EVALUACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA ATENCIÓN TOTAL DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Westfield STATE UNIVERSITY
IBHC PROJECT

Julie Berrett-Abebe, PhD, LICSW

Westfield State University

Westfield STATE UNIVERSITY
IBHC PROJECT

INTERDISCIPLINARY BEHAVIORAL HEALTH COLLABORATION PROJECT
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

Westfield STATE UNIVERSITY

PROYECTO INTERDISCIPLINARIO DE COLABORACIÓN EN SALUD DEL COMPORTAMIENTO EN EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Esta subvención de educación y capacitación de la fuerza laboral de salud del comportamiento (BHWET, por sus siglas en inglés) está respaldada por la Administración de Recursos y Servicios de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HRSA, por sus siglas en inglés) bajo la subvención # 1 M01HP31395-01-00 por $ 1,299,235.13, titulada como el Proyecto Interdisciplinario de Colaboración de Salud Conductal. Esta información o contenido y conclusiones son las del autor y no deben interpretarse como la posición o política oficial de HRSA, HHS (por sus siglas en inglés) o por el Gobierno de los EE. UU.

¿Qué son los entornos de atención médica integrada?

Westfield STATE UNIVERSITY
IBHC PROJECT

Table 1. Six Levels of Collaboration/Integration (Core Descriptions)

COORDINATED KEY ELEMENT: COMMUNICATION		CO-LOCATED KEY ELEMENT: PHYSICAL PROXIMITY		INTEGRATED KEY ELEMENT: PRACTICE CHANGE	
LEVEL 1 Minimal Collaboration	LEVEL 2 Basic Collaboration at a Distance	LEVEL 3 Basic Collaboration Onsite	LEVEL 4 Close Collaboration Onsite with Some System Integration	LEVEL 5 Close Collaboration Approaching an Integrated Practice	LEVEL 6 Full Collaboration in a Transformed/ Merged Integrated Practice
Behavioral health, primary care and other healthcare providers work:					
In separate facilities, where they:	In separate facilities, where they:	In same facility not necessarily same offices, where they:	In same space within the same facility, where they:	In same space within the same facility (some shared space), where they:	In same space within the same facility, sharing all practice space, where they:
▸▸ Have separate systems ▸▸ Communicate about cases only rarely and under compelling circumstances ▸▸ Communicate, driven by provider need ▸▸ May never meet in person ▸▸ Have limited understanding of each other's roles	▸▸ Have separate systems ▸▸ Communicate periodically about shared patients ▸▸ Communicate, driven by specific patient issues ▸▸ May meet as part of larger community ▸▸ Appreciate each other's roles as resources	▸▸ Have separate systems ▸▸ Communicate regularly about shared patients, by phone or e-mail ▸▸ Collaborate, driven by need for each other's services and more reliable referral ▸▸ Meet occasionally to discuss cases due to close proximity ▸▸ Feel part of a larger yet ill-defined team	▸▸ Share some systems, like scheduling or medical records ▸▸ Communicate in person as needed ▸▸ Collaborate, driven by need for consultation and coordinated plans for difficult patients ▸▸ Have regular face-to-face interactions about some patients ▸▸ Have a basic understanding of roles and culture	▸▸ Actively seek system solutions together or develop work-a-rounds ▸▸ Communicate frequently in person ▸▸ Collaborate, driven by desire to be a member of the care team ▸▸ Have regular team meetings to discuss overall patient care and specific patient issues ▸▸ Have an in-depth understanding of roles and culture	▸▸ Have resolved most or all system issues, functioning as one integrated system ▸▸ Communicate consistently at the system, team and individual levels ▸▸ Collaborate, driven by shared concept of team care ▸▸ Have formal and informal meetings to support integrated model of care ▸▸ Have roles and cultures that blur or blend

Heath B, Wise Romero P, and Reynolds K. A Review and Proposed Standard Framework for Levels of Integrated Healthcare. Washington, D.C.SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions. March 2013

- Configuraciones que brindan atención médica de la salud conductual.
- Los proveedores (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, trabajan juntos para satisfacer mejor las necesidades holísticas de salud de los pacientes.
- Consulte otras capacitaciones en este sitio web para obtener información adicional sobre la atención total.

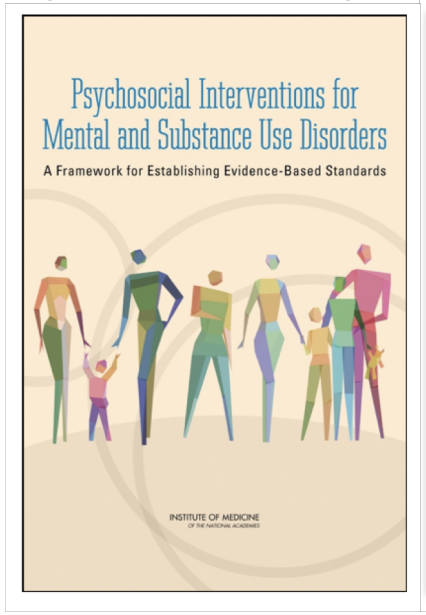
Detección en salud conductual total

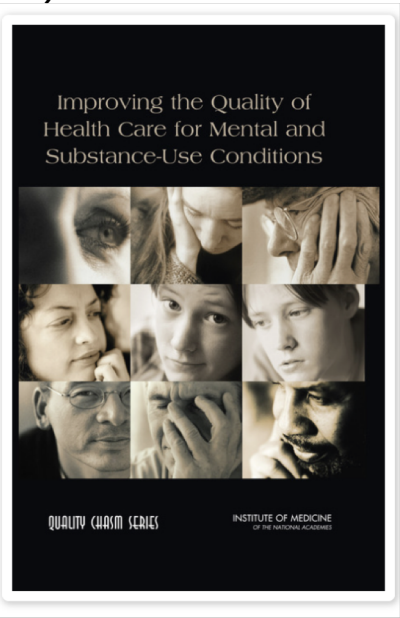
- La salud del comportamiento puede integrarse en la salud médica por ejemplo, atención primaria o viceversa.
- Los exámenes de rutina son una estrategia para una atención total y efectiva
- Otras estrategias incluyen transferencias cálidas y "amontonamientos" del equipo.
- El examen de rutina puede ser valioso para diferentes tipos de problemas (por ejemplo, violencia de pareja íntima, deterioro cognitivo, riesgo de cáncer), pero esta capacitación se centrará en exámenes de detección de trastornos mentales y por el abuso de sustancias.

¿Por qué hacer un examen de rutina?

Westfield STATE UNIVERSITY
IBHC PROJECT

- Se estima que el 20% de los estadounidenses está lidiando con trastornos de salud mental o uso de sustancias. Los sistemas actuales de atención están fragmentados, lo que lleva a un diagnóstico y un tratamiento insuficiente (Institute of Medicine, 2015)
- El informe de las Academias Nacionales recomienda el cribado universal como parte de la solución (OIM, 2015)
- Healthy People 2020 recomienda aumentar la detección de la depresión en la atención primaria
- La detección tiene el potencial de mejorar la salud de la población y reducir los costos de salud.
- La detección conduce a mayores tasas de diagnósticos (Pignone et al., 2002; Williams et al., 2002)
- La detección conduce a un tratamiento adecuado para los problemas id entificados (Geyti et al., 2018; Webb et al., 2016)





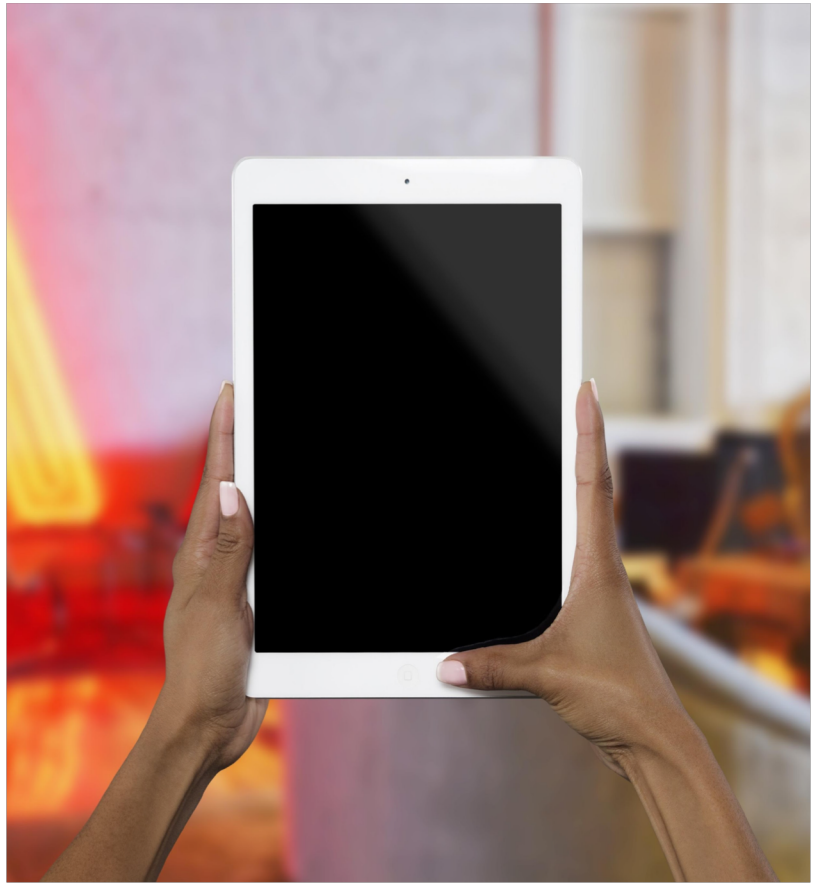
¿Por qué hacer un cribado universal basado en evidencia?

- El cribado universal en entornos de salud reduce el estigma
- Las medidas estandarizadas son preferibles fiabilidad y validez con el uso de medidas en diferentes poblaciones, por ejemplo: edad / desarrollo/cultura y lenguaje.
- Los puntos de referencia y resultados se pueden comparar con estudios anteriores.

Procesos de cribado

- Evaluaciones electrónicas vs en papel u orales
- Administrador vs asistente médico o clínico
- Las mejores prácticas:
- Explicar por qué se realiza el examen.
- Explicar cómo se usarán los datos.
- Pedir permiso y proporcionar "optar por no participar"
- Seguimiento de necesidades identificadas por cribado
- Necesidad de recursos apropiados para

abordar las necesidades informadas en la detección



Detección de síntomas de salud conductual

- Cribado más largo pero más completo
- ej. cuestionario de estrés del paciente, adaptado de PHQ-9, GAD-7, PC-PTSD y AUDIT

https://www.integration.samhsa.gov/Patient_Stress_Questionnaire.pdf

- ej. Cuestionario de vida saludable, que incluye problemas de salud mental, así como opciones de estilo de vida saludable.

** Las preguntas del 1-8 reproducen el SF-8, Copyright: The Medical Outcomes Trust (MOT), Health Assessment Lab (HAL) y QualityMetric Incorporated

https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/Healthy_Living_Questionnaire2011.pdf

Detección de depresión

Westfield STATE UNIVERSITY
IBHC PROJECT

- La depresión es la principal causa de discapacidad en los EE. UU. entre los 15 y los 44 años (ADAA, 2019)
- La detección de la depresión en la atención primaria es una recomendación específica del grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. y Healthy People 2020
- Los cambios a las leyes de atención médica con la ley del cuidado de salud a bajo precio (2010) cubre evaluaciones tales
- Los exámenes de detección más

https://www.integration.samhsa.gov/images/res/PHQ%20-%20Questions.pdf

Detección de riesgo de suicidio

- Las preguntas sobre ideación suicida están en PHQ-9
- Una evaluación más completa podría estar justificada por una evaluación positiva de la depresión o en poblaciones que se sabe que tienen un alto riesgo de suicidio
- ej. Escala de Columbia en la calificación de gravedad del suicidio (C-SSRS) (Posner et al., 2008)
- Disponible en 114 idiomas

https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/Columbia_Suicide_Severity_Rating_Scale.pdf

Detección de trastornos de ansiedad

- Los trastornos de ansiedad son el problema de salud mental más común en los EE. UU. y afectan a 40 millones de adultos
- Sin embargo, solo 1/3 recibe el tratamiento adecuado (Asociación de Ansiedad y Depresión de América (ADAA), 2019)
- Los trastornos de ansiedad incluyen: ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias y trastorno obsesivo compulsivo.
- Las personas con trastornos de ansiedad tienen 3-5 veces más probabilidades de ir al consultorio médico que la población general (ADAA, 2019)
- La herramienta común de detección es el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) (Spitzer et al., 2006)

https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/GAD708.19.08Cartwright.pdf

Detección de trauma

- La exposición al trauma es alta en la sociedad estadounidense; aproximadamente el 60% de los hombres y el 50% de las mujeres experimentan al menos 1 trauma en su vida (Centro Nacional para el TEPT, 2019)
- Sabemos que la exposición al trauma afecta la salud física, incluso el riesgo de muerte (Felitti et al., 1998)
- ej: la Lista de verificación de eventos de la vida (LEC) evalúa la exposición a eventos que se sabe que pueden provocar TEPT (Blake et al, 1995).

https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/life-event-checklist-lec.pdf

- ej:PC-PTSD (cita), detección de 4 artículos diseñados para atención primaria (utilizada en VA) (Prins et al, 2003)

https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/PC-PTSD.pdf

Detección de uso de drogas y alcohol

Westfield STATE UNIVERSITY
IBHC PROJECT

- Prueba de identificación del trastorno por consumo de alcohol (AUDIT) (Organización Mundial de la Salud, 1982) Cuestionario de 10 artículos centrado en el uso de alcohol peligroso

https://www.integration.samhsa.gov/AUDIT_screener_for_alcohol.pdf

- CAGE-AID (Brown et al., 1995) Cribado de 4 ítems, uso de alcohol y drogas

https://www.integration.samhsa.gov/images/res/CAGEAID.pdf

❖DAST-10 (Skinner, 1982) cuestionario de 10 preguntas que se centra en el uso de drogas

❖ Recurso útil: Biblioteca del Instituto de Abuso de Alcohol y Drogas de la Universidad de Washington (base de datos para encontrar los instrumentos de detección apropiados)

http://lib.adai.washington.edu/instruments/

Detección, intervención breve, derivación al tratamiento (SBIRT)

Westfield STATE UNIVERSITY
IBHC PROJECT

- ❖Modelo basado en evidencia para detectar e intervenir en el uso de alcohol y drogas
- ❖Revisión: algunas opciones discutidas en la diapositiva anterior
- ❖Breve intervención: p. psicoeducación y entrevistas motivacionales
- ❖Remisión al nivel apropiado del tratamiento basado en la intensidad de los recursos disponibles, y la preferencia del cliente
- ❖ Recurso útil: sitio web SAMHSA SBIRT https://www.samhsa.gov/sbirt

Por favor mire el video de capacitación agregado sobre SBIRT, proporcionado por Alex Heinz, LICSW, MPH de MASBIRT TTA, Boston Medical Center

Referencias

Anxiety and Depression Association of America (AADA) (2019). Facts & statistics. Downloaded from: https://adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of traumatic stress*, 8(1), 75-90.

Brown, R. L., & Rounds, L. A. (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *Wisconsin medical journal*, 94(3), 135-140.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med.* 14:245–258.

Geyti, C., Dalsgaard, E. M., Sandbæk, A., Maindal, H. T., & Christensen, K. S. (2018). Initiation and cessation of mental healthcare after mental health screening in primary care: a prospective cohort study. *BMC family practice*, 19(1), 176.

Heath, B., Wise Romero, P., & Reynolds, K. A. (2013). Standard framework for levels of integrated healthcare. Washington, DC: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions. Downloaded from http://www.integra tion.samhsa.gov/integrated-care-models/A_Standard_Framework_for_Levels_of_Integrated_Healthcare.pdf

Institute of Medicine (2015). *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards*. Washington, DC: The National Academies Press.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.

National Center for PTSD (2019). How common is PTSD in adults? Downloaded from: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_adults.asp

Office of Disease Prevention & Health Promotion (2019). Healthy People 2020: Mental Health & Mental Disorders. Downloaded from: https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/mental-health-and-mental-disorders/objectives

Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D., & Lohr, K. N. (2002). Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 136(10), 765-776.

Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., ... & Mann, J. (2008). Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). New York, NY: Columbia University Medical Center.

Prins, A., & Ouimette, P. (2004). " The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics" Primary Care Psychiatry, 9(4), 151-151.

SAMHSA (2018). SAMHSA-HRSA center for integrated health solutions: Screening tools Downloaded from https://www.integration.samhsa.gov/

Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive behaviors*, 7(4), 363-371.

Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Lowe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med.*, *166:*1092-1097.

Webb, M. J., Kauer, S. D., Ozer, E. M., Haller, D. M., & Sanci, L. A. (2016). Does screening for and intervening with multiple health compromising behaviours and mental health disorders amongst young people attending primary care improve health outcomes? A systematic review. *BMC family practice*, 17(1), 104.

Williams Jr, J. W., Noël, P. H., Cordes, J. A., Ramirez, G., & Pignone, M. (2002). Is this patient clinically depressed?. *JAMA*, 287(9), 1160-1170.

World Health Organization. (2001). AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care (No. WHO/MSD/MSB/01.6 a). Geneva: World Health Organization.

Westfield STATE UNIVERSITY
IBHC PROJECT