchas veces se ven forzados a diseñar programas de gestión de casos sin datos reales, confiando netamente en la tradición clínica, esta gestión sin datos reales puede generar una asignación errónea de recursos.</p> <p>Se plantean seis suposiciones que hacen parte de la sabiduría convencional sobre los servicios de gestión de casos, las cuales son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La razón aceptable de personal a paciente puede oscilar entre 1 a 20 o 40, según el grado de disfunción del paciente 2. Los pacientes geriátricos requieren de más tiempo y servicios más intensivos 3. Pacientes con historias de cronicidad requieren más servicios 4. Después de un periodo inicial, los pacientes pueden mantenerse con menos servicios 5. Es más fácil atender a pacientes que acuden de una agencia que viajar para verlos 6. La gestión de casos con un paciente que posea un gran sistema de apoyo es más difícil que la gestión de casos con un paciente sin apoyos. <p>Métodos</p> <p>Los datos provienen de información demográfica de pacientes que recibieron servicio de gestión de casos y registros de servicios mensuales que documentaron los contactos durante un periodo de seis meses en 1987, la información demográfica incluye edad, sexo, raza, número de hospitalizaciones, entre otros.</p> <p>De los 133 pacientes, fueron seleccionados cuarenta y cuatro, quienes tenían entre 24 a 86 años, donde la edad media es de 42 años, donde el 75% estaban diagnosticados con esquizofrenia.</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>Evaluación</p> <p>Para dar paso a la evaluación se examinaron los seis supuestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Supuesto 1: Al diseñar un programa de tratamiento, los planificadores deben elegir si trabajar en equipo o individual, sin embargo, todos están de acuerdo entre la proporción de casos, de 1 a 20- 40. ● Supuesto 2: Algunos investigadores sugieren que teniendo en cuenta que los pacientes geriátricos son más propensos a sufrir de enfermedades demandan más servicios de administración de casos, sin dejar de lado que estos pacientes tienen más probabilidades de requerir asistencia con actividades diarias. ● Supuesto 3: No se evidencia un costo altamente elevado frente a otros pacientes. ● Supuesto 4: Se supone que el mayor gasto de tiempo se usa al comienzo del servicio. Sin embargo, no se encontraron cambios significativos en cuanto a los pacientes que recién comienzan a los pacientes que ya llevan tiempo en el servicio. ● Supuesto 5: Se identifica que la mayoría de casos provienen de una agencia. ● Supuesto 6: Muchas veces se ven a los apoyos de los usuarios como una carga más que como un apoyo, hasta el punto de que el administrador de casos pueda llegar a rechazar el apoyo, considerando que su trabajo sería “más fácil” si no hubiese este tipo de apoyos. |
| 10. Metodología. | Investigación aplicada |
| 11. Conclusiones. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Las proporciones de personal a paciente no debe sobrepasar de un total de 1 a 15. 2. Los pacientes geriátricos generalmente requieren menos tiempo que los pacientes más jóvenes, encuentran útil utilizar la edad como variable para equilibrar la carga de servicios. 3. El uso previo de servicios no es un factor decisivo para determinar la utilización del servicio. 4. Los patrones de uso del servicio no cambian considerablemente con el tiempo, se debe suponer que el paciente requerirá los mismos servicios iniciando y a lo largo del proceso, aunque el contenido cambie. 5. La divulgación es una estrategia de manejo desde la perspectiva de costo- beneficio. 6. Los servicios deben extenderse más allá del paciente para incluir los miembros de su red primaria y secundaria. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. |

| | |
|--|-------------------------------|
| | July Daniela Buitrago Correa. |
|--|-------------------------------|

| C3 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---|
| 1. Título. | Resultados de cinco años de continuo Gestión intensiva de casos Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Case Management (1982) |
| 2. Autor: | Andrew Borland, John McRae & Cecile Lycan. |
| 3. Edición | Hospital and Community Psychiatry. Vol. 40 No. 4 |
| 4. Año de publicación | 1989 |
| 5. Páginas | 8. |
| 6. Fecha de realización | 12/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | <p>Durante cinco años de manejo intensivo de casos y alternativas especializadas a la hospitalización de 72 pacientes jóvenes reincidentes, resistentes al tratamiento y con trastornos crónicos del pensamiento. Se encuentran varios factores que dificultan la comparación de los resultados de varios estudios de gestión de casos, como las diferencias frente a la definición. La “administración de casos” se ha interpretado como todo, en vía telefónica de servicios a través de visitas a la comunidad de ayudantes no profesionales hasta la provisión directa de una gama completa de servicios psiquiátricos y de apoyo. Otro factor, es el alcance de los servicios de gestión de casos previos disponibles en los lugares del estudio. Los servicios locales existentes para pacientes con enfermedades crónicas, como el tratamiento ambulatorio, el tratamiento residencial en la comunidad y los servicios de crisis, pueden variar de adecuados a espantosos. Cuanto más adecuados sean los recursos locales antes de que se agregue una gestión de casos agresiva, menos probable es que la adición de la gestión de casos mejore la atención y reduzca los costos totales.</p> <p>Ahora, comparado con una línea de base de dos años antes del estudio, los días de los pacientes en el hospital durante los cinco años se redujeron en un 75 por ciento, pero esta reducción fue compensada por un aumento de 1.93 por ciento en los días de atención residencial estructurada en la comunidad. El nivel de funcionamiento de los pacientes según la clasificación de la Escala de evaluación global y otras líneas se mantuvo esencialmente igual durante los últimos cinco años. Sin embargo, el uso de los servicios de emergencia y los servicios de guardia fuera del horario de atención disminuyó de manera constante a lo largo del estudio. El análisis de costos exhaustivo reveló que</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>los ahorros en los costos hospitalarios se compensan con el aumento de los costos de la atención comunitaria. Los autores concluyen que este enfoque de tratamiento estabilizó eficazmente a los pacientes resistentes al tratamiento en la comunidad, pero no redujo los costos netos en dólares constantes.</p> <p>Se encuentran varios factores que dificultan la comparación de los resultados de varios estudios de gestión de casos, como las diferencias frente a la definición. La “administración de casos” se ha interpretado como todo, en vía telefónica de servicios a través de visitas a la comunidad de ayudantes no profesionales hasta la provisión directa de una gama completa de servicios psiquiátricos y de apoyo. Otro factor, es el alcance de los servicios de gestión de casos previos disponibles en los lugares del estudio. Los servicios locales existentes para pacientes con enfermedades crónicas, como el tratamiento ambulatorio, el tratamiento residencial en la comunidad y los servicios de crisis, pueden variar de adecuados a espantosos. Cuanto más adecuados sean los recursos locales antes de que se agregue una gestión de casos agresiva, menos probable es que la adición de la gestión de casos mejore la atención y reduzca los costos totales.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones. | <p>Este estudio a largo plazo muestra que la mayoría de las personas resistentes al tratamiento, los pacientes crónicos con trastornos del pensamiento pueden estabilizarse fuera del hospital durante un período prolongado. Tal logro requiere esfuerzos individualizados, persistentes y a menudo frustrantes que emplean una variedad de estrategias e intervenciones para proporcionar y mantener funciones similares a las de un hospital en la comunidad.</p> <p>Si bien el enfoque de tratamiento que se informa aquí cuesta menos que la atención estándar, tampoco cuesta más. El comportamiento de algunos pacientes que padecen enfermedades mentales crónicas exige un tratamiento integral y funciones de apoyo, independientemente de si el entorno es el hospital o la comunidad. Al elegir entre el enfoque predominante de puertas giratorias, por un lado, y la atención comunitaria persistente, por el otro, los responsables de la formulación de políticas y los planificadores gubernamentales no deben guiarse únicamente por consideraciones de costos. Las alternativas son igualmente caras.</p> |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano July Daniela Buitrago Correa |

| | |
|-------------------|--|
| C4 | Resumen Analítico Especializado |
| 1. Título. | Gestión de Casos Clínico: Definición, Principios, Componentes. Clinical Case Management: Definition, Principles, Components |

| | |
|--------------------------------|--|
| | Kanter, J. (1989). Clinical Case Management: Definition, Principles, Components. <i>Hospital and Community Psychiatry</i> . Vol 40(4), 361-368. |
| 2. Autor: | Joer Kanter. |
| 3. Edición | Hospital and Community Psychiatry. Vol 40 No. 4. |
| 4. Año de publicación | 1989. |
| 5. Páginas | 8. |
| 6. Fecha de realización | 15/08/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | <p>Para el tratamiento comunitario ha sido fundamental la gestión de caso con personas que tienen enfermedades mentales, aún así no hay un consenso sobre qué es la gestión de casos o como se practica, ya que la falta de modelo que se articulen hacia esta práctica se vuelve evidente. Así, es importante entender la práctica real del manejo de casos específicamente con esta población. Además, más allá de una visión limitada del administrador de casos como coordinador de sistemas, agente de servicios o acompañante de apoyo, este modelo reconoce que los administradores de casos, cuando no están abrumados por una gran cantidad de casos, se preocupan por todos los aspectos del entorno físico y social de sus pacientes, incluidos vivienda, tratamiento psiquiátrico, atención médica, prestaciones, transporte, familias y redes sociales.</p> <p>Para definir el manejo de casos clínico se puede ver como una modalidad práctica de la salud mental que aborda el mantenimiento general el entorno físico y social de las personas que tienen enfermedades mentales para así, llegar a facilitar la salud física, el crecimiento personal, la participación comunitaria y la recuperación o adaptación a la enfermedad mental. De esta manera, se puede identificar la necesidad de un entrenamiento especial y habilidades comparables a las que se necesitan en psicoterapia o rehabilitación psicosocial, por lo que es importante tener en cuenta que la gestión de casos clínicos es un campo profesional especializado que se practica por administradores de casos y otros médicos de salud mental, no se puede considerar únicamente un sistema administrativo de coordinación de servicios.</p> <p>Los principios para la gestión de casos clínico cuentan con diferentes puntos, en primer lugar, está la continuidad de la atención, donde se refleja una apreciación de la necesidad de apoyo y tratamiento del paciente durante un período prolongado. Los pacientes a largo plazo, que tienen dificultades para establecer relaciones de confianza y mantener una perspectiva histórica, se benefician de las relaciones personales continuas con administradores de casos que están familiarizados con las manifestaciones pasadas y presentes de</p> |

sus enfermedades, su funcionamiento personal pasado y presente y sus redes sociales. Ahora, el uso de la gestión de casos en relaciones, teniendo en cuenta que la continuidad de la atención personalizada implica más que simples planes de alta elegantes o registros atractivos. Los administradores de casos desarrollan gradualmente relaciones de colaboración con pacientes, familias y otros cuidadores. Estas relaciones permiten a los administradores de casos intervenir con más habilidad a lo largo del tiempo, previniendo crisis cuando el estado clínico o los recursos externos cambian. Por ejemplo, la recaída puede evitarse si los pacientes, los familiares preocupados u otros cuidadores se ponen en contacto con los administradores de casos cuando notan por primera vez los síntomas prodrómicos, lo que permite ajustar los medicamentos y aliviar los factores estresantes. Luego, la titulación de soporte y estructura, donde si bien las conceptualizaciones anteriores de la gestión de casos se han centrado en la prestación o intermediación de servicios a pacientes considerados ineptos y sin recursos, los médicos y los investigadores han reconocido tanto la heterogeneidad de las personas con enfermedades mentales a largo plazo como el curso variable de estos trastornos. Al igual que los psiquiatras que ajustan las dosis de los medicamentos para reflejar la competencia fluctuante del paciente para hacer frente a un mundo en constante cambio, los administradores de casos colaboran con los pacientes y las redes sociales para valorar los niveles de apoyo ambiental y estructura necesarios para facilitar la supervivencia, el desarrollo personal y la adaptación a la enfermedad. En el manejo de casos como en la psicofarmacología, tanto las dosis inadecuadas como las excesivas tienen efectos destructores. En muchas comunidades, los recursos inadecuados han tenido un impacto más visible (como en la difícil situación de los enfermos mentales sin hogar que los apoyos excesivos. Sin embargo, los estudios empíricos han demostrado que los niveles más bajos de apoyo social a veces tienen más efectos positivos que los niveles más altos. Finalmente, facilitar el ingenio del paciente para llegar a encontrar el equilibrio adecuado entre flexibilidad y firmeza, los administradores de casos clínicos intentan facilitar el ingenio personal de sus pacientes, ayudándolos a administrar sus propias vidas. La mayoría de los administradores de casos apoyan abiertamente este objetivo, aunque muchos atienden más a las necesidades y los déficits de los pacientes que a sus fortalezas y activos. Si bien la capacitación profesional ayuda a los médicos a identificar la psicopatología, los déficits funcionales y los recursos ambientales inadecuados, muchos modelos de tratamiento contemporáneos pasan por alto las formas en que los pacientes participan en sus propias recuperaciones. De manera similar, los administradores de casos a menudo ignoran la importancia de las redes sociales informales y "otros competentes" en el proceso de recuperación. Cuando los administradores de casos comienzan a relacionarse con pacientes recién dados de alta, tienen dificultades para determinar si las deficiencias funcionales y los déficits ambientales actuales de los pacientes, a menudo afectados por la sintomatología residual, reflejan un estado transitorio o de largo plazo.

Por último, para los componentes de la gestión de casos clínica se presentan muchas discusiones y se enumeran cinco componentes básicos: evaluación, planificación, vinculación, seguimiento y promoción. Aunque la mayoría de los administradores de casos realizan estas actividades, esta breve lista evoca un enfoque de intermediación de servicios que no refleja la participación

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>integral de los administradores de casos clínicos en la vida de sus pacientes. Como resultado de examinar la práctica real de los administradores de casos en una variedad de entornos de agencias, se han identificado 13 componentes de la práctica de administración de casos. Comenzando con los componentes de la fase inicial de participación, evaluación y planificación, estas actividades incluyen intervenciones centradas en el entorno, interacciones centradas en el paciente e intervenciones que abarcan al paciente y el entorno. Si bien algunos autores y administradores han intentado delinear varios niveles de actividad de gestión de casos, los administradores de casos, cuando no están sobrecargados con una carga masiva de casos, comúnmente van más allá de los mandatos de programas restrictivos para brindar la gama completa de servicios anteriormente descritos.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones. | <p>Para la agrupación de 13 componentes diferentes en el modelo de gestión de casos clínicos se plantean varias cuestiones importantes. Primero, la identificación de estos componentes ha surgido de un simple examen de la práctica real de gestión de casos, no de ideologías de programas o descripciones de puestos. Estos componentes reflejan actividades esenciales que no están incluidas en los modelos de intermediación de servicios o de atención de apoyo, actividades que requieren tanto habilidades clínicas como intervenciones ambientales. Como se describe en la definición, la participación en el entorno del paciente, en todos los aspectos de la vida del paciente en la comunidad, es el principio unificador que subyace en la gestión de casos clínicos. Esta participación implica interactuar directamente con recursos comunitarios formales e informales, así como ayudar a los pacientes a manejar sus propias interacciones con el medio ambiente. Estas intervenciones hacen más que mantener al paciente en un entorno comunitario seguro; también fomentan el desarrollo y la capacidad de funcionamiento autónomo del paciente. Suponiendo la importancia de estos componentes de gestión de casos, en algunas comunidades, un paciente determinado tiene un administrador de casos (intermediario de servicios, un psicoterapeuta, un “médico de familia”, un trabajador de enlace con el hospital, un equipo de crisis móvil, un capacitador de habilidades y, por supuesto, un psiquiatra. Estacionados en diferentes agencias y programas, es poco probable que estos especialistas se sometan al tipo de liderazgo clínico que ejercen los psiquiatras de los hospitales. Sin embargo, sin ese liderazgo, los pacientes suelen ser arrastrados en diferentes direcciones. Para promover la continuidad de la atención, el liderazgo clínico en entornos comunitarios se proporciona mejor a través de pequeños equipos profesionales de administradores de casos y psiquiatras. Aunque algunos podrían argumentar que los psiquiatras comunitarios deberían participar directamente en la mayoría de los componentes del manejo de casos, una división del trabajo entre psiquiatras expertos en intervenciones biológicas y administradores de casos expertos en intervenciones ambientales utiliza eficientemente el personal de salud mental disponible. Si bien ambos tipos de profesionales tienen sus dominios únicos de experiencia, deben basar su colaboración en una comprensión biopsicosocial integrada de las enfermedades mentales y el comportamiento humano. Entonces, debido a que las oportunidades de carrera para los administradores de casos todavía están limitadas por el bajo estatus y la</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | remuneración, estas preguntas esperan un estudio más a fondo. Sin embargo, los pacientes se ven perjudicados por tener que capacitar a las próximas generaciones de administradores de casos que se van cuando se vuelven competentes. En los próximos años, necesitamos desarrollar sistemas de valores profesionales que reconozcan tanto las habilidades clínicas como las cualidades personales demostradas en nuestros mejores ejemplos de tratamiento comunitario. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| C5 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | ¿Qué les sucede a los pacientes después de cinco años de interrupciones intensivas en el manejo de casos? What Happens to Patients After Five Years of Intensive Case Management Stops? |
| 2. Autor: | John McRae, Ph.D. Mary Higgins, R.N. Cecilie Lycan, M.S. William Sherman, M.D |
| 3. Edición | Hospital and Community Psychiatry |
| 4. Año de publicación | 1990 |
| 5. Páginas | 5 |
| 6. Fecha de realización | 23/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos, terapia intensiva, readmisión, programa intensivo de apoyo |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | Inicialmente se tomó una muestra de setenta y dos personas en donde se recibieron servicios de terapia intensiva en un periodo de cinco años en centros comunitarios de salud mental, posterior a este lapso de tiempo continuaron con un seguimiento de dos años en donde se evidencio que el 91% de los pacientes seguían recibiendo tratamiento, las hospitalizaciones aumentaron pero no significativamente, donde los recursos ganados fueron destinados a una muestra de pacientes que necesitaban los servicios de terapia intensiva, por lo cual, los programas de apoyo comunitario (PEP) se expandieron a nivel nacional durante los últimos 15 años, ya que los servicios generales de los centros comunitarios de salud mental no se |

| | |
|--|--|
| | <p>adaptaban a las necesidades de algunas personas con enfermedades mentales crónicas.</p> <p>CSP, es modelo que se implementó para reducir las readmisiones hospitalarias y para proporcionar servicios comunitarios que se mantienen junto con la gestión de casos. Estando en curso proporciona resultados beneficiosos para las personas, por lo cual resultados posteriores dieron resultados positivos relacionados con hospitalizaciones, calidad de vida y la reducción de costos. Pero se necesita más profundización y estudio de los CSP para determinar las fortalezas y debilidades que presenta tal modelo.</p> <p>El programa intensivo de apoyo comunitario 1980 a 1985</p> <p>El Centro Comunitario de Salud Mental de Spokane llevó a cabo un programa intensivo de apoyo comunitario financiado por el Estado para 72 pacientes con enfermedades crónicas con apoyo de stein and test , en donde se incluye: Evolución, planificación , vinculación , monitoreo , defensa, entre otros servicios que incluían tratamiento ambulatorio y diurnos en donde la mayoría de pacientes recibieron atención domiciliaria respectiva, con el objetivo de minimizar las descompensaciones de los pacientes promoviendo su bienestar y calidad de vida, en donde optaron introducir alternativas a su hospitalización, se puede encontrar entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fondo rotatorio para solventar crisis financieras • Fondo de incentivos laborales para pagar a los pacientes un salario por hora por trabajo voluntario • Camas de emergencia para tener disponibilidad y estabilización a corto plazo <p>Pero esto fue hasta 1985 ya que por falta de recursos el CCSM suspendió.</p> <p>El programa de transición</p> <p>Cuando terminó el programa CSP los pacientes fueron vinculados al principal programa existente el cual fue Spokane CMHC el cual consta de cuatro elementos principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Involucró cambios en el programa intensivo de apoyo comunitario, por otro lado, el concepto de gestión de casos no fue ampliamente aceptado en el estado de Washington del CSP, el cual se había convertido en una rutina desde entonces. Ayudaron a pagar una variedad de actividades de gestión de casos, como visitas al paciente y miembros de su sistema de apoyo que anteriormente no eran reembolsables. 2. Se transfirió a todos los administradores de casos a puestos de personal de CMHC, por lo cual los pacientes durante el periodo de transición recurrieron a un cambio de rol del personal desvinculando la relación terapéutica con el profesional. |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>3. Cada gerente transferido tenía un número de casos mucho mayor, de nueve (9) pasó a un promedio de 50 pacientes en donde debería brindar un tratamiento directo y un manejo de casos menos intensivo para su carga total.</p> <p>4. Los pacientes con CSP estaban más estables que hace 5 años antes, por lo cual no requerían todos los servicios de gestión de caos, se requerían menos visitas domiciliarias, menos contacto con los sistemas de apoyo, por lo cual se determinó un aumento en los servicios de CMHC convencionales ya que los pacientes con CSP tuvieron mejoría en su estabilidad emocional, en donde se incluyó el asesoramiento y manejo de medicamentos individuales, tratamiento psicosocial y manejo de crisis.</p> <p>Pero existía una gran interrogante, ya que le preocupa que los pacientes podrían retirar o rechazar los servicios de CMHC deteriorarse clínicamente y nuevamente requerir Re hospitalizaciones, lo cual incrementa los costos de atención.</p> <p>Métodos</p> <p>Se basó en dos aspectos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La estabilidad de los pacientes que experimentaron los cambios de programa descritos 2. Impacto en los costos asociados del tratamiento <p>Población: Constó de pacientes que tenían entre 20 y 57 años. La edad media fue de 33 años. El número de días de hospitalización durante la vida osciló entre 38 y 7.580, con una media de 1.106 días. El 54 % de los pacientes eran hombres, el 96 % eran caucásicos y el 6 % estaban casados.</p> <p>Se diagnosticó que el 84 % tuvo trastorno esquizofrénico, el 16 % trastorno esquizoafectivo y el 1 % con trastorno bipolar.</p> <p>Resultados</p> <p>Se realizó un análisis de la población en donde tuvo que ver con si los pacientes se retiraron del tratamiento después de que terminó el programa de apoyo comunitario el seguimiento de dos años se encontró que:</p> <p>3 de los 72 pacientes habían fallecido, uno de ellos por suicidio. 63 aún estaban involucrados en un programa de tratamiento.</p> <p>48 recibieron tratamiento en Spokane CMHC.</p> <p>4 en el hospital estatal, en donde dos de los cuatro pacientes habían pasado el cuarto y quinto año del programa de apoyo comunitario en el hospital estatal.</p> |
|--|--|

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>Los 11 pacientes restantes recibieron tratamiento en varios otros programas ambulatorios del condado de Spokane y alrededores.</p> <p>6 pacientes permanecieron sin participar en el tratamiento; tres de los seis continuaron rechazando la propuesta al tratamiento</p> <p>De los resultados encontrados anteriormente decidieron implementar un segundo análisis en torno al hospital, consistió en recoger datos de sobre el uso del hospital. Se encontró que conforme a los ingresos hospitalarios anuales aumentaron, pero no significativamente con relación al periodo de seguimiento. No obstante, en el periodo que se ejecutó el CSP se evidencio que aumentó lentamente el número de días de cama del hospital, a diferencia de los ingresos anuales.</p> <p>El tercer análisis se encaminó totalmente hacia los costos del programa, en donde se encontró que los costos de hospitalización aumentaron, pero no significativamente durante el programa, se encontró disminución en los costos de bienestar y seguridad social, por lo cual se determinó se deba al poco manejo de cheques o del seguro social, ya que pasaban más tiempo en el hospital como las residencias estructuradas para el manejo de ellos mismo. El tratamiento de los servicios de CMHC aumentaron un 50 % y con ello ponerle fin a la gestión del manejo del caos con el programa CSP, los ahorros que se obtuvieron fueron destinados al tratamiento convencional y atención al paciente.</p> <p>Por último, se midió el impacto del programa en con los pacientes en la comunidad guiada a la estabilidad, se midió en primera instancia la estabilidad en el periodo de los dos años de seguimiento, en donde se determinó que la estabilidad es una variable dicotómica. Los pacientes que no obtuvieron reingresos hospitalarios se les asignó el nombre del grupo estable, por consiguiente, los pacientes que fueron reingresados serían el grupo inestable, en donde 36 de los 69 pacientes vivos se clasificaron como estables, se encontraron características importantes que determinaron la población estable en estar en un mejor estado emocional, en donde este grupo tuvo atención residencial y un mayor nivel de funcionalidad, mediante la escala global. Ya con estos resultados obtenidos, se decidió indagar sobre la estabilidad general de los pacientes durante los la PEC como durante el periodo de seguimiento (7 años) en donde se clasificó de la misma manera, pero con pequeña variante, las personas que ingresaron al menos una vez a Re hospitalización fueron clasificados al grupo inestable, con lo cual 15 de los 72 pacientes se clasificaron como estables, en donde se utilizó la herramienta de función discriminante escalonada para predecir la pertenencia a estos grupos, allí comprobando los efectos del programa de apoyo comunitario , el cuidado residencial y el CMHC.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación aplicada |
| 11. Conclusiones. | Se evidencia que un programa de este tipo tiene efectos estabilizadores duraderos y es por esto que un programa intensivo de apoyo comunitario no debe durar para siempre, luego de haber obtenido un beneficio del programa, los pacientes que pudieron adaptarse al programa, pueden seguir |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>usando los servicios en un nivel mucho menos intensivo y continuar con la atención cuando sea necesario, a diferencia de pacientes de otros programas de apoyo, los pacientes de este programa no volvieron a entrar en un ciclo de rehospitalizaciones.</p> <p>Se considera que la estabilidad del paciente durante el periodo de seguimiento puede deberse a los efectos del programa intensivo, a la transición adaptada del apoyo, la asignación del mismo administrador de casos durante varios meses, la adopción y uso rutinario de los servicios y mayores estabilidades de los pacientes.</p> |
| 12. Autor del RAE. | <p>Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa.</p> |

| C6 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---|
| 1. Título. | <p>El papel de la gestión de casos dentro de un sistema de apoyo comunitario: Asociación con la rehabilitación psicosocial The Role of Case Management Within a Community Support System: Partnership with Psychosocial Rehabilitation.</p> |
| 2. Autor: | Cathaleene Macias, Ronald Kinney,, William Farley, Robert Jackson |
| 3. Edición | Community Mental Health Journal, Vol. 30, No. 4 |
| 4. Año de publicación | 1994 |
| 5. Páginas | 17 |
| 6. Fecha de realización | 13/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Modelo de gestión de casos, programa de rehabilitación psicosocial, vinculación de servicios, calidad de vida |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | <p>Se realizó una revisión de tres estudios donde se comparó la gestión de casos con programas de apoyo comunitario, se comparó la calidad de vida de los consumidores, pero lo que realmente se necesita son evaluaciones del funcionamiento de la gestión de casos en cooperación con programas de apoyo comunitario. Para ello se diseñó un proyecto de investigación rural del programa de apoyo comunitario del NIMH, para evaluar el impacto del modelo de fortalezas de gestión de casos con relación al impacto de un programa de rehabilitación social, teniendo en cuenta que</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>los sujetos de gestión de casos también hicieron parte del programa de rehabilitación la investigación arrojó una prueba estricta de la eficacia de esta cooperación de programas</p> <p>Método</p> <p>El diseño de investigación fue una evaluación experimental, posterior a los informes de consumidores, cuidadores/as y profesionales, obtenidos un año después del programa de gestión de casos. El diseño de investigación secundaria fue una evaluación experimental antes y después de las hospitalizaciones y contacto con centros de crisis durante 18 meses luego de la implementación del programa de gestión de casos.</p> <p>Participantes del programa</p> <p>La población fue de 42 consumidores adultos con enfermedades mentales graves en Bear River Mentalth Center, que cumplían los requisitos para ser elegibles. En un periodo de una semana todos los sujetos fueron invitados a participar al programa, uno de ellos se negó a participar así que terminó en una muestra de 41 participantes. Siente que los sujetos fueron reemplazados por nuevos integrantes que ingresaron al programa.</p> <p>El nivel de participación en la rehabilitación fue el mismo para grupos experimentales y de control.</p> <p>Los miembros de la familia de los participantes, todos los participantes, menos uno, muestran que tenían por lo menos un familiar vivo, a quién se le pidió una entrevista, en cuánto al sujeto que no tenía familiares vivos no se le incluyó dentro de la muestra como participante de la investigación.</p> <p>Descripciones del programa</p> <p>El centro de Salud Mental brindó actividades diarias, salidas recreativas, charlas, entre otras, el personal también brindó un programa de ayuda para obtener beneficios tanto económicos como laborales y de atención médica.</p> <p>El tiempo de rehabilitación psicosocial contó con dos trabajadores a tiempo completo, uno de tiempo parcial y un asistente de consumo, que también participó en la investigación. Aunque cada participante tenía acceso a cada miembro del equipo, cada uno de ellos tenían funciones en específico, ya fuese de las actividades recreativas, ayuda a la obtención de empleo, facturación, producción y venta de artesanías y el responsable de preparación de alimentos.</p> <p>En cuanto al modelo de gestión de casos este se basó en el modelo de Fortalezas, en donde este se centra en las fortalezas del sujeto más que en sus discapacidades, pero se requiere de objetivos personalizados teniendo en cuenta las necesidades individuales, se enfatizó también en la instrucción directa en habilidades para la vida, el equipo de manejo de gestión de casos estaba formado por dos administradores de casos, los cuales brindaban servicios de tiempo completo, ambos se encargaban de todas las tareas, por otro lado el asistente del consumidor asumió la responsabilidad de ayudar a</p> |
|--|---|

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>los participantes con labores como administración del dinero. La ayuda a los participantes se centró en ayuda financiera, habilidades para la vida y problemas personales, solo unos pocos participantes recibieron la ayuda en capacitación laboral solo porque habían recibido esta ayuda mucho tiempo en el programa de rehabilitación psicosocial.</p> <p>Instrumentación</p> <p>Los datos obtenidos surgen de entrevistas con la duración aproximada de una hora, casi todas las entrevistas se llevaron en un periodo de tres días por un equipo de entrevistadores capacitados de la Escuela de Graduados de Trabajo Social. Las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares de los sujetos, en el centro de salud, hospitales, grupos locales, entre otros.</p> <p>Entrevistas a miembros de familia: Se realizaron entrevistas de 15 minutos de aprox. 15 minutos.</p> <p>Resultados</p> <p>Autoinformes del consumidor: Los consumidores que estuvieron en el programa de gestión de casos informaron tener menos problemas con su estado de ánimo, menos problemas para pensar, mejor salud física y mental, mayor competencia en la vida diarios, mayor bienestar psicológico que los consumidores del grupo de control, El grupo de manejo de casos informó una sintomatología psiquiátrica más baja, mayor sensación de bienestar y mayor nivel de funcionamiento diario que el grupo de control.</p> <p>Frente a la satisfacción del servicio no hubo diferencias significativas entre la intervención de los terapeutas primarios y administradores de casos. En cuanto a los informes de miembros de la familia, informan que la sintomatología psiquiátrica de los participantes de gestión de casos fue significativamente más positiva que la medida dada por los miembros de familia del grupo de control, igual que con la ira y la paranoia que redujo significativamente en gestión de casos a comparación del grupo de control.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación científica |
| 11. Conclusiones. | Según los hallazgos se evidencia que el programa de manejo de gestión de casos basado en las fortalezas, mejoró la vida de los consumidores en cuanto a la socialización, actividades diarias y desarrollo de redes, el funcionamiento y sintomatología de enfermedades graves a través del fortalecimiento de habilidades y asesoramiento de apoyo todo esto gracias a la calidad del programa, además de esto la gestión de casos puede mejorar el impacto de otros programas de apoyo comunitario |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| C7 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | Servicios de rehabilitación psicosocial en sistemas de apoyo comunitario: Revisión de resultados y recomendaciones de políticas Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems: A Review of Outcomes and Policy Recommendations |
| 2. Autor: | Richard Barton. |
| 3. Edición | Psychiatric Services. Vol. 50 No. 4 |
| 4. Año de publicación | 1999 |
| 5. Páginas | 10. |
| 6. Fecha de realización | 16/08/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | Se realiza una revisión guiada específicamente hacia los servicios de rehabilitación psicosocial dentro de los sistemas de apoyo comunitario, teniendo en cuenta la necesidad de que los sistemas de servicios de salud mental desarrollen políticas para dirigir el uso de recursos limitados. Para esta se realizó una revisión de literatura que reporta estudios de resultados experimentales o cuasiexperimentales de intervenciones de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedades mentales graves y persistentes, con un enfoque en el entrenamiento de habilidades, la psicoeducación familiar y el empleo con apoyo. De esta manera, se encontró que dentro de los pacientes que participaron en un programa intensivo de manejo de casos que tenía una orientación vocacional y de rehabilitación, logró proporcionar la psicoeducación familiar mejorando significativamente en la adaptación comunitaria, a comparación con los pacientes que recibieron solo manejo intensivo de casos. Además, las características clínicas y las necesidades de servicios de las personas con enfermedades mentales graves y persistentes varían significativamente a lo largo del ciclo de vida y el curso de la enfermedad. Dentro de la revisión se encuentran soportes que apoyan firmemente el uso de la rehabilitación psicosocial, pero se destaca que no está suficientemente desarrollada para determinar los efectos de los componentes del servicio utilizados en diferentes niveles de intensidad y la interacción de esos componentes con las características del cliente, los niveles de medicación o la fase de la enfermedad. Asimismo, se muestra que la rehabilitación psicosocial muestra una reducción de más de la mitad en el costo de la atención debido a la reducción de las hospitalizaciones. A su vez, las decisiones de política sobre los niveles de intensidad del servicio se basan |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>generalmente en varios supuestos. En primer lugar, es que los servicios de cuidados agudos mal gestionados pueden absorber fácilmente todos los recursos disponibles. En segundo lugar, para utilizar los recursos de manera más eficaz y eficiente, debe estar disponible una variedad de servicios comunitarios alternativos. En tercer lugar, incluso si la gestión intensiva de casos está dirigida a las personas con las necesidades de servicio más intensas, estas personas corren el riesgo de recaer si no cuentan con el apoyo comunitario adecuado y las habilidades de afrontamiento. Por último, sin una inversión en atención de rehabilitación, el sistema de servicios tenderá a estancarse en un nivel menos que óptimo. Un sistema de servicio completamente desarrollado equilibra los recursos entre los tres niveles de intensidad del servicio, lo que permite atender a más personas a un costo promedio por cliente más bajo. Sin embargo, se considera importante ampliar en la especificación con respecto a los efectos de las intervenciones psicosociales y así determinar la cantidad e intensidad más efectivas de esas intervenciones, teniendo en cuenta que se respalda una política de financiación de los componentes de rehabilitación psicosocial de los sistemas de apoyo comunitario.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones. | <p>El curso de desarrollo a largo plazo de una enfermedad psiquiátrica grave, el consecuente deterioro funcional en los afectados y diversas características del sistema de servicios contribuyen a la recaída de formas complejas. Los resultados de la investigación han indicado que sin una mejora continua en la adquisición de habilidades y los apoyos sociales o la gestión continua de casos, muchos consumidores correrán el riesgo de recaer y algunos correrán el riesgo de convertirse en grandes usuarios de los sistemas de servicios.</p> <p>Como un conjunto de respuestas a esta necesidad clínica, los elementos esenciales del servicio directo de la rehabilitación psicosocial (capacitación en habilidades, educación familiar y servicios vocacionales) están respaldados por evidencia empírica sustancial de mejores resultados clínicos y económicos. Los estudios longitudinales han indicado que la recuperación es una visión realista y que alrededor del 60 por ciento de las personas con discapacidades psiquiátricas pueden lograr la remisión de los síntomas y el funcionamiento normal del papel.</p> <p>La evidencia acumulada de la necesidad clínica y de los resultados efectivos y eficaces de la rehabilitación psicosocial sugiere parámetros poblacionales revisados para las políticas que afectan la utilización y asignación de recursos. Específicamente, la inversión en rehabilitación psicosocial puede reducir los gastos de servicios intensivos y de alto costo al tiempo que extiende el alcance de la desinstitucionalización. Una preponderancia de la evidencia es suficiente para respaldar tal política, ya que la decisión es entre un balance de asignación y otro.</p> <p>Ahora es posible una segunda fase de desinstitucionalización que implica cambios sustanciales de recursos desde los niveles de atención aguda a los de rehabilitación. Dichos cambios pueden mejorar la exhaustividad y la eficacia de los sistemas de apoyo comunitario de manera que aborden el curso de desarrollo único de los trastornos psiquiátricos graves y, al mismo tiempo, generan mejores resultados para los consumidores y los contribuyentes.</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |
|---------------------------|--|

| C8 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---|
| 1. Título. | Los efectos de la gestión de casos clínicos sobre el uso del servicio hospitalario entre los usuarios frecuentes de ED. The Effects of Clinical Case Management on Hospital Service Use Among ED Frequent Users. |
| 2. Autor: | Robert L. okin, md, Alicia boccellari, phd, Francisca azocar, phd, Martha shumway, phd, Kathy o'brien, lcswh, Alan gelb, md, Michael kohn, md, Phyllis harding, rn, ms, and Christine wachsmuth, rn, ms† |
| 3. Edición | AMERICAN JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE j Volume 18, Number 5 |
| 4. Año de publicación | 2000 |
| 5. Páginas | 6 |
| 6. Fecha de realización | 24/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos, servicios hospitalarios, falta de vivienda, costos hospitalarios, problemas psicosociales, servicio de urgencias |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | <p>Se realiza una documentación de un grupo pequeño de pacientes del departamento de emergencias, aprox. de 53 pacientes que utilizaron el servicio de urgencias cinco veces o más en 12 meses, estos grupos tienden a ser pobres, sin derecho a seguro, con problemas de consumo de drogas y alcohol, por eso debido a sus condiciones sociales este grupo de personas representan una gran carga económica para los hospitales.</p> <p>Para realizar la intervención gestión de casos, cada profesional fue el encargado de coordinar y proporcionar los servicios necesarios, incluyendo intervención en crisis, individual y grupal, derechos económicos, redes, servicios de abuso de sustancias, seguimiento entre otros, donde el objetivo principal de la intervención era disminuir la falta de vivienda, consumo de sustancias psicoactivas y el mejorar sus vínculos con sus redes.</p> <p>Resultados</p> |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>Se identificó que el 87% era predominante masculino, donde la edad media era de 45 años, donde la mayoría 67% de la muestra eran personas sin hogar, y el 100% estaban desempleados y muchos no tenían servicios médicos</p> <p>Utilización del servicio</p> <p>Luego de que los pacientes se inscribieron al programa de gestión de casos, se redujeron las visitas al servicio de urgencias a comparación del año anterior.</p> <p>Mortalidad</p> <p>En total nueve pacientes murieron durante el trascurso del estudio, donde tres de estos murieron por sobredosis, uno por quemaduras en el incendio de un hotel, otro por suicidio y las cuatro restantes por complicaciones relacionadas con problemas médicos crónicos.</p> <p>Discusión</p> <p>El manejo intensivo de casos se asoció a reducciones de costos en servicios hospitalarios y reducciones psicosociales, la intervención parece ser rentable, teniendo en cuenta que la reducción de costos va de la mano con una mejora psicosocial</p> <p>Tratamiento</p> <p>La intervención no solo se limita a los espacios hospitalarios, sino a todos los entornos comunitarios a los que los usuarios frecuentaban, no se limitaba solo a la remisión sino también el buscar a los usuarios en las calles, apartamentos, bares, entre otros para llevarlos a sus citas médicas, por preocupaciones o simplemente por olvido no asistían a sus citas médicas, teniendo en cuenta también que los usuarios no solían confiar en los demás debido también a las frustraciones ocasionadas por experiencias pasadas, que fueron fallidas.</p> <p>Hubo una gran colaboración entre el equipo interdisciplinario, donde fueron perseverantes para lograr resultados positivos en la intervención, sin embargo, no se puede dejar de lado que los administradores de casos encontraron dificultosa la tarea de encontrar vivienda a los usuarios, encontrando así viviendas en barrios empobrecidos llenos de sustancias psicoactivas lo cual los llevaba a la tentación y así recaer</p> |
| 10. Metodología. | Investigación aplicada. |
| 11. Conclusiones. | Luego de la inscripción al programa de gestión de casos la falta de vivienda disminuyó aprox. en un 57%, lo cual puede estar asociada positivamente con el hospital por el ahorro de costos, el consumo de alcohol disminuyó en un 22% y el consumo problemático de drogas disminuyó en un 26%. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| C9 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | Gestión de casos y asertivo tratamiento comunitario en Europa Case management and assertive community treatment in Europe |
| 2. Autor: | Tom Burns, Angelo Fioritti, Frank Holloway, Ulf Malm & Wulf Rössler. |
| 3. Edición | Psychiatric Services. Vol. 52 No. 5 |
| 4. Año de publicación | 2001 |
| 5. Páginas | 6. |
| 6. Fecha de realización | 19/08/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | <p>Los estudios de gestión de casos realizados en Europa y Estados Unidos dan unos resultados contradictorios, por lo que se examinaron las razones de los diferentes focos de los estudios de gestión de casos en las diferentes culturas. Una influencia significativa de la cultura es evidente tanto en la aprobación de la gestión de casos como en los enfoques para investigarla. La gestión de casos se percibe como una “importación anglófona” en Italia, pero ahora es una política nacional para las personas con enfermedades mentales graves en los otros países. Los estudios encontrados del Reino Unido enfatizan el rigor metodológico, con poca atención al contenido del tratamiento, mientras que los de Suecia aceptaron un enfoque de investigación menos disruptivo pero con una estipulación más prescriptiva del contenido del tratamiento. Por otro lado, los estudios de Italia y Alemania enfatizaron la importancia de diferentes metodologías descriptivas. Se observaron marcadas diferencias en la gama de servicios de asistencia social en Europa.</p> <p>El estímulo que se tuvo para el simposio fue la continua controversia en Europa sobre el estado de la gestión de casos y del tratamiento comunitario asertivo. A diferencia de Estados Unidos, donde estos enfoques tienen buenos resultados, visto desde Europa, la literatura de investigación sigue siendo contradictoria. Dos revisiones sistemáticas sobre el tratamiento comunitario asertivo y la gestión de casos sugieren que una tiene éxito y la otra no. Un examen más detallado de los estudios individuales contenidos en estas dos revisiones da poca confianza en que los dos enfoques sean tan diferentes e incluso podría sugerir que el mismo enfoque clínico puede estar produciendo resultados diferentes en los Estados Unidos y Europa.</p> <p>Mientras que en Estados Unidos la gestión de casos para personas con enfermedades mentales graves refleja los hallazgos de la investigación local, un respaldo similar del alcance asertivo en el Reino Unido por parte del</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>Ministerio de Salud contrasta fuertemente con una serie de estudios de investigación locales que no han mostrado beneficio alguno, ya sea en la reducción de la hospitalización o en la mejora del estado clínico o el funcionamiento social.</p> <p>Por lo cual, se considera que la integración de la asistencia social es compleja en Europa, ya que los servicios sociales suelen estar muy politizados y descentralizados. En el Reino Unido y los países escandinavos, se están produciendo cambios fundamentales en el nivel de integración de la asistencia sanitaria y social. De igual manera, se considera que los trabajadores sociales y el personal de salud son empleados y administrados por la misma organización. De igual forma, los trabajadores sociales están empleados por los servicios sociales pero están físicamente basados en el equipo de salud mental.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones. | <p>La gestión de casos y el tratamiento comunitario asertivo se consideran conceptos heurísticos de enorme valor en la investigación europea sobre servicios de salud mental, pero somos más escépticos que nuestros colegas estadounidenses sobre su especificidad. La investigación sobre estos enfoques de tratamiento genera preguntas vitales sobre qué tratamientos y sistemas de atención funcionan, pero no son sustitutos de tratamientos efectivos. Estamos menos interesados en el conjunto que en sus componentes y lo que ofrece. Una mayor objetividad sobre los componentes de los servicios es esencial para que la gestión de casos no sea autodefinida. Los participantes de nuestro simposio expresaron un fuerte deseo de realizar estudios de evaluación en los que una pluralidad de medidas de resultado fuera culturalmente sensible y relevante a nivel local. Calidad de vida, redes sociales, y las evaluaciones de los usuarios son probablemente tan importantes en el clima académico y político actual como las medidas de resultados clínicos. Las consecuencias sociales de la atención comunitaria moderna, por ejemplo, la violencia, el comportamiento perturbador y el estigma, deben medirse cada vez más cuando se comparan los servicios de salud mental.</p> <p>Consideramos que la principal agenda de investigación para la gestión de casos es la necesidad de desagregar y evaluar los componentes individuales de intervenciones complejas. Poco se puede ganar con las evaluaciones directas repetidas de la gestión de casos en comparación con los servicios de control, y mucho menos con los servicios tradicionales basados en hospitales. Nuestro simposio y el vigoroso debate que generó demostraron que cambiar la agenda no sería fácil. En pocas áreas de la investigación de los servicios de salud son más obvias las dificultades para desenredar el compromiso académico y clínico. El potencial de factores de confusión de las configuraciones de servicios locales es enorme, y los investigadores invariablemente tienen que participar en el desarrollo de un programa para llevarlo a cabo y fomentar la colaboración adecuada del personal. El mismo entusiasmo y compromiso de las partes involucradas requeridos para una buena investigación en esta área es un gran impedimento para su interpretación. Anticipamos una nueva generación de investigación sobre la gestión de casos que la utiliza como vehículo para hacer preguntas que son</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | más precisas y más difíciles de responder, pero que probablemente tengan una importancia de mayor alcance para la salud mental comunitaria en general. |
| 12. Autor del RAE | Andrea Janeth Rengifo Zambrano July Daniela Buitrago Correa |

| C10 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---|
| 1. Título. | Gestión de casos. A largo plazo. Condiciones. ¿Qué impacto tiene en el tratamiento de las personas mayores? Case management. Long-term. Terms. What impact does it have on the treatment of the elderly? |
| 2. Autor: | Ruth Hutt, Rebecca Rosen & Janet McCauley. |
| 3. Edición | King 's Fund. Vol 11. No. 13. |
| 4. Año de publicación | 2004 |
| 5. Páginas | 24. |
| 6. Fecha de realización | 13/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | <p>El manejo de casos para personas con afecciones a largo plazo, se vincula al desarrollo posterior de la evidencia de la efectividad clínica y de los costos. De esta manera, el enfoque en las personas mayores es muy relevante para los debates actuales sobre la mejora de la atención a las personas con enfermedades crónicas complejas. Sin embargo, como grupo, las personas mayores pueden tener necesidades de atención social y de salud particularmente complejas, y esto hace que sea más difícil generalizar los resultados a otros grupos con afecciones a largo plazo.</p> <p>Los estudios que fueron revisados varían con respecto a los objetivos de la gestión de casos y la naturaleza de la intervención de gestión de casos particular proporcionada. Esta variabilidad dificulta la agrupación de resultados y destaca la importancia de una claridad absoluta sobre los objetivos de los nuevos acuerdos de gestión de casos que podrían establecer las relaciones en atención primaria (PCT) y la naturaleza de las intervenciones necesarias para cumplir esos objetivos. Los resultados de otras evaluaciones y varios estudios informan efectos tanto positivos como negativos en</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>diferentes medidas de resultado. Los estudios específicos de enfermedades informaron reducciones significativas en el uso de atención médica específica de enfermedades que no se mantuvieron en todas las admisiones por otras causas. También es importante recordar que los beneficios observados en la investigación y los proyectos piloto pueden no ser los mismos que los de un programa de implementación.</p> <p>Los modelos de gestión de casos bajo investigación no fueron identificados los componentes individuales de los diferentes modelos que contribuyen a su impacto general, ni sacar conclusiones definitivas sobre la forma más eficaz de gestión de casos. Además de que los límites metodológicos de algunos estudios y de la calidad de las evaluaciones económicas, en particular la heterogeneidad en lo que se incluyó en los costos, también limitan las conclusiones que se pueden extraer. Si bien parece existir la posibilidad de que la gestión de casos reduzca las admisiones hospitalarias, no está claro qué contribuye al éxito o al fracaso y qué tan rentables son estos servicios.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones. | <p>La evidencia presentada, debería contribuir al debate sobre las mejores formas de mejorar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas. La gestión de casos ya se está implementando en los fideicomisos de atención primaria (PCT) y muchos están buscando el asesoramiento de empresas comerciales para ayudarlos a desarrollar modelos locales.</p> <p>PCT deben desarrollar sus propios arreglos para mejorar la atención a los pacientes con afecciones a largo plazo, teniendo en cuenta los servicios locales existentes y las necesidades locales. El análisis en curso de King's Fund de las estadísticas de episodios hospitalarios para PCT seleccionados revela una amplia gama de diagnósticos en pacientes que ingresan con frecuencia en el hospital. Estos incluyen crisis repetidas de células falciformes y asma mal controlada en niños y adolescentes, junto con afecciones como enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca en personas mayores. Un conocimiento detallado de la forma en que las diferentes condiciones a largo plazo afectan a la población local es esencial para el desarrollo eficaz de la gestión de casos.</p> <p>La implementación de la gestión de casos dentro del Servicio Nacional de Salud (NHS) debe ser un proceso iterativo, que se base en los servicios locales y los adapte cuando sea apropiado y que desarrolle enfoques adicionales cuando la capacidad local sea inadecuada. La revisión de la literatura sugiere que no existe un modelo "ideal" de gestión de casos que se ajuste a todos los PCT. Es fundamental construir una base de evidencia a partir de evaluaciones sólidas de pilotos emergentes de manejo de casos del NHS, para informar el desarrollo futuro en esta área. King's Fund continúa trabajando con los PCT para explorar más a fondo los modelos de gestión de casos y los componentes que pueden beneficiar a grupos de población específicos. El enfoque en la utilización de los servicios de salud como el "criterio de éxito" para medir la gestión</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | de casos puede ser demasiado estrecho y el dividendo real puede ser una mejor calidad de la atención para los pacientes y un aumento en la satisfacción del paciente. Este sigue siendo un objetivo digno. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| C11 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---|
| 1. Título. | Introducción de un estilo de gestión de casos intensivo de entrega para un nuevo servicio de salud mental. Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service. |
| 2. Autor: | Catherine Hangan |
| 3. Edición | International Journal of Mental Health Nursing |
| 4. Año de publicación | 2006 |
| 5. Páginas | 6 |
| 6. Fecha de realización | 29/08/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos, servicio comunitario de salud mental, participación del consumidor, metaanálisis, rehabilitación |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | <p>La gestión intensiva de casos brinda una serie de opciones a los trabajadores para la intervención, sin embargo, no se puede dejar de lado que los resultados de esta intervención no son sencillos ni tan evidentes.</p> <p>Descripción general de la gestión de casos en servicios de salud mental</p> <p>La gestión de casos en el campo de la salud mental es considerada como un método de coordinación para población que padece de alguna enfermedad mental grave y vive en un entorno comunitario, este modelo surge aprox. en la década de 1960 como una respuesta a la atención de esta población, donde reúne un equipo de servicios humanos para cuidado de la población con enfermedades mentales. La gestión de caso tiene una virtual la cual es la adaptación a diferentes entornos y grupos coordinando así sus servicios de salud, sin embargo, se hacen necesarios los estudios que determinen su eficacia, por eso la gestión de casos se denota como compleja.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Cabe resaltar que el modelo de gestión de casos asigna la responsabilidad del individuo o el grupo a un equipo de médicos.</p> <p>Gestión intensiva de casos: una visión general amplia</p> <p>Inicialmente los objetivos del modelo intensivo de gestión de casos era mantener una relación estrecha entre usuarios y servicios, reducir costos de la hospitalización, reducir resultados, entre otros.</p> <p>La gestión intensiva de casos se diferencia de otros modelos por la carga de sus casos, y la adherencia a un modelo de atención más específico en lugar de uno general. Exigiendo al modelo de gestión intensiva mayor atención psiquiátrica y social a los usuarios, donde se proporcione el llevar el trabajo al cliente, en su trabajo, lugar de residencia, entre otros.</p> <p>Investigación y resultados</p> <p>Realizaron una comparación frente a la gestión de casos intensiva y la estándar, con esto se dieron cuenta que los usuarios que revisión la gestión intensiva podían pasar menos tiempo en el hospital, reduciendo así el costo de la atención hospitalaria, teniendo también muchas menos probabilidades de ser internados, finalmente, se concluye que la gestión intensiva de casos es un enfoque clínicamente eficaz para el uso con personas con enfermedades mentales graves que son de la comunidad pero requieren de atención médica, aportando beneficios tanto sociales como hospitalarios y económicos. En resumen, del análisis realizado con otros modelos, la gestión intensiva de casos fue el único enfoque que demostró efectividad en la intervención.</p> <p>Por otro lado, se determinó también que la efectividad de la gestión intensiva de casos no solo se basa en la cantidad de profesionales sino en la eficacia de los mismo para cumplir funciones específicas, para ello se tiene en cuenta la estrecha relación de la carga trabajo y su capacidad de profesional teniendo en cuenta que la cantidad de casos que cada profesional maneje puede afectar en su autoeficacia, proactividad, etc. Afectando así a la satisfacción del usuario.</p> <p>Recomendaciones</p> <p>Hay una serie de recomendaciones, donde primero se recomienda en que los proveedores de servicios se aseguren de que exista un propósito claro para hacer uso de la gestión intensiva de casos, para esto debe comprenderse a profundidad el modelo, donde el compromiso del uso de este modelo se refleje en las actitudes del personal. Los administradores de casos deben tener una perspectiva de largo plazo donde se incluyan tanto fortalezas como déficits, síntomas y posibilidades del usuario.</p> <p>Es necesario tener en consideración la relación de la carga de trabajo con la satisfacción del personal, también la relación de la cantidad de casos con la efectividad en la intervención.</p> |
|--|---|

| | |
|---------------------------|--|
| | Se concluye que la gestión de casos de alto nivel debe ser incluidas en los servicios de salud mental, dados su impacto positivo en los resultados, sin embargo, no se puede dejar de lado la importancia de la disponibilidad de recursos, disponibilidad de personal y el financiamiento para la efectividad del modelo |
| 10. Metodología. | Investigación teórica |
| 11. Conclusiones. | Se concluye la ICM y la CCM deberían ser facetas de los servicios de salud mental, ya que estos han tenido impactos positivos en los resultados, sin embargo, estos resultados positivos se pueden asociar con factores como la disponibilidad de recursos, de personal y del financiamiento y que sin el apoyo adecuado no se lograrán los resultados esperados. En cuanto a la ICM ofrece la oportunidad de mayor satisfacción del paciente, mayor satisfacción del paciente y la familia. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| C12 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | Gestión de casos: un pilar de la psiquiatría comunitaria. Case management – a pillar of community psychiatry. |
| 2. Autor: | Sladana Štrkalj Ivezić, Lana Mužinić y Vanda Filipac |
| 3. Edición | Psychiatria Danubina, 2010; Vol. 22, núm. 1, págs. 28–33 © |
| 4. Año de publicación | 2010 |
| 5. Páginas | 6 |
| 6. Fecha de realización | 30/08/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos, psiquiatría comunitaria |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | La gestión de casos es desarrollada en países con psiquiatría comunitaria que trata a personas con enfermedades mentales graves. Incluye el trabajo con pacientes en servicios comunitarios y sus domicilios, evaluación de necesidades sanitarias y sociales, donde coloca al paciente como centro de atención para ayudarlo a alcanzar las metas de recuperación. La gestión de casos incluye actividades que afianzan el vínculo entre los servicios de |

| | |
|--|--|
| | <p>tratamiento y los pacientes, donde el principal apoyo es el administrador de casos.</p> <p>En cuanto a la coordinación del tratamiento, es un proceso en el que una persona asume la responsabilidad del proceso a largo plazo, mientras que la función del administrador de casos es ayudar al paciente a identificar y garantizar sus recursos para la garantía de una calidad de vida dentro de la comunidad, para ello tiene que participar en todos los entornos del paciente. El administrador de casos puede ser de cualquier campo asociado con la salud mental.</p> <p>Modelos de gestión de casos</p> <p>El modelo de gestión de casos se estableció en los 60 y 70 en Estados Unidos, cuando se dan cuenta que los usuarios no pueden resolver sus propias necesidades también dudan en buscar ayuda psiquiátrica y tienen dificultades para dar continuidad al tratamiento.</p> <p>El elemento en común de los diferentes modelos de gestión de casos es una continuidad a la atención a través del uso de servicios comunitarios a los cuales el usuario no tendría acceso por sí solo.</p> <p>En cuanto a la gestión de casos clínicos el administrador de casos juega un papel importante en la provisión del tratamiento, evaluación, planificación, intervención, vinculación del paciente con los recursos, trabajo con las redes primarias, fortalecimiento de habilidades sociales, monitoreo de la salud mental.</p> <p>El tratamiento comunitario asertivo tiene como objetivo tratar a pacientes que no cooperan con las hospitalizaciones frecuentes y requieren de un tratamiento intensivo en el hogar del paciente. Requiere de un equipo multidisciplinario conformado por enfermeros, terapeuta ocupacional, trabajador social, psicólogo y psiquiatra. El número de pacientes que cada administrador maneja es de 10.</p> <p>La gestión intensiva de casos fue diseñada para pacientes frecuentes en emergencias y hospitales, requiere más del trabajo individual que del trabajo en equipo, se considera al paciente como sujeto activo del proceso, donde se cree que todos los pacientes pueden mejorar, el paciente acuerda los objetivos del tratamiento lo que lleva a una satisfacción del proceso.</p> <p>El modelo de rehabilitación, se basa en la evaluación de las necesidades de los pacientes, donde el tratamiento se centra en las discapacidades para obtener resultados positivos, intervención del administrador de casos es supremamente importante puesto que éste es quien fomenta la independencia. No se puede dejar de lado la gran diferencia entre gestión de caso individual y en equipo, en cuanto a la gestión de caso individual se da una relación de dependencia excesiva, por el contrario, en la gestión de casos en equipo, es el mismo el que satisface las necesidades del sujeto, teniendo en cuenta que en el equipo están involucrados un gran número de</p> |
|--|--|

| | |
|--------------------------------|--|
| | <p>profesionales que aportan visiones diferentes y así mismo poder ver el proceso de distintas perspectivas.</p> <p>En cuanto a la gestión de casos de clúster, el tratamiento se realiza con un grupo de pacientes al mismo tiempo facilitando así el apoyo grupal, reduciendo considerablemente el aislamiento, en este proceso se cuenta con un asistente del administrador de casos, que es un paciente capacitado para desempeñar su papel, lo más relevante de este modelo es que se les da a los pacientes la expectativa de recuperación.</p> <p>Con base en varios estudios se confirma la eficacia de la gestión de casos, mejorando considerablemente la calidad de vida de los pacientes, sin dejar de lado la relación que se debe mantener con el paciente para el éxito del tratamiento, el cual se determina con la continuidad de la atención, adherencia al tratamiento, equipo multidisciplinario, entre otras.</p> <p>¿Quién puede ser administrador de casos?</p> <p>Los administradores de casos pueden ser de distintas áreas, ya que la gestión de caso no es una profesión sino un área especializada, así que los equipos pueden estar conformados por trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras, entre otros, y todos deben tener una preparación para trabajar en el área.</p> <p>Elección de pacientes para la gestión de casos</p> <p>Cuánto más grave sea la condición del paciente y la poca cooperación, más requeriría de un modelo de gestión de casos, así que todo paciente que necesite de un equipo interdisciplinario y diferentes métodos biopsicosociales sería un buen candidato para el manejo de casos.</p> <p>¿Cuántos pacientes puede tener un gestor de caso?</p> <p>Este número está netamente determinado por la intensidad de la atención, en cuanto a casos donde los pacientes no cooperan, donde el tratamiento se realiza por medio de la extensión, se recomienda un máximo de 15 pacientes por administrador de casos, cuando el mismo tiene más pacientes de lo recomendado hay un impacto negativo entre los administradores que puede repercutir significativamente en los pacientes.</p> <p>¿Qué podemos aprender/ aprender de esos modelos en Croacia?</p> <p>La gestión de casos usualmente va dirigida a personas con enfermedades mentales graves, que no cooperan en su tratamiento y son hospitalizadas en reiteradas ocasiones, y en su mayoría tienen dificultades en su funcionamiento social y ocupacional. Es necesario analizar toda la situación, conocer los servicios comunitarios disponibles y llevar a cabo los cambios de forma continuada, tener en cuenta que se puede hacer de inmediato, que requiere ayuda y que no</p> |
| <p>10. Metodología.</p> | <p>Investigación teórica</p> |

| | |
|---------------------------|---|
| 11. Conclusiones. | <p>La gestión de casos se considera como una forma de psiquiatría comunitaria, que se adecuada para personas de bajos recursos con diferentes trastornos y/o recaídas frecuentes. Por ello el administrador de casos ayuda a los afectados a participar más activamente en su tratamiento, utilizando los diferentes recursos disponibles en la comunidad con el fin de lograr los objetivos que conlleven a la recuperación de la enfermedad.</p> <p>El objetivo de la gestión de casos es formar una buena relación paciente. En cuanto a los programas de rehabilitación se ayuda al paciente a utilizar otros sistemas como seguridad social, servicios de empleo, entre otros, aprovechando al máximo los factores de protección y evitando los factores de riesgo para la pronta recuperación</p> |
| 12. Autor del RAE. | <p>Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa.</p> |

| C13 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | <p>Manual de entrenamiento para salud mental adulta gestión de casos servicios. Training manual for adult mental health case management services.</p> |
| 2. Autor: | <p>Utah Department of Human Services Division of Substance abuse & Mental Health</p> |
| 3. Edición | <p>3</p> |
| 4. Año de publicación | <p>2012</p> |
| 5. Páginas | <p>53</p> |
| 6. Fecha de realización | <p>17/07/2021</p> |
| 7. Palabras Claves | <p>Gestión de casos, servicios de apoyo, hospitalizaciones, calidad de vida, buena relación.</p> |
| 8. Descripción. | <p>Manual</p> |
| 9. Contenidos. | <p>Para ser partícipes de la gestión de casos, cualquier sujeto con una enfermedad mental o trastorno por uso de sustancias puede ser elegible, también los sujetos que tienen dificultades funcionales y/o dependencia a los servicios de apoyo.</p> <p>Impacto de la enfermedad mental</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Los consumidores son referidos al programa de gestión de casos porque su enfermedad ha causado eventos que marcan su vida negativamente, esto pudo haberlos llevado a hospitalizaciones o pueden haber afectado la manera de llevar su vida de forma independiente, para ello es la gestión de casos para proveer un seguimiento a la recuperación de la persona, mediante el tratamiento y servicios adecuados, donde el administrador de casos pueda reconocer los síntomas e informales, sin embargo la administración de casos no se considera como un tratamiento.</p> <p>Proceso de gestión de casos</p> <p>La gestión de casos cumple siete funciones entre las cuales se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conexión con el consumidor: con el fin de desarrollar una relación de apoyo con los consumidores, mantener un contacto regular y brindar servicios de forma continua. 2. Evaluación y desarrollo de una evaluación formal de las necesidades de la medicina tradicional china: se busca evaluar para determinar la necesidad de los servicios médicos, dentro de las actividades se encuentra tomar el historial del consumidor, identificar necesidades, identificar fortalezas y recopilar información de fuentes primarias y/o secundarias 3. Planificación y desarrollo de un plan formal de servicios: para desarrollar un plan de servicios individualizado teniendo en cuenta sus necesidades, estableciendo objetivos específicos. 4. Coordinación: esta función es esencial para la obtención de resultados positivos, el proveedor de servicios de gestión de casos es el responsable de coordinar y optimizar los servicios, por otro lado, debe conocer los proveedores y las necesidades médicas de los consumidores, como proveedores de tratamiento 5. Vincular/ ayudar a los consumidores a acceder a los servicios necesarios: donde se vincule a los consumidores a servicios de atención médica, programas de tratamiento, programas educativos, de capacitación laboral. 6. Seguimiento: se realizan actividades de monitoreo, para garantizar que el programa se implemente de manera efectiva. 7. Documentado: es importante que el proveedor documente los servicios prestados al consumidor. <p>Conectando con los consumidores:</p> <p>La relación es un factor principal en la gestión de casos, una buena relación se basa en la confianza, respeto mutuo y voluntad de trabajar. El administrador de casos ayuda al consumidor a aumentar sus habilidades, en cuanto a los obstáculos, puede encontrarle la naturaleza de la enfermedad mental o la dificultad para acceder a las instituciones.</p> <p>Valores básicos: La buena relación entre el consumidor y proveedor, el trabajo de gestión de casos se centra en las fortalezas, en el principio de</p> |
|--|--|

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>autodeterminación, respeto a la dignidad y autonomía, la comunidad es el recurso principal para lograr los objetivos del consumidor, compromiso a la lucha contra el estigma, reconocimiento de la autoayuda y apoyo, honestidad con el proceso.</p> <p>Consumidores, no casos: Se enfoca en ver a las personas como lo que son y no como casos. El trabajo del proveedor de servicios es ayudar a superar esas barreras que se pueden interponer en ese logro de objetivos.</p> |
| 10. Metodología. | Metodología comprensiva |
| 11. Conclusiones. | La gestión de casos debe seguir una serie de casos con el fin de ejercer la gestión de casos de manera efectiva, dentro de los cuales son siete (7); conexión con el consumidor la cual es de vital importancia en todo el proceso, evaluación y desarrollo, planificación y desarrollo de un plan formal de servicios, coordinación, vincular/ ayudar a los consumidores a acceder a los servicios, seguimiento y documentado, por otro lado también se manejan una serie de valores básicos entre los cuales se destacan el trabajo centrado en las fortalezas, respeto a la dignidad y autonomía, apoyo y honestidad en el proceso |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| C14 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---|
| 1. Título. | Gestión de casos y resultados comunitarios en los beneficiarios de Medicare. Community-based case management and outcomes in Medicare beneficiaries. |
| 2. Autor: | Jee Young Joo |
| 3. Edición | Repositorio Universidad de Iowa |
| 4. Año de publicación | 2013 |
| 5. Páginas | 70 |
| 6. Fecha de realización | 20/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos basado en la comunidad, Medicare, enfermedades crónicas, hospitalizaciones |

| | |
|---------------------------|---|
| 8. Descripción. | Trabajo de grado para optar a Doctor en Licenciatura en Filosofía en Filosofía en Enfermería |
| 9. Contenidos. | <p>En esta investigación se evaluó el efecto de gestión de casos basado en la comunidad (MC) en los pacientes de Medicare que padecen de enfermedades crónicas y se encuentran ubicados en la zona rural. Se proporcionaron cuatro tipos de servicios en CM, entre los cuales se encuentran la alta residencia, alta clínica, alta telefonía y finalmente los servicios de atención mixta.</p> <p>Se analizaron diferentes perfiles de los pacientes con sus actividades diarias relacionadas con el autocuidado y puntuaciones instrumentales de la vida diario, sin embargo, se identificó que los pacientes se encontraban sanos en su estado funcional, por otro lado, los cuatro servicios que se ofrecían se compararon cada año con los resultados clínicos y posteriormente el análisis arrojó que la los resultados fueron similares sin considerar el tipo de servicio.</p> <p>Luego de dos años de intervención, la gestión de caso comunitaria afecta a los resultados clínicos y al acceso del paciente, este tipo de gestión de caso redujo el número de días de hospitalización e influyó en la calidad de vida de los pacientes y en el control de sus síntomas</p> |
| 10. Metodología. | Investigación aplicada |
| 11. Conclusiones. | <ul style="list-style-type: none"> - Se evidencio que la gestión de casos basada en la comunidad tuvo un efecto en la reducción de hospitalización y aumento en la calidad de vida de los pacientes. - CM basado en la comunidad se puede integrar al programa de reducción de readmisiones hospitalarias, reduciendo costos de atención médica y otros reajustes sanitarios. - Se recomienda la dosificación de las intervenciones de MC |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| | |
|-------------------|---|
| C15 | Resumen Analítico Especializado |
| 1. Título. | <p>Efectividad de las intervenciones de manejo de casos para usuarios frecuentes de servicios de salud: una revisión de alcance.</p> <p>Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| 2. Autor: | Catherine Hudon, Maud-Christine Chouinard, Mirelle Lambert, Isabelle Dufour, Cynthia Krieg |
| 3. Edición | BMJ Publishing Group Limited. Volumen 6, No.9 |
| 4. Año de publicación | 2016 |
| 5. Páginas | 8 |
| 6. Fecha de realización | 01/08/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos, estrés, red social, calidad de vida, reincidencia, servicio de apoyo |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | <p>En algunos países se identifica un pequeño número de pacientes que representa una proporción significativa de costos sanitarios, por ello los pacientes reciben una atención poco óptima y los servicios de salud se ven angustiados por el aumento de costos, para ello la gestión de casos (CM) es la intervención que se realiza para reducir el uso y costo de la atención médica, y brindar una mejor atención que contribuya al bienestar de los pacientes.</p> <p>Métodos</p> <p>Esta revisión siguió cinco fases clase de Asksey O'Malley:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la pregunta de investigación 2. Identificar estudios relevantes 3. Selección de estudios 4. Graficar los datos 5. Resumir y reportar los resultados <p>Pregunta de investigación</p> <p>¿Cuál es la evidencia de la efectividad de las intervenciones de MC entre los usuarios frecuentes de los servicios de salud?</p> <p>Estrategia de búsqueda</p> <p>Se realizó una búsqueda mediante bases de datos como MEDLINE, Scopus, CINAHL, documentos en inglés y español publicados entre enero de 2004 y diciembre de 2015.</p> |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>Selección de estudios</p> <p>Para ser incluidos en la revisión los estudios debían informar la efectividad de una intervención de MC y describir la comparación entre pacientes que reciben intervención de MC y los que no. Los resultados de interés fueron el uso y costo de la atención, así como la calidad de vida y experiencia del paciente en el programa.</p> <p>Extracción de datos</p> <p>Para cada artículo se recopilaban características como autor, año de publicación, ubicación, objetivo, diseño de estudio</p> <p>Revisión</p> <p>En la revisión final se incluyeron 11 artículos que evaluaban la efectividad de la intervención de MC en pacientes que tenían concurrencia en los servicios de salud.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación aplicada |
| 11. Conclusiones. | Se sugiere que la MC puede reducir significativamente las visitas al servicio de hospitalizaciones, así como los costos en los servicios. También es necesario evaluar la eficacia de la MC para mejorar resultados en pacientes como el autocuidado y la experiencia en la atención en todo el proceso. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| C16 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | Manejo intensivo de casos por enfermedad mental grave. Intensive Case Management for Severe Mental Illness. |
| 2. Autor: | Corner Cochrane |
| 3. Edición | Schizophrenia Bulletin vol. 43 no, v Pp. 698–700, 2017 |
| 4. Año de publicación | 20017 |
| 5. Páginas | 3 |
| 6. Fecha de realización | 27/07/2021 |

| | |
|---------------------------|--|
| 7. Palabras Claves | Gestión intensiva de casos, enfermedad mental, tratamiento comunitario asertivo |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | <p>La gestión intensiva de casos (ICMC) tiene como objetivo fundamental el proporcionar atención a largo plazo a personas con enfermedades mentales graves que no requieren admisión inmediata.</p> <p>Métodos de búsqueda</p> <p>Se realizó la búsqueda en el Registro de ensayos del Grupo Cochrane de Esquizofrenia</p> <p>Criterios de selección</p> <p>Todos los ensayos que se centren en personas con enfermedades mentales graves, de 18 a 65 años.</p> <p>El ICM evolucionó según el tratamiento comunitario asertivo (ATC) y la gestión de casos (CMC) donde en la gestión intensiva de casos se le da mayor importancia un número reducido de casos, pero con alta intensidad</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica |
| 11. Conclusiones. | <p>Se concluye que la ICM es eficaz para la mejora de resultados en procesos con personas con enfermedades mentales graves. Cuando se compara con la atención estándar se concluye que la ICM puede reducir la hospitalización, y aunque no se ha denotado la influencia de la ICM sobre el estado mental de los sujetos es una intervención valiosa.</p> <p>Sin embargo, se considera poco necesario el realizar estudios de comparación de la ICMC y de la atención estándar teniendo en cuenta que no se denota una cantidad significativa de resultados positivos de algún programa sobre otro</p> |
| 12. Autor del RAE. | <p>Andrea Janeth Rengifo Zambrano.</p> <p>July Daniela Buitrago Correa.</p> |

| | |
|-------------------|--|
| C17 | Resumen Analítico Especializado |
| 1. Título. | <p>Manejo de casos para personas con enfermedades mentales graves: resultados de una Práctica de 24 meses.</p> <p>Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24-Month Practice.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| 2. Autor: | Aysel Incedere, Mustafa yIldiz |
| 3. Edición | Article <i>in</i> Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry DOI: 10.5080/u23532 |
| 4. Año de publicación | 2019 |
| 5. Páginas | 10 |
| 6. Fecha de realización | 27/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos, enfermedad mental, rehabilitación, recaídas, funcionamiento social, funcionamiento clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | <p>Este estudio tiene como objetivo realizar un modelo de gestión de casos en un grupo de personas con enfermedad mental grave y evaluar los resultados durante un seguimiento de dos (2) años. Se tomó una muestra de 39 pacientes diagnosticados con esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos, con antecedentes de por lo menos una recaída, incumplimiento del tratamiento, desempleo e imposibilidad de forma de vivir independiente. Durante el seguimiento cada paciente ha participado en programas de rehabilitación con una mejora de adherencia al tratamiento y funcionalidad, reduciendo significativamente el número de hospitalizaciones.</p> <p>Se evidencia que el modelo de gestión de casos orientado a la rehabilitación resultó en una recuperación clínica y la funcionalidad social de los pacientes, todo esto se logró con una cooperación de los pacientes, las familias, instituciones y los profesionales encargados del tratamiento.</p> <p>Se realizó un entrenamiento en habilidades sociales lo cual permitió la reducción de recaídas y mejoramiento de su funcionamiento tanto clínico como social.</p> |
| 10. Metodología. | Investigación aplicada |
| 11. Conclusiones. | Se concluye que la gestión de casos se considera como beneficiosa para las personas con enfermedad mental, generando resultados positivos en la recuperación clínica, funcionalidad social y menor incidencia en la estadía hospitalaria, por ello debe incluirse como un servicio de rehabilitación psicosocial. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| C18 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | Manejo de casos, coordinación de la atención y trabajo de casos en la comunidad mental. Servicios de salud Case management, care coordination and casework in the mental community. Health services |
| 2. Autor: | Dinesh K. Arya. |
| 3. Edición | Asian Journal of Psychiatry. Vol 50. |
| 4. Año de publicación | 2020 |
| 5. Páginas | 5. |
| 6. Fecha de realización | 20/08/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental, Clínico |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | <p>Un objetivo que se encuentra comúnmente dentro de la gestión de casos es mejorar el acceso a la atención y los servicios de apoyo adecuados para las personas con una enfermedad mental. Sin embargo, este no debe confundirse con el objetivo de los gobiernos de mejorar el acceso general a los servicios de salud mental, ya que evidentemente son fines diferentes. De esta manera, lo que se pretende es que la gestión de casos pueda mejorar el acceso de los pacientes consumidores con necesidades elevadas de salud mental a los servicios que estos requieren. Los pacientes de salud mental tienen que acceder a la atención y el tratamiento de una variedad de proveedores y servicios de atención. Y a menudo tienen deficiencias cognitivas y comunicativas que potencialmente pueden disminuir su capacidad para negociar los servicios. Por esto, lo que se espera es que la asignación de un administrador de casos permita a estos consumidores de salud mental acceder a más y mejores servicios; especialmente mejorando su acceso a los proveedores a los que tienen derecho a acceder. La gestión de casos también asegura que las responsabilidades dentro del sistema de atención de salud mental sean claras. Con la introducción de la gestión de casos, las agencias designadas se han hecho cargo de la tarea de coordinar la atención y el tratamiento del consumidor de salud mental.</p> <p>Sin embargo, los servicios comunitarios de salud mental tienden a ser sobrecargados; la demanda de servicios comunitarios de salud mental parece estar aumentando exponencialmente. Y la disponibilidad de personal de recursos no puede lograr seguir el ritmo de esta necesidad. Por lo que es importante que los servicios comunitarios de salud mental improvisen y ajusten su modelo de atención de manera óptima para aprovechar al máximo el personal disponible. Es fundamental entender que las personas con grandes</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | necesidades en salud mental y que luchan por hacer frente a sus síntomas y otras demandas psicosociales, logren obtener un mayor nivel de información a través de la gestión de casos o la coordinación de la atención, mientras que aquellos que progresan bien hacia su recuperación aún obtienen los beneficios. |
| 19. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones. | La introducción de modelos de tratamiento comunitario asertivo hace tres décadas fue para apoyar el manejo de las personas con enfermedades mentales graves que reciben el alta hospitalaria. Se hizo hincapié en reducir la incidencia de hospitalizaciones repetidas para permitir que estas personas tengan más estabilidad en su vida. En el actual modelo de atención basado en la comunidad, es realmente importante diferenciar los grupos de consumidores e identificar si existe la necesidad de gestión de casos, coordinación de la atención o trabajo de casos y asignar los recursos en consecuencia. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| D1 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|--|
| 1. Título. | Gestión de casos en Salud Mental: ¿Un dominio de Trabajo Social? Case Management in Mental Health: A Social Work Domain? |
| 2. Autor: | Peter J. Johnson & Allen Rubin. |
| 3. Edición | Oxford University Press, Vol. 28, No. 1. |
| 4. Año de publicación | 1983 |
| 5. Páginas | 7. |
| 6. Fecha de realización | 25/08/2021 |
| 7. Palabras Claves | Trabajo Social, Gestión de Casos, Salud Mental |
| 8. Descripción. | Artículo de revista. |
| 9. Contenidos. | Dentro de la metodología de Gestión de Casos se crea la incertidumbre acerca de cuál es el personal que cumple con los roles de un administrador de casos en el área de la salud mental dentro de las diferentes profesiones |

que compiten por el liderazgo del mismo, sin embargo, algunos autores como Ozarin, afirman que no es necesario ninguna profesión en específico, mucho menos una nueva disciplina; pero si se necesita capacitación para el manejo de casos a través del servicio u otros métodos. De esta manera, por el contrario, puede desarrollarse por cualquier disciplina o agencia, mientras cumpla con dos requisitos. En primer lugar, contar con las habilidades y formación necesarias para llevar a cabo el plan del usuario, y, en segundo lugar, es que siempre conserve la medida. Sin embargo, también se destaca que el administrador de casos debe contar con el nivel mínimo de habilidades para que el personal más calificado no sea abandonado y los costos estén contenidos. (p. 51).

De esta forma, según los marcos conceptuales revisados para esta época sobre la práctica del Trabajo Social suscita un caso convincente para el liderazgo del mismo para la implementación y el avance en la gestión de casos en el contexto más amplio. Según Segal y Baumohl defienden este punto de vista, señalando que el compromiso del trabajo social con la calidad de la vida social, con la equidad, la responsabilidad social y su preocupación simultánea por el bienestar mental y social que forma actividades de ayuda dispares en un todo coherente al servicio de cada cliente. (p. 51)

Asimismo, a concordancia conceptual entre la gestión de casos en su sentido más amplio y el trabajo social es evidente en la definición de Minahan de las funciones de la práctica generalista del trabajo social:

(...) para ayudar a desarrollar nuevos sistemas de recursos para satisfacer las necesidades de las personas ... para establecer vínculos iniciales entre las personas y los sistemas de recursos y entre los propios sistemas de recursos para hacerlos accesibles entre sí ... para facilitar y mejorar la interacción entre las personas dentro de sistemas de recursos para promover la operación efectiva y humana de estos sistemas y hacerlos responder a las necesidades de las personas ... para facilitar las interacciones continuas entre los sistemas de recursos para permitirles trabajar juntos de manera efectiva ... para ayudar a las personas a desarrollar y utilizar eficazmente sus propios recursos internos para la resolución de problemas y afrontamiento. (p. 51)

Sin embargo, a pesar de las grandes similitudes conceptuales encontradas entre el trabajo social y la gestión de casos, el mayor impedimento para trabajo social en esta área puede ser, contradictoriamente las preferencias que tengan los profesionales en trabajadores sociales, ya que un gran número de trabajadores sociales en entornos en los que la gestión de casos es apropiada parecen ser indiferentes a ese trabajo, además de la dificultad que encuentran los profesionales del trabajo social en salud mental para combinar los aspectos psicoterapéuticos del servicio y los relacionados con la provisión de recursos. De igual forma, algunos autores recopilaron pruebas adicionales sobre el nivel de importancia de los trabajadores sociales en entornos de salud mental atribuidos a la gestión de casos en estudios anteriores.

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>Una justificación acerca del compromiso comparativamente modesto de los trabajadores sociales con algunas funciones de gestión de casos puede consistir en la orientación hacia la teoría psicodinámica y las intervenciones psicoterapéuticas. Además, el nivel de importancia asignado al seguimiento, coordinación, vinculación y promoción en algunos estudios se relacionan inversamente con el nivel de importancia asignado a una orientación psicodinámica y con la cantidad de experiencia en la práctica de la psicoterapia. Asimismo, los trabajadores sociales pusieron un poco más de énfasis en la psicodinámica que los trabajadores no sociales.</p> <p>Aun así, el desacuerdo sustancial que existe sobre la mejor manera de hacer operativa la gestión de casos con los discapacitados mentales crónicos impide que se pueda llegar a señalar una disciplina en particular o algún nivel profesional como fuente más apropiada de administradores de casos. De igual manera, tampoco hay evidencia convincente de que la gestión de casos mejore significativamente la atención de los discapacitados mentales crónicos. Entonces, la determinación sobre qué personal es más apropiado para ocupar los puestos de gestión de casos podría comenzar después de que se disponga de suficientes datos de resultados y desaparezca la confusión sobre la función de gestión de casos.</p> <p>Entonces, para lograr el liderazgo en el área, los profesionales en trabajo social, deben asegurarse de la provisión de recursos, incluso cuando esta función se combina con funciones terapéuticas. Algunos escritores sugieren que una ideología política puede necesitar ser parte del sistema de creencias del trabajador que maneja a los discapacitados mentales crónicos para fomentar el orgullo y el entusiasmo en este trabajo. De esta manera, el psiquiatra italiano Franco Basaglia comenta:</p> <p><i>Para el trabajador de salud mental, esto significa un rol completamente nuevo: en lugar de actuar como un intermediario en la relación entre el paciente y el hospital, tiene que entrar en conflictos en el mundo real: la familia, el lugar de trabajo o las agencias de asistencia social. Éstos se convierten en las nuevas arenas del "tratamiento", ya que los problemas que antes eran privados del paciente vuelven a ser públicos. Además, los trabajadores de la salud mental ya no son imparciales: tienen que afrontar las desigualdades de poder que engendraron estas crisis y ponerse de todo corazón al lado de los débiles. Actuando fuera de la situación de asilo, por supuesto, carecen de experiencia o autoridad establecidas: por lo tanto, tienen que funcionar sin respuestas predeterminadas, sobre la base ni más ni menos que de su compromiso total con el paciente. (p. 54).</i></p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica. |
| 11. Conclusiones. | El artículo busca esclarecer la dificultad que se presenta al combinar sincrónicamente las orientaciones psicoterapéuticas y socioterapéuticas como una manera de adaptación para la gestión de casos y las necesidades únicas de los discapacitados mentales crónicos. De igual manera, esta discusión aumenta la dificultad de concluir que el trabajo social puede |

| | |
|---------------------------|---|
| | reclamar la gestión de casos, dejando a un lado que tan amplia o estrecha se considera su dominio. Sin embargo, es importante que antes de llegar a una afirmación, la gestión de casos y su impacto deben ser entendidas de manera más clara, por lo que será necesario determinar no sólo qué tipo de profesionales pueden implementar de mejor forma las tareas requeridas, sino además cuáles quieren hacerlo; así, la historia y los compromisos en trabajo social dan todo para reafirmar el papel de liderazgo en esta área, no obstante los profesionales de trabajo social son los encargados de hacer tal afirmación. |
| 12. Autor del RAE. | Andrea Janeth Rengifo Zambrano. July Daniela Buitrago Correa. |

| D2 | Resumen Analítico Especializado |
|--------------------------------|---|
| 1. Título. | El administrador de casos del trabajador social: "Adueñarse" de los problemas psicosociales. The Social Worker Case Manager: "Owning" the Psychosocial Issues. |
| 2. Autor: | Michael Demoratz |
| 3. Edición | Vol. 23/No. 4 |
| 4. Año de publicación | 2018 |
| 5. Páginas | 3 |
| 6. Fecha de realización | 29/07/2021 |
| 7. Palabras Claves | Gestión de casos, problemas psicosociales, trabajador social, enfermería, administradores de casos, sistema de apoyo, toma de decisiones |
| 8. Descripción. | Artículo de revista |
| 9. Contenidos. | Los trabajadores sociales aumentan su experiencia para identificar y abordar problemáticas sociales, cuando se hace referencia al trabajador social como administrador de caso, honran sus raíces como defensores de una mirada total del sujeto y sus particularidades. Cabe resaltar que entre los aprox. 42.000 administradores de casos solo el 6% son trabajadores sociales, un porcentaje que se ha expandido, apoyando a los trabajadores sociales en la atención de casos. Dado el aumento de enfermedades crónicas, comorbilidades y el envejecimiento de la población se hace necesario la ocupación del cargo de administradores de caso por parte de los trabajadores sociales, claro está, en |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>un trabajo de la mano con la enfermería, precisamente por su complementariedad para abordar tanto las necesidades psicosociales como clínicas del individuo, por ejemplo, se ha identificado que en servicios de urgencias este equipo ha tenido cambios significativos en la atención. Este equipo de trabajo se fortalecerá cada vez más al identificar y proporcionar los recursos necesarios a los sujetos para que logren sus objetivos ya sean físicos y/o psicosociales.</p> <p>Es importante resaltar la actuación del trabajador social puesto que este busca mejorar la capacidad del usuario tanto para cambiar como para abordar sus propias necesidades, similar al administrador de casos que respalda el derecho de la persona a que tome el curso de acción que crea pertinente, por otro lado, en cuanto al código de ética para enfermeras, el cual exige que las profesionales en enfermería influyan a los pacientes en la toma de decisiones de sus procesos.</p> <p>Los trabajadores sociales deben tener claridad frente a que el abordar los factores psicosociales desde diferentes problemáticas de salud mental, hasta el acceso a los diferentes recursos puede impulsar a los usuarios a una toma de decisiones óptima para ellos, haciendo énfasis en la necesidad de involucrar a los sujetos en su propia historia, sin dejar de lado sus relaciones, sistemas de apoyo, creencias, problemas, etc, cuando el administrador de casos permite esto, la personas pueden encontrar una voz para expresar por sí mismos sus objetivos y prioridades, ya que con esto es posible identificar que los sentires y deseos del usuario pueden ser totalmente diferentes a los de su familia y/cuidadores/as.</p> <p>Con la intervención de los trabajadores sociales como administradores de casos, con su experiencia en consejería y habilidades comunicativas, pueden ser defensores tanto del usuario como de su sistema de apoyo llegando así a diferentes acuerdos en beneficio del proceso, siendo conscientes que los problemas que no se aborden con los familiares/sistemas de apoyo tiene un fuerte impacto en el usuario</p> |
| 10. Metodología. | Investigación teórica |
| 11. Conclusiones. | <p>El trabajador social por su capacidad de orientación y comunicación puede ser un administrador de casos eficiente a la hora de realizar intervenciones</p> <p>Por diferentes evidencias se identifica que el profesional en trabajo social y de enfermería hacen un equipo interdisciplinario óptimo para la atención en casos.</p> <p>El trabajador social cumple una función a resaltar del administrador de casos y es la interacción constante entre el usuario y su sistema de apoyo para la toma de decisiones en el proceso teniendo en cuenta todas las necesidades y particularidades.</p> |
| 12. Autor del RAE. | <p>Andrea Janeth Rengifo Zambrano.</p> <p>July Daniela Buitrago Correa.</p> |

Anexo 2. Repositorio

| Repositorio | | | | | |
|---|---|--|------|-------------------------------|---|
| Traducción | Título original | Autor | Año | Tema | Link |
| Gestión de caso, estado del arte. | Case management: State of the art | Administration on Developmental Disabilities U.S Department of Health and Human Services | 1981 | Definiciones gestión de caso | https://books.google.com.co/books?id=UA1Xvcj53WgC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=Final+Report+Case+Management:+State+of+the+Art+Grant+No.+54-+P-71542/3-01,+National+Conference+on+Social+Welfare&source=bl&ots=iqWPf2dAk3&sig=CfU3U1cEOFdG5kY180-xvcLIqtb1k5otQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKewiurMauzYnwAhV2TjABHQrBCnQQ6AEwAHoECAIQAw#v=onepage&q=Final%20Report%20Case%20Management%3A%20State%20of%20the%20Art%20Grant%20No.%2054-%20P-71542%2F3-01%2C%20National%20Conference%20on%20Social%20Welfare&f=false |
| Gestión de casos en atención a largo plazo: evaluación, coordinación de servicios | Case management in long term care: assessment, service coordination | Koff TH | 1981 | Gestión de caso a largo plazo | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10309461/ |

| | | | | | |
|--|---|---|----------|------------------------------|--|
| Gestión de casos, un modelo integrado | Case Management: an integrated model: An evaluation of Case Management | The Department of Human Services State of Minnesota | 19 85 | Gestión de caso definiciones | https://mn.gov/mnddc/past/pdf/80s/85/85-hpmr-case-mgmt-int-model.pdf |
| Una evaluación de la gestión de caso | An evaluation of Case Management. | Jack L. Franklin, Brenda Solovitz, Mark Mason, Jimmie r. Clemons, and Gary e. Miller, | 19 87 | Enfermedad mental crónica | AJPH.77.6.674 (aphapublications.org) - An evaluation of case management. AJPH Vol. 77 Issue 6 (aphapublications.org) |
| Gestión de casos en cuidados a largo plazo: evaluación, coordinación de servicios | Case management in capitated long-term care | Rick T. Zawadski y Catherine Eng | 19 88 | Servicios de salud | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC41951/ |
| ¿Qué diferencia hace la gestión de casos? | What difference does case management make? | Goering PN, Wasylenki DA, Farkas M, Lancee WJ, Ballantyne . | 19 88 | Gestión de caso: definición | What difference does case management make? - PubMed (nih.gov) |
| Gestión clínica de casos: Definición, Principios, Componentes | Clinical Case Management: Definition, Principles, Components | Joel Kanter MnS.Wn | 19 89 | Gestión de caso definiciones | (PDF) Clinical CaseManagement: Definition, Principles, Components (researchgate.net) |
| Gestión comunitaria de clientes psicóticos: Las contribuciones de W. y Clare Winnicott | Community based Management of Psychotic Clients: The Contributions of D. W. and Clare Winnicott | Joel Kanter | 19 90 | Gestión comunitaria | Community-based Management [Joel Kanter] (psychanalyse.lu) |

| | | | | | |
|---|---|--|----------|--------------------------------|--|
| Gestión de casos | Case management | Challis, David | 19 90 | Gestión de casos: definiciones | (PDF) Case-Management (researchgate.net) |
| Una década de gestión de casos: Una revisión metodológica de la investigación de resultados | A decade for case management: A methodological review of outcome research | Ronna Chamberlain | 1991 | Revisión metodológica | A decade of case management: A methodological review of outcome research SpringerLink |
| Eficacia de un programa de gestión de casos | Effectiveness of a case management program | Douglas A. Bigelow, Deborah J. Young | 1991 | Gestión de caso: eficacia | Effectiveness of a case management program SpringerLink |
| Avances y problemas en la gestión de casos | Progress and Issues in Case Management | U.S Department of Health and Human Services | 19 92 | Gestión de casos: problemas | https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/144313NCJRS.pdf |
| La eficacia de los servicios de gestión de casos para clientes gravemente discapacitados mentales | The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients | Phyllis Solomon | 19 92 | Discapacitados mentales | efficacy of case management services for severely mentally disabled clients SpringerLink |
| El papel de la gestión de casos dentro de un sistema de apoyo comunitario: Asociación con la rehabilitación psicosocial | The role of case management within a community support system: Partnership with psychosocial rehabilitation | Cathaleene Macias, Ronald Kinney, William Farley, Robert Jackson and Betty Vos | 19 94 | Apoyo comunitario | The role of case management within a community support system: Partnership with psychosocial rehabilitation SpringerLink |

| | | | | | |
|--|--|---|------|-------------------------------------|---|
| Gestión de casos de salud mental: características, función laboral y estrés ocupacional | Mental health case management: Characteristics, job function, and occupational stress | Hromco, Joseph & Lyons, John & Nikkel, Robert. | 1995 | Estrés laboral | (PDF) Mental health case management: Characteristics, job function, and occupational stress (researchgate.net) |
| Gestión de casos: Una revisión crítica de la literatura de resultados | Case management: A critical review of the outcome literature | F Holloway, N Oliver, E Collins, J Carson, | 1995 | Gestión de casos: resultados | Case management: A critical review of the outcome literature - ScienceDirect |
| La eficacia de un equipo de gestión de casos de consumo: resultados de 2 años de un ensayo aleatorio | | Salomón, P., Draine, J | 1995 | Gestión de casos: resultados | The efficacy of a consumer case management team: 2-year outcomes of a randomized trial SpringerLink |
| Gestión de casos en servicios de salud mental: el papel de los equipos comunitarios de apoyo a la salud mental | Case management in mental health services: the role of community mental health support teams | Barbara Hatfield and Hadi Mohamad | 1996 | Gestión comunitaria | Case management in mental health services: the role of community mental health support teams - Hatfield - 1996 - Health & Social Care in the Community - Wiley Online Library |
| Gestión de casos, factores de riesgo del cliente y uso de servicios | Case Management, Client Risk factors, and Service Use | Robert Newcomer, Pamela Arnsberger and Xiulan Zhang | 1997 | Gestión de caso: factores de riesgo | Case Management, Client Risk Factors, and Service Use (cms.gov) |
| Repensar la prevención de la falta de vivienda | Rethinking the Prevention of Homelessness | Marybeth Shinn, Jim Baumohl. | 1998 | Personas sin hogar | http://www.urbancentre.utoronto.ca/pdfs/eli brary/1998_Rethinking-Prevention.pdf |

| | | | | | |
|---|---|--|------|---------------------------|---|
| Eficacia de la gestión de casos con enfermos mentales graves y persistentes | Effectiveness of Case Management with Severely and Persistently Mentally Ill People | Kevin M. Gorey, Donald R. Leslie, Thom Morris, Vince Carruthers, Lindsay John, James Chacko, | 1998 | Enfermedad mental grave | https://www.researchgate.net/proile/Kevin-Gorey/publication/13677386_Effectiveness_of_case_management_with_severely_and_persistently_mentally_ill_people_Community_Mental_Health_Journal_34_241-250/links/0c960534990fcb9dd1000000/Effectiveness-of-case-management-with-severely-and-persistently-mentally-ill-people-Community-Mental-Health-Journal-34-241-250.pdf |
| Modelos de atención comunitaria para enfermedades mentales graves: una revisión de la investigación sobre la gestión de casos | Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management | Kim T. Mueser, Gary R. Bond, Robert E. Drake, Sandra G. Resnick | 1998 | Gestión comunitaria | Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management Schizophrenia Bulletin Oxford Academic (oup.com) |
| Gestión de casos en atención a largo plazo | Case Management in capitated long-term care | Zawadski, R. T., & Eng, C. | 1998 | Modelo de gestión de caso | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195120/ |
| Simposio nacional de 1998 sobre investigación sobre las personas sin hogar | Practical Lessons: The 1998 National Symposium on Homelessness Research | Fosburg, Linda B, Dennis, Deborah L. | 1999 | Personas sin hogar | https://eric.ed.gov/?id=ED443892 |

| | | | | | |
|---|--|---|------|--|---|
| Casos prácticos basados en soluciones | Solution-Based Casework | Dana N. Christensen, Jeffrey Todahl, William C. Barrett | 1999 | Habilidades clínicas | https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781003058823/solution-based-casework-dana-christensen-jeffrey-todahl-william-barrett |
| Servicios de rehabilitación psicosocial en sistemas de apoyo comunitario: Revisión de resultados y recomendaciones de políticas | Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems: A Review of Outcomes and Policy Recommendations | Richard Barton, Ph.D. | 1999 | Gestión comunitaria-rehabilitación psicosocial | Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems: A Review of Outcomes and Policy Recommendations Psychiatric Services (psychiatryonline.org) (bar4.PDF (psychiatryonline.org)) |
| Una revisión de la gestión de casos para personas sin hogar: implicaciones para la práctica, las políticas y la investigación. | Review of Case Management for People Who Are Homeless: Implications for Practice, Policy, and Research | Gary Morse | 1999 | Personas sin hogar | https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj3l4HixInwAhXrTTABHc2cAHQQFjACegQIFxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.citvision.edu%2Fcourses%2Fcoursefiles%2F404%2FReview_of_Case_Management_1_7.pdf&usg=AOvVaw0_IeFbi-VVgI9CxZIV1T4x |
| La medición de la capacidad de un administrador de casos carga de trabajo | The measurement of a case manager's workload burden | Lenore Meldrum, Peter Yellowlees | 2000 | Laboral | ANP760.Meldrum.34/4 (psu.edu) |
| Los efectos de la gestión de casos clínicos en el uso | The effects of clinical case management on hospital service use | Robert L. Okin, Alicia Boccellari, Francisca Azocar, Martha | 2000 | Servicio hospitalario | The effects of clinical case management on hospital service use |

| | | | | | |
|--|--|---|------|---------------------|---|
| del servicio hospitalario entre los usuarios frecuentes de ED | among ED frequent users | Shumway, Kathy O'Brien, Alan Gelb, Michael Kohn, Phyllis Harding, Christine Wachsmuth | | | useamong ED frequent users - ScienceDirect |
| Gestión de casos y contratación conductual. Componentes del tratamiento del abuso de sustancias rurales | Case management and behavioral contracting. Components of rural substance abuse treatment | Clark, James & Leukefeld, C & Godlaski, Theodore. | 2000 | Consumo de SPA | (PDF) Case management and behavioral contracting. Components of ural substance abuse treatment (researchgate.net) |
| Un metanálisis de la eficacia de la gestión de casos de salud mental a lo largo de 20 años | A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years | Stephen J. Ziguras, Geoffrey W. Stuart | 2000 | Gestión comunitaria | A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years Psychiatric Services (psychiatryonline.org) |
| La relación de gestión de casos y los resultados de las personas sin hogar con enfermedad mental grave | The Case Management Relationship and Outcomes of Homeless Persons With Serious Mental Illness | Mateo J. Chinman, Roberto Rosenhecky Julie A. Lam | 2000 | Personas sin hogar | https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.51.9.1142 |
| Evaluación del programa bilingüe de manejo de casos en servicios comunitarios de salud mental en Melbourne | Evaluation of the bilingual case management program in community mental health services in melbourne | Stephen Ziguras | 2001 | Gestión comunitaria | https://minerva-access.unimelb.edu.au/bitstream/handle/11343/38874/66061_0000678_03_whole.pdf?sequence=1 |

| | | | | | |
|---|---|---|-------------|---|--|
| <p>¿Administradores de casos? Roles y funciones: ¿Comisión para la certificación de administrador de casos? 2004 investigación, Parte I</p> | <p>Case Managers? Roles and Functions: Commission for Case Manager Certification? 2004 Research, Part I</p> | <p>Tahan, Hussein & Huber, Diane & Downey, William.</p> | <p>2004</p> | <p>Gestión de caso</p> | <p>https://www.researchgate.net/publication/7329923_Case_Managers_Roles_and_Functions_Commission_for_Case_Manager_Certifications_2004_Research_Part_I</p> |
| <p>Una guía de campo sobre Manejo de casos para niños Con trastornos emocionales graves y sus familias</p> | <p>A Field Guide on Case Management for Children With Serious Emotional Disturbances And Their families</p> | <p>Department of Human Services Division of Substance Abuse and Mental Health</p> | <p>2004</p> | <p>Trastornos graves- Niños y familia</p> | <p>OVERVIEW OF UTAH'S SYSTEM OF CARE</p> |
| <p>Manejo de casos. A largo plazo. Condiciones. ¿Qué impacto tiene en el tratamiento de las personas mayores?</p> | <p>Case-managing Long-term Conditions What impact does it have in the treatment of older people?</p> | <p>Ruth Hutt Rebecca Rosen Janet McCauley</p> | <p>2004</p> | <p>Adulto mayor</p> | <p>https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/casemanagement.pdf</p> |
| <p>Gestión intensiva de casos Estándares de servicio para servicios y apoyos de salud mental</p> | <p>Intensive Case Management Service Standards for Mental Health Services and Supports</p> | <p>Ontario</p> | <p>2005</p> | <p>Gestión de casco: estándares</p> | <p>https://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi9pMHNpYnwAhUUTTABHdVA24QFjADegQIDxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.southwestlin.on.ca%2F~%2Fmedia%2Fsites%2Fsw%2Fuploadedfiles%2FPublic_Community%2FHealth_Service_Providers%2FNEW_Communit</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|------|---|---|
| | | | | | ity%2F4%2520Intensive%2520Case%2520Management%2520Service%2520Standards%2520for%2520Mental%2520Health%2520Services%25202005.pdf%3Ffla%3Den&usg=AOvVaw0gHXOvjIxA-2Jq9nwAeXc |
| Tenencia comunitaria de personas con enfermedad mental grave en tratamiento comunitario asertivo en Canadá | Community Tenure of People With Serious mental Illness in Assertive Community Treatment in Canada | Joannette, Judith & Lawson, James & astabrook, Shirley & Krupa, Terry. | 2005 | Gestión comunitaria-Enfermedad mental grave | (PDF) Community Tenure of People With erious Mental Illness in Assertive Community Treatment in Canada (researchgate.net) |
| El papel de la gestión de casos | The role of case management | Rickwood D | 2006 | Gestión de caso: principios | https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-p-mono-toc~mental-pubs-p-mono-bas-mental-pubs-p-mono-bas-acc~mental-pubs-p-mono-bas-acc-cas |
| Comparación de ACT y gestión de casos estándar para la prestación de tratamiento integrado para trastornos co-ocurrencia | Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders | Essock, Susan & Mueser, Kim & Drake, Robert & Covell, Nancy & Mchugo, Gregory & Frisman, Linda & Kontos, Nina & Jackson, Carlos & Townsend, Flora & Swain, Karin. | 2006 | Trastorno grave-Consumo de SPA | (PDF) Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering ntegrated Treatment for Co-occurring Disorders (researchgate.net) |
| Razones psiquiátricas y sociales para la | Psychiatric and Social Reasons for Frequent Rehospitalization | Suzanne Kent, and Peter Yellowlees | 2006 | Rehospitalización | Psychiatric and Social Reasons for Frequent Rehospitalization Psychiatric Services |

| | | | | | |
|--|--|--|------|-------------------------------------|---|
| rehospitalización frecuente | | | | | http://psychiatryonline.org) ps.48.5.682 (http://psychiatryonline.org) |
| ¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida subjetiva en personas con mentalidad grave son constantes a lo largo del tiempo? - Un estudio de seguimiento de 6 años | Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? - A 6-year follow-up study | Lars Hansson, Professor Tommy Björkman, senior lecturer Department of Health Sciences, Lund University, Sweden | 2006 | Trastornos grave | Microsoft Word - predicting%20qol%20qol%20res%20revised[1].doc (lu.se) |
| Introducción de un estilo intensivo de gestión de casos de entrega para un nuevo servicio de salud mental | Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service | Hangan, Catherine. | 2006 | Gestión de caso como nuevo servicio | (PDF) Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service (researchgate.net) |
| Conceptos erróneos sobre el uso de servicios de gestión de casos por parte de los enfermos mentales crónicos: un análisis de utilización | Misconceptions About Use of Case Management Services by the Chronic Mentally Ill: A Utilization Analysis | Maxine Harray Helen C. Bergman | 2006 | Enfermos mentales crónicos | Misconceptions About Use of Case Management Services by the Chronic Mentally Ill: A Utilization Analysis Psychiatric Services (psychiatryonline.org)) |
| Resultados de cinco años de gestión continua intensiva de caso | Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Case Management | Andrew Borland, John McRae, and Cecile Lycan | 2006 | Gestión de casos: resultados | Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Case Management Psychiatric Services (psychiatryonline.org)) |
| Gestión clínica de casos: Definición, Principios, Componentes | Clinical Case Management: Definition, Principles, Components | Joel Kanter | 2006 | Gestión de caso: principios | Clinical Case Management: Definition, Principles, Components Psychiatric Services |

| | | | | | |
|---|---|---|------|------------------------------------|---|
| | | | | | http://psychiatryonline.org) |
| Introducción de un estilo intensivo de gestión de casos de entrega para un nuevo servicio de salud mental | Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service | Catherine Hangan | 2006 | Gestión de casos: modelo intensivo | Introduction of an intensive case anagement style of delivery for a new mental health service - Hangan - 2006 - International Journal of Mental Health Nursing - Wiley Online Library |
| ¿Qué sucede con los pacientes después de cinco años de paros intensivos en el manejo de casos? | What Happens to Patients After Five Years of Intensive Case Management Stops? | John McRae, Mary Higgins, Cecile Lycan, and William Sherman | 2006 | Gestión de caso a largo plazo | What Happens to Patients After Five Years of Intensive Case Management Stops? Psychiatric Services (psychiatryonline.org)) |
| Uso de la gestión intensiva de casos para reducir el tiempo en el hospital en personas con enfermedad mental grave: revisión sistemática y meta-regresión | Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression | Tom Burns, Jocelyn Catty, Michael Dash, Chris Roberts, Austin Lockwood, Max Marshall, | 2007 | Enfermedad mental grave | Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression (nih.gov) |
| Eficacia de los diferentes modelos de gestión de casos para las poblaciones que abusan de sustancias | Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Populations | Wouter Vanderplasschen, Judith Wolf, Richard C. Rapp, y Eric Broekaert, | 2007 | Consumo de SPA | Effectiveness of Different Models of Case Management or Substance-Abusing Populations (nih.gov) |
| Gestión de casos para personas con trastornos por | Case Management for persons with substance use disorders | Hesse, Morten; Broekaert, Erich; Mats, Fridell; Rapp, Christopher | 2007 | Consumo de SPA | https://portal.research.lu.se/ws/files/5809121/5159113.pdf |

| | | | | | |
|---|--|--|------|-----------------------------|---|
| consumo de sustancias | | | | | |
| Gestión de casos para individuos con una enfermedad mental grave: un estudio de seguimiento de 6 años | Case Management for Individuals with a Severe Mental Illness: A 6-Year Follow-Up Study | Björkman T, Hansson L | 2007 | Enfermedad mental grave | Case Management for Individuals with a Severe Mental Illness: A 6-Year Follow-Up Study - Tommy Björkman, Lars Hansson, 2007 (sagepub.com) |
| La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional | ----- | Alicia Sarabia Sánchez | 2007 | Dependencia funcional | La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional 1 - PDF Free Download (docplayer.es) |
| Principios y práctica de la rehabilitación psiquiátrica | Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation | Patrick W. Corrigan Kim T. Mueser Gary R. Bond Robert. E Drake Phyllis Solomon | 2008 | Rehabilitación psiquiátrica | Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach - Patrick W. Corrigan, Kim T. Mueser, Gary R. Bond, Robert E. Drake, Phyllis Solomon - Google Libros |
| Los roles y cualidades requeridos de un administrador de casos, Gestión de casos - parte 3 | The Roles and Qualities Required of a Case Manager Case Management - part 3 | Margot Phaneuf | 2008 | Gestión de caso: Perfil | The roles and qualities required of a Case Manager (prendresoin.org) |
| Gestión de casos o tratamiento asertivo de la comunidad. ¿Cuál es la diferencia? | Case management or assertive community treatment. What is the difference? | Burns, Tom. | 2008 | Gestión comunitaria | PDF) Case management or assertive community treatment. What is the difference? (researchgate.net) |

| | | | | | |
|---|---|--|------|---------------------------------|---|
| Recomendaciones para la colaboración y coordinación en la gestión de casos en programas de VIH/SIDA financiados por el gobierno federal | Recommendations for Case Management Collaboration and coordination in Federally Funded HIV/ AIDS Programs | U.S. SERVICES Department of Health and Human Services | 2008 | VIH/SIDA | Recommendations for Case Management Collaboration and Coordination in Federally Funded HIV/ AIDS Programs (rutgers.edu) |
| Gestión de casos utilizada para optimizar las vías de atención del cáncer: una revisión sistemática | Case management used to optimize cancer care pathways: A systematic review | Christian N Wulff, Marianne Thygesen, Jens Søndergaard & Peter Vedsted | 2008 | Cáncer | https://bmchealthserv.res.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-227 |
| Gestión de casos, estrés laboral y autoeficacia del administrador de casos entre el administrador de casos de salud mental de Victoria | Caseload management, work-related stress and case manager self-efficacy among Victorian mental health case managers | Robert King | 2009 | Estrés laboral | 46388.pdf (qut.edu.au) |
| ¿Qué hace que la gestión de casos funcione para las personas sin hogar? Evidencia para la práctica | What makes case management work for people experiencing homelessness? Evidence for practice | Hellene Gronda | 2009 | Personas sin hogar | What makes case management work for people experiencing homelessness? (ahuri.edu.au) |
| La base de pruebas para la práctica de Gestión de Casos. | The Evidence Base for Case Management Practice | Park, Eun-Jun & Huber, Diane & Tahan, Hussein. | 2009 | Gestión de caso TS y enfermería | https://www.researchgate.net/publication/24260662_The_Evidence_Base_for_Case_Management_Practice |
| Competencias herramientas de evaluación | Competency Evaluation Tools Case Management Professionals | Karen Zander | 2009 | Gestión de caso: profesionales | 7994_browse.pdf (hcmarketplace.com) |

| | | | | | |
|---|--|--|------|---------------------------------|---|
| Gestión de casos Profesionales | | | | | |
| Protegiendo a los niños en familias afectadas por Trastornos por consumo de sustancias | Protecting Children in Families Affected by Substance Use Disorders | U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families | 2009 | Consumo de SPA- Niños y familia | Protecting Children in Families Affected by Substance Use Disorders (childwelfare.gov) |
| Un estudio de evaluación de la gestión de casos clínicos utilizando estándares de gestión de casos clínicos | An evaluation study of clinical case management using clinical case management standards | Mark Hemming Peter Yellowlees | 2009 | Gestión de casos: estándares. | An evaluation study of clinical case management using clinical case management standards: Journal of Mental Health: Vol 6, No 6 (tandfonline.com) An evaluation study of clinical case management using clinical case management standards Request PDF (researchgate.net) |
| Fuerza laboral de gestión de casos en los Estados Unidos | Case Management workforce in the United States | Eun-Jun Park, Diane L Huber | 2009 | Gestión de Caso Laboral | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19538702/ |
| Gestión de casos: un pilar de la psiquiatría comunitaria | Case Management – a pillar of community psychiatry | Slađana Štrkalj Ivezić, Lana Mužinić & Vanda Filipac | 2010 | Gestión comunitaria | Microsoft Word - dnb-22_1-43.doc (core.ac.uk) |
| Estándares para práctica de gestión de caso | Standards of Practice for Case Management | Case Management Society of America | 2010 | Gestión de caso: Estándares | 2010 CM standards of practice.pdf (abqaurp.org) |
| Dimensiones de la práctica prometedora | Dimensions of Promising Practice For Case Managed | Calgary Homeless Foundation | 2011 | Personas sin hogar | https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/Case%20management%20 |

| | | | | | |
|--|--|--|------|--|---|
| de los apoyos gestionados para acabar con la falta de vivienda | Supports in Ending Homelessness | | | | dimensions%20of%20promising%20practice_final%20report.pdf |
| Paso a paso: Un enfoque integral de la gestión de casos | Step by Step: A Comprehensive Approach to Case Management | Strengthening At Risk and Homeless Young Mothers and Children | 2011 | Gestión de caso: estándares | March 2011 - Step by Step - A Comprehensive Approach to Case Management.pdf (air.org) |
| Una experiencia de gestión de casos: implementación de pautas de mejores prácticas en la comunidad | A Case Management Experience: Implementing Best Practice Guidelines in the Community | Prentice, Dawn & Ritchie, Linda & Reynolds, Marilyn & Kitson, Maureen & Smith, Jennifer & Schenck, Tracey. | 2011 | Comunidad | https://www.researchgate.net/Prentice, Dawn & Ritchie, Linda & Reynolds, Marilyn & Kitson, Maureen & Smith, Jennifer & Schenck, Tracey.publication/233872396 A Case Management Experience Implementing Best Practice Guidelines in the Community |
| Desarrollo de una medida de la dosis de administración de casos prenatales | Developing a Measure of Prenatal Case Management Dosage | Jaime C. Slaughter L. Michele Issel | 2011 | Caos prenatales | https://www.researchgate.net/publication/51250868_Developing a Measure of Prenatal Case Management Dosage |
| Manual de entrenamiento para salud mental adulta gestión de casos servicios | Training manual for adult mental health case management services | Utah Department of human services division of substance abuse & mental health | 2012 | Gestión de caso: principios y estándares | A FIELD GUIDE FOR (utah.gov) |
| Gestión de caso en educación superior | Case Management in Higher Education | | 2012 | Educación | https://cdn.nabita.org/website-media/nabita.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/2012-NaBITA-ACCA-Whitepaper-Case-Management- |

| | | | | | |
|---|--|--|------|-----------------------------|---|
| | | | | | in-Higher-Education.pdf |
| Competencia básica canadiense: Perfil para proveedores de gestión de caso | Canadian Core Competency Profile for Case Management Providers. | National Case Management Network | 2012 | Gestión de caso | http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/Final_ncmn_english_report.pdf |
| Gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario | Case Management and Assertive Community Treatment | Goscha, Richard & Rapp, Charles & Bond, Gary & Drake, Robert. | 2012 | Gestión de caso comunitaria | Case Management and Assertive Community Treatment Request PDF (researchgate.net) |
| Estudio longitudinal de indicadores de control de síntomas y calidad de vida con pacientes que reciben servicios de gestión de casos basados en la comunidad. | Longitudinal study of symptom control and quality of life indicators with patients receiving community-based case management services. | Brokel JM, Cole M, Upmeyer L | 2012 | Gestión de Caso Comunidad | https://europepmc.org/article/med/21511437 |
| Rehabilitación psiquiátrica. | Psychiatric Rehabilitation | Nora Barrett Kenneth Gill Carlos Pratt Melissa Roberts | 2013 | Rehabilitación psiquiátrica | Psychiatric Rehabilitation - 3rd Edition (elsevier.com) |
| Efectividad de la gestión de casos para personas sin hogar: una revisión sistemática | Effectiveness of Case Management for Homeless Persons: A Systematic Review | Renée de Vet, Maurice J. A. van Luitelaar, Sonja N. Brilleslijper-Kater, Wouter Vanderplasschen, Mariëlle D. Beijersbergen,, and Judith R. | 2013 | Personas sin hogar | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3780754/ |

| | | | | | |
|---|---|---|------|--------------------------|---|
| La historia de la gestión de casos en la educación superior | The History of Case Management in Higher Education | Marcus Anderson | 2013 | Educación | https://silo.tips/download/the-history-of-case-management-in-higher-education |
| Manejo de casos ambulatorios para adultos con enfermedades médicas y necesidades de atención complejas | Outpatient Case Management for Adults With Medical Illness and Complex Care Needs | Agency for Healthcare Research and Quality | 2013 | Atención compleja | https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/case-management_research.pdf |
| Gestión de casos, la práctica y el ACT Programa de Servicios para Niños, Jóvenes y Familias Servicios a la Infancia, la Juventud y la Familia | Case Management Practice and the ACT Child, Youth & Family Services Program | Kate Butler | 2013 | Niños, jóvenes y familia | https://www.issup.net/files/2020-02/Case%2BManagement%2Bpaper.pdf |
| Gestión de casos y resultados comunitarios en Medicare beneficiarios | Community based case management and outcomes in Medicare beneficiaries | Jee Young Joo | 2013 | Salud | https://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5174&context=etd |
| Gestión de riesgos en asuntos estudiantiles: fundamentos para la seguridad y el éxito. | Risk Management in Student Affairs: Foundations for Safety and Success | Thomas E. Miller, Roger W. Sorochty | 2013 | Educación. | https://www.wiley.com/en-ec/Risk+Management+in+Student+Affairs+%3A+Foundations+for+Safety+and+Success-p-9781118100912 |
| Gestión de casos para usuarios frecuentes del servicio de emergencias: | Case management for frequent users of the emergency department: study protocol of a | Patrick Bodenmann, Venetia-Sofia Velonaki, Ornella Ruggeri, Olivier Hugli, Bernard Burnand, Jean-Blaise | 2014 | Servicio de emergencias | Case management for frequent users of the emergency department: study protocol of a |

| | | | | | |
|--|---|--|------|-----------------------------------|--|
| protocolo de estudio de un ensayo controlado aleatorizado | randomised controlled trial | Wasserfallen, Karine Moschetti, Katia Iglesias, Stéphanie Baggio and Jean-Bernard Daepfen | | | randomised controlled trial BMC Health Services Research Full Text (biomedcentral.com) |
| Kit de herramientas de gestión de casos: una guía del usuario para fortalecer los servicios de gestión de casos en el bienestar infantil | Case management toolkit: a user's guide for strengthening case management services in child welfare | Davis, R. T. y Simmel, C. | 2014 | Gestión de caso: estandares-Niñez | http://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/Case%20Management%20Toolkit%20USAID_0.pdf |
| Gestión de casos para usuarios frecuentes del servicio de emergencias: Protocolo de estudio de un ensayo controlado aleatorizado | Case management for frequent users of the emergency department: study protocol of a randomised controlled trial | Patrick Bodenmann, Venetia-Sofia Velonaki, Ornella Ruggeri Olivier Hugli, Bernard, Burnandean-Blaise Wasserfallen, Karine Moschetti, Katia Iglesias, Stéphanie Baggio and Jean-Bernard Daepfen | 2014 | Servicio de emergencias | (PDF) Case management for frequent users of the emergency department: Study protocol of a randomised controlled trial (researchgate.net) |
| Práctica de gestión de casos de enfermería basada en evidencias en salud comunitaria | Evidence-Based Nurse Case Management Practice in Community Health | Jee Young Joo, and Diane L. Huber | 2014 | Salud Comunitaria | https://alliedhealthconnection.com/files/EvidenceBasedNurseCaseManagementPracticeinCommunityHealth-1412772793478.pdf |
| Código de conducta profesional para administradores de casos con estándares, reglas, procedimientos y sanciones | Code of Professional Conduct for Case Managers with Standards, Rules, Procedures, and Sanctions | Commission for Case Manager Certification | 2015 | Gestión de caso: perfil. | 0000. Code of Professional Conduct FINAL & APPROVED January 2015.pdf (ccmcertification.org) |

| | | | | | |
|--|---|---|------|----------------------------------|---|
| Comparación de Psicoterapia de Grupo a través de Telepsicología y Modalidades de Servicio Personal para Reclusos a Largo Plazo. Segregación. | Comparing Group Psychotherapy via Telepsychology and In-person Service Modalities for Inmates in Long-term Segregation. | Ashley B. Batastini. | 2015 | Personas privadas de la libertad | https://ttu-ir.tdl.org/bitstream/handle/2346/63579/BATASTINI-DISSERTATION-2015.pdf;jsessionid=949AA1EE880FBE70069F060E290DE263?sequence=1 |
| Salud mental Gestión de casos Marco de referencia | Mental Health Case Management Framework | Centian College | 2015 | Gestión de casos: estándares | Mental Health Case Management framework (campusmentalhealth.ca) |
| Cambio de roles y funciones: lo que hace un gestor de casos profesional es bueno para su salud | Changing Roles and Roles: What a Professional Case Manager Does Is Good for Your Health | Commission For Case Manager Certification | 2015 | Gestión de casos: perfil | https://ccmcertification.org/sites/default/files/issue_brief_pdfs/changing_roles_and_functions.pdf |
| Papel vital de la gestión de casos para las personas que experimentan Personas sin hogar | Vital Role of Case Management for Individuals Experiencing Homelessness | National Health Care for the Homeless Council | 2016 | Personas sin hogar | councilbackup.flywheelites.com/wp-content/uploads/2016/05/in-focus-case-management-hrsa-approved-final-version.pdf |
| 3 principios para una vida social eficaz Administradores de casos de trabajo | 3 Principles for Effective Social Work Case Management | Clarity Human Services; Bitfocus | 2016 | Administradores de casos | 3 Principles for Effective Social Work Case Management - White Paper pages (socialserviceworkforce.org) |
| ¿Qué es la gestión de casos? Una revisión de barrido y mapeo | What is Case Management? A Scoping and Mapping Review | Sue Lukersmith, Michael Millington, Luis Salvador-Carulla | 2016 | Gestión de caso: definición | https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.2477/ |

| | | | | | |
|---|--|---|------|-----------------------------|--|
| Estándares para práctica de gestión de caso | Standards of Practice for Case Management | Case Management Society of America | 2016 | Gestión de caso: estándares | 379340A23 CMSA booklet cover.cdr (starchapter.com) |
| Gestión de casos, normas de práctica | Case management practice standard | National Association of Case Management | 2016 | Gestión de caso: estándares | https://dsamh.utah.gov/pdf/case_management/CM%20Practice%20Standards.pdf |
| Eficacia de las intervenciones de gestión de casos para usuarios frecuentes de servicios de salud: una revisión | Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review | Catherine Hudon, Maud-Christine Chouinard, Mireille Lambert, Isabelle Dufour, Cynthia Krieg | 2016 | Pacientes frecuentes | Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review BMJ Open |
| Salud mental integral y apoyo psicosocial de casos gestión de casos y vías de atención de atención en contextos entornos humanitarios | Comprehensive mental health and psychosocial support case management and indicative care pathways within humanitarian settings | Constanze Quosh | 2016 | Apoyo psicosocial | Thomson (interventionjournal.com) |
| Modelos de atención para personas con enfermedad mental grave y duradera | Models of care for people with severe and enduring mental illness | Kakuma, Ritsuko & Hamilton, Bridget & Brophy, Lisa & Minas, Harry & Harvey, Carol. | 2017 | Enfermedad mental grave | Models of care for people with severe and enduring mental illness (saxinstitute.org.au) |
| Manejo intensivo de casos por enfermedad mental grave | Intensive case management for severe mental illness | Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. | 2017 | Enfermedad mental grave | Intensive case management for severe mental illness (nih.gov) |
| Uso de la gestión de casos en un sistema de cobertura sanitaria universal para mejorar la calidad de vida de los usuarios | Using case management in a universal health coverage system to improve quality of life of frequent Emergency Department users: a | Iglesias, K., Baggio, S., Moschetti, K. et al | 2017 | Cobertura sanitaria | Using case management in a universal health coverage system to improve quality of life of frequent Emergency Department users: a |

| | | | | | |
|--|---|---|------|--|---|
| frecuentes del Departamento de Emergencias: un ensayo controlado aleatorio | randomized controlled trial | | | | randomized controlled trial SpringerLink |
| La práctica de Psicoeducación para personas con Enfermedad Mental recibiendo tratamiento en el Hospital Mental Especializado Amanuel | The Practice of Psycho-education for People with Mental Illness receiving Treatment at Amanuel Specialized Mental Hospital. | Addisalem Oldisha | 2018 | Salud Mental | http://etd.aau.edu.et/bitstream/handle/123456789/13419/Addisalem%20Oldisha.pdf?sequence=1&isAllowed=y |
| Gestión de casos | Case Management | Holloway, F., McLean, E., & Robertson, | 2018 | Gestión de casos: ventajas y desventajas | Case Management The British Journal of Psychiatry Cambridge Core |
| Conceptos y principios básicos de la gestión efectiva de casos: enfoques para lo social personal de servicio | Core concepts and principles of effective case management: approaches for the social service workforce | Global Social Service Workforce Alliance Case Management Interest Group | 2018 | Principios de gestión de casos | https://www.socialserviceworkforce.org/sites/default/files/uploads/Case-Management-Concepts-and-Principles.pdf |
| Explorar los roles, funciones y antecedentes de los navegadores de pacientes y administradores de casos: una revisión del alcance | Exploring the roles, functions, and background of patient navigators and case managers: A scoping review | K.J. Kelly, S. Doucet, A. Luke | 2019 | Gestión de caso: perfil | Exploring the roles, functions, and background of patient navigators and case managers: A scoping review (researchgate.net) |
| Gestión de casos en el sector de personas sin hogar Apoyar a las personas desde la derivación hasta la mudanza | Case Management in the Homelessness Sector Supporting people from referral to move-on | Homeless Link | 2019 | Personas sin hogar | https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/Case%20Management%20in%20the%20Homelessness%20Sector.pdf |

| | | | | | |
|---|---|---|------|--|---|
| Un metanálisis de la eficacia de la gestión de casos para trastornos del consumo de sustancias: una perspectiva de recuperación | A meta-analysis of the effectiveness of case management for substance use disorders: a recovery perspective | Vanderplasschen Wouter, Rapp Richard C., De Maeyer Jessica, Van Den Noortgate Wim | 2019 | Consumo de Spa | https://core.ac.uk/download/pdf/196520367.pdf |
| Gestión de casos para individuos con enfermedad mental grave: resultados de una práctica de 24 meses | Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24-Month Practice | İncedere, Aysel & yıldız, Mustafa | 2019 | Enfermedad mental grave | (PDF) Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24-Month Practice (researchgate.net) |
| Gestión de casos con el modelo de fortalezas: Pasar las fortalezas del concepto a la acción | Strengths Model Case Management: Moving Strengths from Concept to Action | Richard J. Goscha | 2020 | Gestión de casos: modelo de fortalezas | 14 Rooted in Strengths Goscha.pdf (ku.edu) |
| Consumidores de salud mental en streaming basados en necesidades clínicas y psicosociales | Streaming Mental Health Consumers Based on Clinical and Psychosocial Needs | Dinesh K Arya | 2020 | Necesidades psicosociales | Streaming Mental Health Consumers Based on Clinical and Psychosocial Needs (mentalhealthjournal.org) |
| Gestión de casos, atención-coordinación y trabajo de casos en servicios comunitarios de salud mental | Case management, care-coordination and casework in community mental health services | Dinesh K.Arya | 2020 | Gestión de caso comunitaria | Case management, care-coordination and casework in community mental health services - ScienceDirect Case management, care-coordination and casework in community mental health services (researchgate.net) |

| | | | | | |
|--|---|---|------|-------------------------|---|
| El papel en la evolución del administrador profesional de casos. Un estudio nacional de la Comisión para la Certificación de Administrador de Casos: Parte 2 | The Evolving Role of the Professional Case Manager A National Study From the Commission for Case Manager Certification: Part 2 | Wolters Kluwer Health | 2020 | Gestión de caso: perfil | https://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/Citation/2020/07000/The_Evolving_Role_of_the_Professional_Case.3.aspx |
| La efectividad de las intervenciones de manejo de casos para personas sin hogar, con viviendas vulnerables y personas con experiencia vivida: una revisión sistemática | The effectiveness of case management interventions for the homeless, vulnerably housed and persons with lived experience: A systematic review | David Ponka, Eric Agbata, Claire Kendall, Vicky Stergiopoulos, Oreen Mendonca, Olivia Magwood, Ammar Saad, Bonnie Larson, Annie Huiru Sun, Neil Arya, Terry Hannigan, Kednapa Thavorn, Anne Andermann, Peter Tugwell, Kevin Pottie. | 2020 | Personas sin hogar | https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0230896 |
| <u>Gestión de caso y Trabajo Social</u> | | | | | |
| | | | | | |
| Gestión de casos en salud mental: ¿un dominio de trabajo social? | Case Management in Mental Health: A Social Work Domain? | Peter J. Johnson, Allen Rubin | 1983 | Gestión de caso y T.S | https://doi.org/10.1093/sw/28.1.49 |
| Gestión de casos en la atención a largo plazo: opciones y oportunidades. | Case Management in Long-Term Care: Options and Opportunities | Carol D. Austin | 1983 | Gestión de caso y T.S | https://academic.oup.com/hsw/article-abstract/8/1/6/62562 |

| | | | | | |
|---|--|--|------|------------------------|---|
| Trabajo social y gestión de casos en el Reino Unido: modelos de profesionalismo y personas mayores. | Social Work and Case Management in the UK: Models of Professionalism and Elderly People | Richard Hugman | 1994 | Adulto mayor | https://www.cambridge.org/core/journals/aging-and-society/article/abs/social-work-and-case-management-in-the-uk-models-of-professionalism-and-elderly-people/8C0DFFC2E089F263A8A36CCE9C66D1D0 |
| Gestión de casos clínicos | Clinical Case Management | Joel Kanter | 2010 | Gestión de caso y T.S | Clinical Case Management |
| Desarrollo de una Directriz y Modelo de Gestión de Casos de Trabajo Social | Development of a Social Work Case Management Guideline and Model | Betty S. Bialk PHR, Elizabeth Van Horn MSW | 2011 | Gestión de caso y T.S | Development of a Social Work Case Management Guideline and Model - Bialk - 1997 - Journal for Healthcare Quality - Wiley Online Library |
| El contexto cambiante de la gestión de casos de trabajo social: NASW pública normas de práctica revisadas | The Evolving Context of Social Work Case Management: NASW Releases Revised Standards of Practice | Chris Herman, | 2013 | Gestión de caso Y T.,S | https://www.socialworkers.org/assets/secured/documents/practice/Case%20Management%20Standards.pdf |
| Alcance de la Práctica de Trabajo Social Gestión de Casos y Coordinación de Cuidados | Scope of Social Work Practice Case Management & Care Coordination | Australian Association of Social Workers | 2015 | Gestión de caso y T.S | 8310 (aasw.asn.au) |
| El trabajo social y su intervención en el modelo de gestión de casos | ----- | ----- | 2015 | Gestión de caso y T.S | http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/212314 |
| Gestión de casos en la intersección | Case Management at the Intersection of | Jane Harkey | 2017 | Gestión de caso y T.S | Case Management at the Intersection of Social Work and |

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|------|-----------------------|--|
| del trabajo social y la atención | Social Work and Health Care | | | | Health Care (socialworktoday.com) |
| El administrador de casos del trabajador social: "Adueñarse" de los problemas psicosociales | The Social Worker Case Manager: "Owning" the Psychosocial Issues | Demoratz, Michael PhD, LCSW, CCM | 2018 | Gestión de caso y T.S | The Social Worker Case Manager: "Owning" the Psychosocial Issues Article NursingCenter |

Fuente: elaboración propia

Anexo 3. Cronograma

| | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre |
|--|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|
| Fase I. Preparatoria | | | | | | | | | |
| Fase II. Descriptiva | | | | | | | | | |
| Fase III. Interpretación por núcleo temático | | | | | | | | | |
| Fase IV. Construcción teórica | | | | | | | | | |
| Conclusiones y recomendaciones | | | | | | | | | |
| Redacción artículo | | | | | | | | | |

Fuente: elaboración propia

Anexo 4. Núcleos temáticos y códigos

| | |
|-------------------------------|---|
| <i>Habitabilidad de calle</i> | A |
| <i>Consumo de drogas</i> | B |
| <i>Salud Mental</i> | C |
| <i>Trabajo Social</i> | D |

Fuente: elaboración propia

Anexo 5. Artículo

Contribución a la creación del modelo de Gestión de caso en salud mental para poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial.

Autores:

July Daniela Buitrago Correa
Trabajadora Social en formación
3125003431
danielabuitrago06@gmail.com

Andrea Janeth Rengifo Zambrano
Trabajadora Social en formación
3112475069
anrezam@hotmail.com

Coautor: José Abelardo Posada Villa

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Facultad de Trabajo Social

2021

Resumen

Objetivo: Contribuir a la creación de un modelo de Gestión de caso en salud mental para poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial.

Método: Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos de la Web de documentos sobre gestión de caso en el área psicosocial y se tomó una muestra por conveniencia de 30 publicaciones, en idioma inglés de acceso gratuito. Con base en estos fue posible identificar cuatro (4) núcleos temáticos en relación con la Gestión de Caso: habitabilidad de calle, consumo de drogas, salud mental y trabajo social.

Resultados: Se encuentra que la Gestión de casos incluye varios modelos, los cuales se basan en las necesidades de cada sujeto teniendo en cuenta sus fortalezas y las redes y servicios que contribuyen a la mejoría de los usuarios.

Conclusiones: La Gestión de casos es una estrategia pertinente para la atención en salud mental de poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial con un impacto en la calidad de vida de los usuarios que participan en la misma.

Palabras clave: gestión de caso, psicosocial, trabajo social, habitabilidad de calle, salud mental, consumo de drogas.

Abstract

Objective: To contribute to the creation of a mental health case management model for populations in situations of psychosocial vulnerability.

Method: A search was made in the main databases of the Web of documents on case management in the psychosocial area and a sample was taken for convenience of 30 publications, in English language of free access. Based on these, it was possible to identify four (4) thematic clusters in relation to Case Management: street habitability, drug use, mental health and social work.

Results: It is found that Case Management includes several models, which are based on the needs of each subject taking into account their strengths and the networks and services that contribute to the improvement of users.

Conclusions: Case management is a relevant strategy for the mental health care of populations in situations of psychosocial vulnerability with an impact on the quality of life of the users participating in it.

Keywords: case management, psychosocial, social work, street habitability, mental health, drug use.

Introducción

Se realiza una investigación documental que tiene como objetivo principal conocer los elementos teóricos para el diseño de un modelo de Gestión de caso en salud mental para poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial. Quienes se encuentran en situación de afectación mental con vulnerabilidad psicosocial son personas, familias, organizaciones y comunidades que tienen una alta probabilidad de generar perjuicios en diferentes ámbitos ante eventos adversos en los que se encuentran en un alto nivel de indefensión y desventaja en relación con los problemas que plantea la vida, requiriendo así, de un apoyo para salir adelante.

Es una revisión en fuentes secundarias acerca de las estrategias y procedimientos para la atención de poblaciones con afectación mental en situación de vulnerabilidad psicosocial, con la utilización de la metodología de Gestión de caso a partir de la exploración y análisis de los planteamientos teóricos a partir de una amplia revisión de literatura relacionada con el tema.

Material y métodos

En esta investigación documental se siguen los planteamientos de Consuelo Hoyos Botero, que propone cinco (5) fases para realizar investigación documental: Inicialmente se realiza la fase "Preparatoria", que tiene como objetivo orientar el cómo se realizará la investigación. La segunda fase o "Descriptiva" se refiere al trabajo de campo, en el que se realiza la revisión del material bibliográfico, a partir de los documentos encontrados en el buscador "Google", utilizando inicialmente las palabras "gestión de casos". Posteriormente se realiza la búsqueda con las palabras "gestión de caso y psicosocial" y finalmente con las palabras "gestión de casos y trabajo social".

La búsqueda inicial arrojó 136 documentos que hablaban sobre gestión de caso en general. Posteriormente se seleccionaron los documentos que hacían referencia a Gestión de caso y la población psicosocial y esto redujo el material de trabajo a sesenta (60) unidades de análisis, de las cuales se escogieron treinta (30) considerando la importancia del aporte a la investigación. Todos los documentos son en idioma inglés. Considerando la información de cada unidad de análisis se determinaron cuatro (4) núcleos temáticos: habitabilidad de calle, consumo de drogas, salud mental y trabajo social en relación con gestión de casos.

La fase III fue descriptiva e interpretativa por núcleo temático. En la fase IV, de Construcción teórica global, se realizó una recopilación general de la descripción de los núcleos con el fin de determinar los logros y dificultades obtenidos en el proceso y finalmente en la fase V se realiza la publicación para culminar con la investigación.

La investigación se propone el objetivo general de Contribuir a la creación del modelo de Gestión de caso en salud mental para poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial, mediante una investigación documental y dos (2) objetivos específicos: definir el sistema de núcleos temáticos que a partir del objetivo de la investigación permitan ubicar los documentos a analizar a través de Resúmenes Analíticos Especializados (RAE), que permitan la obtención de aportes para la construcción del Modelo de gestión de caso propuesto.

Resultados

Según los documentos analizados en la investigación a partir de los núcleos temáticos establecidos, se logran destacar los siguientes resultados.

Habitabilidad de calle

Se hace necesaria la preparación de los gestores de caso frente a conocimientos en falta de vivienda, capacitación sobre manejo de problemas, desarrollo de relaciones de confianza, intervención en crisis, educación y prevención de enfermedades. Para que la Gestión de caso en el acceso a vivienda tenga éxito debe relacionarse con acceso a servicios que se centren en la persona, que sea flexible y el uso de redes y relaciones.

Desde que se ha implementado, según Wouter Vanderplasschen, et al. (2007) se ha encontrado que los usuarios pasaron menos días sin hogar a comparación de los usuarios atendidos de manera estándar debido a que conecta a los usuarios con subsidios de alquiler, vivienda de apoyo permanente, recuperación rápida, programas de vivienda, reducción de consumo de drogas y síntomas psiquiátrico, lo que aumenta la cobertura del seguro, destacando que la Gestión de caso permite una conexión única hacia múltiples recursos, y obtener resultados significativos a través de la comunicación, la educación para la salud, la defensa del usuario, la identificación de los recursos del servicio y la facilitación del mismo. También se plantea que la Gestión de caso puede contribuir a la reducción de los costos ya que alivia el impacto económico de la falta de vivienda a través de cambios en los patrones de utilización de los servicios. Sin embargo, se encuentran algunas dificultades dentro del desarrollo como el reclutamiento del personal clínico, la financiación del personal clínico vital, reclutar y retener a personas sin hogar, al igual que incorporar la participación de familiares, amigos y otras personas significativas, desarrollar la base de conocimientos del personal sobre los servicios de tratamiento y trabajar en un entorno orientado al equipo y los costos de prestación de servicios en la comunidad frente al tiempo de permanencia en el lugar.

Consumo de drogas

La Gestión de caso es implementada con alta frecuencia durante el tratamiento por consumo de drogas, por el apoyo que se brinda a los usuarios en la vida diaria y en la vinculación a los servicios con el fin de mejorar la efectividad, y se han registrado diferentes efectos. De esta manera, según National Health Care for the Homeless Council (2016), se observa una notoria reducción del uso de los servicios para usuarios hospitalizados y aumento de la utilización de los servicios comunitarios, la retención prolongada en el tratamiento, la mejora de la calidad de vida y la alta satisfacción del usuario. Algunos efectos registrados pueden ser pequeños o modestos y no difieren significativamente de la mayoría de las otras intervenciones en el campo del tratamiento por consumo de drogas. Al igual que en el campo de la atención en salud mental, los efectos incluyen un uso reducido de los servicios para usuarios hospitalizados y una mayor utilización de los servicios ambulatorios y comunitarios, retención prolongada en el tratamiento, mayor calidad de vida, alta satisfacción del y estabilización o incluso mejora de las situaciones de los consumidores. La retención y la finalización de los programas en la modalidad de Gestión de caso se han asociado sistemáticamente con resultados óptimos, pero los efectos generales relacionados con el funcionamiento de los usuarios pueden llegar a ser menos consistentes.

Salud mental

La Gestión de caso en salud mental se considera como un método de coordinación para población de sujetos que padezcan de algún problema o trastorno mental o por uso de drogas y vive en un entorno comunitario que pueden sufrir de una concurrencia de eventos que impactan en la calidad de vida; por ende, este tipo de usuarios son referidos a programas de apoyo como la Gestión de caso, para proveer un proceso de recuperación a la persona con el tratamiento y servicios. Sin dejar de lado que la Gestión de caso es una estrategia, no un tratamiento, esta puede determinar un trabajo fundamentado desde las fortalezas más que desde las discapacidades del sujeto, centrado también en la instrucción directa en habilidades para la vida y resiliencia para afrontamiento de problemas personales y/o sociales que les genera el padecimiento del problema o trastorno mental.

Por otro lado, la Gestión de caso en usuarios con problemas y trastornos mentales contribuye a que tengan mejoría en el estado de ánimo, con efectos considerables tanto en la salud mental como física, mayor competencia para afrontar los desafíos diarios, mayor bienestar psicológico, menor cantidad de hospitalizaciones, aspectos que impactan también significativamente en los/as cuidadores/as de los usuarios. Cabe resaltar que los resultados de la Gestión de caso no son inmediatos ni tan evidentes, ya que requieren de todo un proceso a mediano y largo plazo.

Por otra parte, los Gestores de caso llegan a desarrollar relaciones de colaboración con los usuarios, familias y otros cuidadores, que permiten que sea posible intervenir con más habilidad a lo largo del tiempo y prevenir crisis cuando el estado clínico o los recursos externos puedan cambiar y evitar recaídas si los usuarios, los familiares u otros cuidadores se ponen en contacto con los Gestores de caso cuando noten por primera vez los síntomas prodrómicos, lo que permite ajustar los medicamentos y aliviar los factores estresantes.

Trabajo social

Dentro de la metodología de Gestión de caso, Johnson & Allen Rubin (1983) señalan específicamente que se trata de evidenciar que tantos fundamentos tiene el Trabajo social para llegar a exigir dicha metodología como parte de su dominio profesional. En este sentido se encuentran diferentes percepciones en las que se considera como convincente el liderazgo de Trabajo social dentro de la Gestión de caso, ya que dentro de esta disciplina se adquiere un compromiso frente a la calidad de la vida, la equidad y responsabilidad social, interesándose siempre por el bienestar mental y social de los usuarios, para lo cual se proponen actividades de ayuda que sean coherentes al servicio en el que se encuentra cada usuario, lo que puede aportar el desarrollo y utilización eficaz de los propios recursos internos y externos para la solución de problemas y afrontamiento. Sin embargo, también existen algunas dificultades que se pueden encontrar en el Trabajo social y la Gestión de caso, como puede llegar a ser las prioridades de los trabajadores sociales, pero esencialmente el hecho de encontrar a profesionales del Trabajo Social en salud mental que logren articular los aspectos psicoterapéuticos del servicio y los relacionados con la provisión de recursos.

Sin embargo, una justificación acerca del compromiso de la profesión de Trabajo social con algunas funciones que se encuentran en la Gestión de caso puede consistir en la orientación hacia la teoría psicodinámica y las intervenciones psicoterapéuticas. Además, el nivel de importancia asignado al seguimiento, coordinación, vinculación y promoción en algunos estudios se relacionan con el nivel de importancia asignado a una orientación psicodinámica y con la cantidad de experiencia en la práctica de la psicoterapia.

Para Demoratz (2018), la intervención desde Trabajo Social en la Gestión de caso, es de un 6% en aproximadamente 42.000 Gestores de caso, y aunque se ha ido expandiendo, por el aumento de enfermedades, comorbilidades y envejecimiento de la población, se hace necesario la ocupación del cargo de Gestor de casos por parte del trabajador social, sin dejar de lado el trabajo de la mano con otras profesiones por complementariedad en el abordaje de las necesidades de cada individuo. No se puede dejar de lado la actuación del trabajador social ya que busca mejorar la capacidad del usuario como gestor del propio proceso en el abordaje de necesidades y dando respaldo al derecho de la autonomía de los usuarios y para ello es necesario el conocimiento de diferentes problemáticas sociales, sistemas de apoyo, sistemas de redes para así brindar las herramientas necesarias a los sujetos.

Discusión

Desde el análisis de la información de los núcleos presentados, las dificultades que se evidenciaron con base en la revisión documental, se identifica la poca intervención y/o investigación en Gestión de caso en un contexto latinoamericano y más aún con población en vulnerabilidad psicosocial específicamente desde el Trabajo social, lo que limita la mirada a la realidad latinoamericana, pues si se realiza la intervención y/o investigación no se documenta, lo que genera un obstáculo para la construcción de conocimiento.

Ya que la Gestión de caso cuenta con diferentes modelos y una serie de pasos, estos se deben formular teniendo en cuenta las necesidades de los sujetos, y evidentemente la realidad de América Latina, más específicamente Colombia, no es la misma realidad de los sujetos que viven en países en los que se ha investigado y publicado sobre el tema, tales como Estados Unidos, Reino Unido, Suiza, entre otros.

Dentro de las ventajas de un Modelo de gestión de caso se encuentran los beneficios de la aplicación del mismo, según las publicaciones que muestran estos resultados, teniendo en cuenta que la aplicación del modelo contribuye a una reducción considerable en costos de servicios hospitalarios, y aunque aplicar la Gestión de caso implique un aumento de costos, no es tan considerable a comparación de costos en demás servicios hospitalarios como Re hospitalización y recaídas, entre otros. Por otro lado, también beneficia a los cuidadores/as de los sujetos gracias a los recursos adicionales que brinda la Gestión de caso, recursos con los que no contaban antes del mismo por falta de coordinación y redes y, finalmente para el usuario denota una mejora considerable en su proceso de atención, gracias a las herramientas que se le brindan, donde cabe resaltar el uso de las capacidades del sujeto más que sus falencias.

Finalmente, a modo de recomendación, se hace necesario conocer a profundidad, en la medida de lo posible, todas las áreas en las que el Trabajador social puede actuar, ya que hay muchos campos de acción donde la profesión puede tener un papel importante, pero por el desconocimiento de estos campos, se deja de lado la investigación/ intervención en estos campos.

Conclusiones

1. A partir de una revisión a profundidad y teniendo en cuenta la escasez de la información, se determinan cuatro (4) núcleos temáticos que aportan al diseño de un Modelo de Gestión de caso en población con vulnerabilidad psicosocial en aspectos específicos como son: Habitabilidad de calle, Consumo de drogas, salud mental y trabajo social.

2. Con base en la revisión documental se identifica que la Gestión de caso en Latinoamérica es escasa o nula, específicamente desde la profesión de Trabajo social, pues durante el proceso de revisión, no se encuentra información o documentos técnicos acerca de posibles intervenciones o investigaciones; teniendo en cuenta esto, se concluye que es necesario implementar un Modelo de Gestión de caso que contemple la realidad de las poblaciones y la realidad colombiana y latinoamericana en un futuro. Por otro lado, se evidencia que aunque la Gestión de caso presenta una serie de modelos con siete (7) fases en común, este se adapta según las necesidades del sujeto y/o los sujetos, centrándose en sus fortalezas, al igual que las redes y servicios con los que cuenta el usuario, y que aunque el implementar la Gestión de caso tiene resultados significativos en estos, y a pesar de que considera un gasto económico, no se compara a los elevados costos de Re hospitalizaciones o procesos intermitentes.

Referencias

1. Asociación Nacional Americana de Trabajadores Sociales NASW. <https://prezi.com/mgyyzxfpg52/modelo-de-intervencion-gestion-de-casos/>.
2. Botero, C. H. (2000). Guía teórico – práctica sobre construcción de estados del arte. En C. H. Botero, Un Modelo Para Investigación Documental (págs. 1-82). Bogotá: Señal.
3. Consejería de Salud. (2017). Modelo de gestión de casos del servicio andaluz de salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud. Sevilla España.
4. Consejo Nacional de Trabajo Social. Ley 53 de 1977. Decreto Reglamentario 2833 en 1981 (2019) Código de ética de los trabajadores sociales en Colombia y Reglamento Interno del Comité de ética.
5. Dirección Regional De Salud Mental, Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2013). *Gestión de Casos en Salud Mental*. https://sanidad.castillalamancha.es/files/sistema_de_gestion_de_casos.pdf.
6. Duque P. y Posada J, (2017). Descripción del estado de desarrollo en torno al trabajo social en salud mental. Informe de investigación proyecto de menor cuantía aprobado por convocatoria. UNICOLMAYOR. Encyclopedia of Mental Disorder. Citado en marzo de 2006. www.minddisorders.com/Br-Del/Case-management.html).
7. García P, García R, Esnaola M, Curieses I, Álvarez D y Millán R, (2015). El trabajo social en Mary Richmond. La fundamentación de su teoría. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj8r7D786zyAhXZRzABHbLRDKUQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.trabajosocialhoy.com%2Fdocumentos_ver.asp%3Fid%3D114&usq=AOvVaw3TdsF77EtKwTHvJNnUTPiS.
8. Gerencia Regional de Salud. (s,f). *Gestión de casos en salud mental: Proceso de atención al paciente crónico complejo de SM*. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/gestion-casos-salud-mental-proceso-atencion-paciente-cronic.ficheros/1110259-PROCESO%20%20DE%20ATENCION%20AL%20PACIENTE%20CRONICO%20COMPLEJO%20DE%20SM.pdf>.
9. Grau, (1984). "Case management and the nurse." Geriatric Nursing (November/December 1984): 372-379. Grech, E., (2002) Case management: a critical analysis of the literature. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 6, 89-98. Health & Medical Collection, Medical Database, MedicLatina, Medline Complete, Oxford Academics Journal, Psychology & Behavioral Sciences Collection, Scopus, Social Science Database. I
10. V Foro de ONG. (2008). Gestión de casos: el trabajo con tutorías como herramienta de coordinación.
11. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R (2005). La gestión de los casos en personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus,

- 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Herney W,(2018). Pensar: el trabajo Social de casos: entre el vaciamiento de sentido y el despliegue de posibilidades. Universidad de la Salle.
 13. Minsalud - Colciencias (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Javegraf.
 14. Organización mundial de la salud. (2004). *Invertir en salud mental*. [InvMH•BroEs.indd \(who.int\)](#).
 15. PNUD (1990) Desarrollo Humano: Informe 1990. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Oxford University Press, Edición en Español por Tercer Mundo Editores, Colombia. PNUD (1992) Desarrollo Humano: Informe 1992. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Oxford University Press, Edición en Español por Tercer Mundo Editores, Colombia.
 16. PNUD (2020), Objetivos de Desarrollo Sostenible. http://www1.worldbank.org/sp/risk_management/About_SRM.asp.
 17. Posada J y Pacheco JF, (2007) Proas, Programa de Orientación y Acompañamiento Social. http://www1.worldbank.org/sp/risk_management/About_SRM.asp.
 18. Quinn J, (1993). Successful Case Management in Long-Term Care. New York, Springer Publishing Company.
 19. Sarabia A, (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional.
 20. Scharlach A, Giunta N y Mills-Dick K (2001). "Case Management in Long-Term Care Integration: An Overview of Current Programs and Evaluations." Center for the Advanced Study of Aging Services. University of California, Berkeley. <http://cssr.berkeley.edu/aging/>.
 21. Sen A, (2002). ¿De qué se trata el Desarrollo? En: Meier, Gerald y Stiglitz, Joseph. Fronteras de la Economía del Desarrollo. Editorial Alfaomega, Bogotá.

Anexo 6. Artículo Revista “Armónicamente” de Semillero Nuevas Perspectivas de Salud Mental



Re (pensando) la Gestión de caso psicosocial en salud mental desde Trabajo social

Por July Daniela Buitrago Correa y Andrea Janeth Rengifo Zambrano, (T.S. en formación)

Programa de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

La Organización Mundial de la Salud describe la salud mental como un estado de bienestar en el que las personas deben enfrentar las presiones habituales de la vida en familias y comunidades, o el desarrollo de su potencial, que es parte indispensable de la salud pública (1).

Por otra parte, se describe esta como algo que está en la cotidianidad de todas las personas ya que se observa en la manera de relacionarse en actividades que se pueden presentar en una comunidad, como cada persona armoniza los deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos necesarios para hacer frente a las demandas a lo largo de la vida, sin dejar atrás la percepción y el sentir de sí mismo ante otras personas (2).

La Gestión de caso ha tenido un amplio desarrollo en países como Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña y aparece en la literatura especializada en los inicios de los años 1970, refiriéndose principalmente al campo de la salud mental y como una respuesta a la desinstitutionalización de miles de los llamados pacientes mentales de los hospitales y en la política de cuidarlos en la comunidad, ya que al ser cerrados los grandes hospitales psiquiátricos y empezar a tratar a los usuarios de servicios en las consultas externas, las unidades de salud mental, los hospitales día o los centros de salud mental de la comunidad, el aumento de la tasa de reingresos indicó pronto que este tipo de atención era menos eficaz que lo previsto (3).

La gestión de casos es especialmente importante en las personas que sufren un problema psicosocial o mental para privilegiar su atención en el ámbito comunitario y en lo posible no recurrir a la institucionalización. Con mucha frecuencia estos individuos experimentan un patrón recurrente de entradas y salidas de una institución de salud mental porque no encuentran el apoyo adecuado en la comunidad. Cuanto más crónico e incapacitante sea el

problema psicosocial o mental, más se requiere de la Gestión de caso para la atención continua de las personas, sus familias y cuidadores.

Sin embargo, la mayoría de las intervenciones de Gestión de caso para personas con problemas psicosociales y mentales generalmente involucran a un solo gestor de caso que trabaja con un usuario de servicios. La función del gestor de caso es realizar la evaluación, seguimiento, planificación, defensa y la vinculación del usuario con los servicios de atención, rehabilitación y apoyo (7) y su función es fundamentalmente el manejo de los problemas psicosociales y/o mentales y la prevención de recaídas.

La mayoría de las personas que se han visto afectadas por un problema psicosocial y/o mental son quienes no tienen disponibilidad de la Gestión de caso. En consecuencia, las funciones del gestor de caso recaen en otras personas: el usuario mismo, la familia y los cuidadores, y profesionales de salud sin interés o conocimientos específicos sobre el tema.

En particular, muchos cuidadores consideran que su función de “gestión de caso” es una carga importante y sienten que no tienen ningún apoyo en esta función, pues no tienen acceso a recursos, apoyos, servicios o información adecuada sobre su familiar o allegado. Los cuidadores sienten que se ven obligados a asumir una función de Gestión de caso, sin la autoridad, las habilidades o los recursos para hacerlo.

A la luz de la Ley 1616 y de la Política Nacional de Salud Mental (4,5), se hace necesaria la investigación de las potencialidades de la Gestión de caso para Colombia, puesto que en el país hay grandes poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial y mental que no cuentan con la ayuda necesaria para la solución de sus problemáticas por la falta de servicios de atención y talento humano suficiente y adecuado.

En Colombia, existe una gran necesidad de Gestión de caso en particular en el ámbito psicosocial y de salud mental y su ausencia se menciona en la literatura como una barrera importante para la recuperación. Esto es aún más pronunciado en áreas del país donde los recursos en servicios son prácticamente inexistentes, en especial en zonas rurales y urbanas remotas.

Si bien la Gestión de casos no es una panacea, existe una necesidad urgente de su implementación dentro del sistema de salud y de bienestar social del país, para garantizar que las personas más afectadas por problemas psicosociales y mentales estén conectadas con los apoyos sociales y de salud que necesitan para permanecer en la comunidad y lograr su integración plena a la sociedad y a la vida.

Ha sido recurrente la pregunta acerca de qué profesión es más apta para cumplir el rol de gestor de caso, al tener varios aspectos que puedan contribuir a este perfil en cada una de las profesiones, generando una lucha por el liderazgo en este campo, pero gracias a esto también se ha podido percibir que para cumplir este rol, no se requiere de alguna profesión en específico, las disciplinas afines pueden llegar a cumplir con el perfil de un gestor de caso mientras se realice una capacitación completa y articulada con respecto a los servicios u otros métodos, y que se fundamenta en dos premisas, en primer lugar, la persona que vaya a ocupar el papel de gestor de caso debe contar con las habilidades y la formación necesaria para llevar un plan integral de atención del usuario y en segundo lugar, que deseen y estén dispuestos a hacerlo.

Dentro de la Gestión de caso se considera pertinente tener en cuenta el liderazgo de los profesionales de Trabajo Social (8), ya que dentro de esta disciplina se adquiere un compromiso frente a la calidad de la vida, la equidad y la responsabilidad social, interesándose siempre por el bienestar mental y social de los usuarios, para lo cual se proponen actividades de ayuda que sean coherentes a las necesidades en el que se

encuentra cada usuario de servicios, lo que puede aportar a las personas el desarrollo y utilización eficaz de los propios recursos para la resolución de problemas y afrontamiento de las situaciones vitales adversas para lograr articular los aspectos psicoterapéuticos de los servicios de Salud mental y los relacionados con la provisión de recursos.

Bibliografía

1. OMS (2001). Fortalecimiento de la Promoción de la Salud Mental. Ginebra. Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa, No. 220).
2. Carrazana, Valeria. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Ajayu Órgano de difusión científica del departamento de psicología UC BSP*, 1(1), 1-19. Recuperado en 25 de septiembre de 2021, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es.
3. Chamberlin R, Rapp CA (1991) A decade of case management: A methodological review of outcome research. *Community Mental Health Journal*, 27, 171-188.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 del 21 de enero de 2013. [Internet]. <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
5. Ministerio de Salud. Resolución 2358 de 1998. Por el cual se adopta la política nacional de salud mental. [Internet]. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf
6. Bond GR, Witheridge TF, Dincin J, Wasmer D, Webb J, De Graaf-Kaser R (1990) Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: A controlled study. *American Journal of Community Psychology*, 18, 865-891.
7. Peter J. Johnson & Allen Rubin, Case Management in Mental Health: A Social Work Domain? *Social Work*, Volume 28, Issue 1, January-February 1983, Pages 49–55.
8. Intagliata J (1982) Improving the quality of care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 655-674.

Nota: Producto del Trabajo de Grado para optar el título de Trabajadora Social