LOCUS©

SISTEMA DE UTILIZACIÓN

DEL NIVEL DE ATENCIÓN PARA

SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS Y DE ADICCIÓN

Versión 20 para Adultos

ASOCIACIÓN AMERICANA
DE PSIQUIATRAS COMUNITARIOS

Diciembre 2016

© 1996-2021 Asociación Americana de Psiquiatras Comunitarios

ESTE INSTRUMENTO ESTÁ PROTEGIDO POR LA LEY FEDERAL DE DERECHOS DE AUTOR. Este documento proporciona una descripción general de la herramienta LOCUS y no puede reproducirse sin el consentimiento expreso por escrito de la AACP. No está permitido cambiar el instrumento de ninguna manera. No se puede almacenar el instrumento, excepto como un archivo PDF sin modificar, tal como se publica en http://www.communitypsychiatry.org. Puede utilizar este documento solo con fines de capacitación. Los análisis reales de LOCUS deben llevarse a cabo utilizando el software LOCUS. No puede cambiar, reproducir ni utilizar el instrumento en hojas de cálculo, bases de datos, procesadores de textos u otros formatos de archivo y/o programas. Todos los derechos electrónicos de este instrumento son propiedad de Deerfield Solutions, LLC. Para obtener más información sobre las versiones electrónicas/de software del instrumento, póngase en contacto con Deerfield Solutions, LLC. en http://www.locusonline.com

CONTENIDO

Introducción 2

Instrucciones 6

Parámetros de la Evaluación para el Análisis de las Necesidades de Servicio 9

Definiciones de Nivel de Atención y Criterios para su Utilización 20

Árbol de Decisión para Determinar el Nivel de Atención 32

Tabla de Determinación del Nivel de Atención 34

Apéndice 1: Criterios Suplementarios de LOCUS para la Colocación Residencial 35

Apéndice 2: Guías Propuestas de LOCUS para Satisfacer las Necesidades de Atención Primaria 39

Apéndice 3: Hoja de Trabajo de LOCUS 43

 © AACP

INTRODUCCIÓN A LA VERSIÓN 20 PARA ADULTOS

Desde la llegada de los programas y los principios de la atención médica administrada, el uso de medidas cuantificables para guiar el análisis, las decisiones sobre el nivel de colocación para la atención, los criterios de estancia continuada y los resultados clínicos ha sido cada vez más importante. Hasta que se desarrolló el sistema LOCUS hace veinte años, no se contaba con estándares ampliamente aceptados para satisfacer estas necesidades. LOCUS, que ahora se utiliza ampliamente en 26 estados y en varias instalaciones a nivel internacional, ha proporcionado un instrumento único que se puede utilizar para estas funciones en diversos entornos y sistemas. Al integrar la salud mental y los problemas de salud física, proporciona un lenguaje común y un conjunto de normas con las que hacer dichos juicios y recomendaciones. Los profesionales clínicos disponen ahora de un instrumento, que es sencillo, fácil de entender y utilizar, pero también significativo y lo suficientemente sensible como para distinguir las necesidades y los servicios adecuados. Proporciona medidas claras, confiables y consistentes que son relevantes para tomar decisiones relacionadas con la atención y la mejora de la calidad.

LOCUS tiene cuatro objetivos principales. El primero es proporcionar un sistema de análisis de las necesidades de servicio para los clientes adultos, basado en seis parámetros de evaluación. La segunda es describir la gama competa de intensidades del servicio, que se caracterizan por la cantidad y el alcance de los recursos disponibles en cada "nivel" de atención, en cada una de las cuatro categorías de servicio. El tercero es crear una metodología para cuantificar el análisis de las necesidades de servicio a fin de permitir determinaciones fiables para la colocación considerando la gama completa de servicios. El cuarto es facilitar la gestión clínica y la documentación.

Este sistema es dinámico y ha evolucionado a lo largo de los años de su desarrollo. Desde sus inicios, LOCUS ha incluido contenido relacionado con el estado de recuperación, la etapa de cambio y la elección. Su estilo y estructura simples han invitado al uso no solo por una variedad de profesionales clínicos con diversos niveles de formación, sino también por los propios usuarios del servicio, lo que permite que el análisis se convierta en un proceso colaborativo. La participación en esta colaboración es fundamental para la planificación del tratamiento centrado en la persona. Continuamos fomentando la colaboración entre el profesional clínico y la persona que está siendo evaluada siempre que sea posible, y se han realizado ajustes en el lenguaje para adaptarse a ese proceso. Con esta nueva actualización de LOCUS:

- Se dan descripciones ampliadas de los niveles de atención
- Se proporciona orientación adicional para determinar la necesidad de atención médica y la gestión de recursos
- Se agregó un apéndice con descripciones de subdivisiones de niveles atención residencial
- Se agregó un apéndice con las guías propuestas para seleccionar los programas de atención primaria apropiados para los clientes evaluados por LOCUS
- Se incluye una hoja de trabajo de LOCUS para facilitar la cuantificación y documentación de las calificaciones.

A medida que los sistemas desarrollen servicios y procesos para mejorar la calidad de la atención que brindan, estas adiciones permitirán que LOCUS sea una herramienta aún más poderosa para ayudar a estas transformaciones.

Uno de los cambios más importantes en la edición actual de LOCUS es una mayor elaboración de la "integración" a la luz de los avances que se han logrado en el diseño y la prestación de servicios integrados en la última década. Al igual que la edición anterior incorporó la evolución continua de la práctica orientada a la recuperación en el lenguaje y el contenido de LOCUS, esta edición hace lo mismo para el desarrollo en evolución de la práctica y la programación integradas para individuos y familias con necesidades complejas y coexistentes. LOCUS (en Dimensión III) siempre ha tenido en cuenta el impacto de las condiciones

comórbidas a fin de ayudar a determinar el "nivel de atención" adecuado. En esta edición enfatizamos que la comorbilidad, tanto los problemas coexistentes de salud mental/uso de sustancias como las condiciones de salud y psicológicas coexistentes, deben ser una expectativa y no una excepción en todos los programas en todos los niveles de atención. Por lo tanto, todas las descripciones de los niveles de atención incluyen una declaración que indica la necesidad de cumplir con esta expectativa y que la "atención integrada" debe incluirse en el diseño de los programas en todos los niveles de atención y en todos los entornos. LOCUS fomenta la visión de que todos los servicios deben estar orientados a la recuperación y ser “capaces de atender las condiciones coexistentes". Esto significa que deben ser capaces de proporcionar servicios integrados adecuadamente adaptados a las personas con condiciones coexistentes tanto de salud mental como de consumo de sustancias, y "capaces" en su aptitud de proporcionar y coordinar la atención adecuada para los problemas de salud y el bienestar de las personas con necesidades coexistentes de salud y psicológicas. Estos cambios en las descripciones del nivel de atención de los programas no afectan el sistema de calificación en sí. El amplio uso de LOCUS y la satisfacción de los usuarios con sus recomendaciones han establecido su validez. Como resultado de ello, no se han hecho cambios significativos en el contenido de las dimensiones de calificación desde la Versión 2010, por lo que los resultados de las pruebas de confiabilidad y validez no se ven afectados.

El instrumento sigue demostrando múltiples posibles usos potenciales:

A nivel del cliente individual:

- Para evaluar las necesidades inmediatas de servicio (por ejemplo, para clientes en crisis)
- Para supervisar el curso de la recuperación y las necesidades de servicio a lo largo del tiempo
- Para proporcionar a las compañías aseguradoras una guía válida y basada en el valor con respecto a los "criterios de necesidad médica" cuya aplicación responderá mejor las necesidades del cliente en los sistemas en el mundo real.
- Para informar los procesos de planificación del tratamiento

A nivel del sistema o población:

- Planificar las necesidades de recursos a nivel del sistema para los grupos complejos a lo largo del tiempo y ayudar a identificar déficits en el conjunto de servicios
- Para ayudar en el desarrollo de pagos combinados o tarifas por casos en los ciclos de atención necesario para patologías específicas
- Proporcionar un marco para un sistema integral de control clínico y documentación.
- Facilitar la comunicación entre los sistemas de atención de la salud sobre las necesidades de intensidad del servicio.

Al igual que con las versiones anteriores, el documento actual se divide en tres secciones. La primera sección define seis parámetros o dimensiones de evaluación: 1) Riesgo de daño; 2) Estado funcional; 3) Comorbilidad de salud, de adicción y psiquiátrica; 4) Entorno de recuperación; 5) Historial de tratamiento y recuperación; y 6) Estado de la participación y la recuperación. Se construye una escala de cinco puntos para cada dimensión y se elaboran los criterios para asignar una determinada calificación o puntuación a esa dimensión. En la Dimensión IV se definen dos subescalas, mientras que todas las demás dimensiones contienen solo una escala.

La segunda sección del documento define seis "niveles de atención" en la gama completa de servicios en términos de cuatro variables: 1) Entorno de atención, 2) Servicios clínicos, 3) Servicios de apoyo y 4) Servicios de resolución y prevención de crisis. El término "nivel" se utiliza para simplificar, pero no es nuestra intención implicar que las matrices de servicios sean estáticas o lineales. Más bien, cada nivel describe una combinación flexible o variable de tipos de servicios específicos y podría decirse con mayor precisión que

describe los niveles de intensidad de recursos. Los detalles del desarrollo del programa se dejan a los proveedores para que los determinen en función de las circunstancias locales y las evaluaciones de resultados. Cada nivel abarca una gama multidimensional de intensidades de servicio, combinando intervenciones de crisis, de apoyo, clínicas y ambientales, que varían de forma independiente.

Esta edición incluye un lenguaje que hace referencia a la capacidad de cada nivel de atención para proporcionar servicios adecuados para personas con condiciones de salud mental y/o uso de sustancias y/o problemas de salud coexistentes. A continuación, se elaboran los criterios para la colocación del paciente / la necesidad médica en cada nivel de atención . No se necesitan criterios separados para la admisión, la estancia continuada y el alta en este sistema, ya que los cambios en el nivel de atención se derivarán de cambios en las calificaciones en cualquiera de los seis parámetros a lo largo del tiempo. La descripción de cada nivel de atención proporciona orientación para las compañías aseguradoras al establecer plazos habituales para la revisión y actualización de los puntajes y la autorización.

En la sección final se describe una metodología de puntuación propuesta que facilita la traducción de los resultados del análisis en determinaciones de la colocación o el nivel de atención . Para ello, se proporcionan tun diagrama de casillas y un diagrama de flujo para las determinaciones.

Esperamos que esta versión de LOCUS continúe estimulando considerables comentarios, discusiones y pruebas de confiabilidad y validez en diversas circunstancias. Se reconoce que un documento de este tipo debe ser dinámico y que puede ser necesario realizar ajustes o adiciones para adaptarse a las necesidades locales o para hacer frente a circunstancias o Deterioros imprevistos o no reconocidas. Es posible que las necesidades específicas de las poblaciones especiales, como los niños, los adolescentes y los ancianos, no se aborden adecuadamente en esta versión para adultos. No pretende reemplazar el juicio clínico, y está destinado a servir solo como una guía operacionalizada para la utilización de recursos que debe aplicarse junto con un pensamiento clínico sólido. Se ofrece como un instrumento que debería tener una utilidad considerable en su forma actual, pero el crecimiento y la mejora deben realizarse con el tiempo y más pruebas. La AACP agradece cualquier comentario o sugerencia. Por favor, envíe sus comentarios a:

Wesley Sowers, M.D.
Profesor Clínico de Psiquiatría, Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh
Director del Centro de Psiquiatría de Servicio Público del Instituto y Clínica Psiquiátrica del Oeste
3811 O'Hara St
Pittsburgh, PA 15213 sowerswe@upmc.edu
Teléfono: (412) 246-5237

Reconocimientos

Este documento fue desarrollado originalmente por el Grupo de Trabajo sobre Determinaciones de Nivel de Atención del Comité de Sistemas para el Cuidado de la Salud de la Asociación Americana de Psiquiatras Comunitarios. Fue desarrollado en cooperación y con las sugerencias de múltiples revisores y usuarios en todo el país. También quisiéramos reconocer el estímulo intelectual que ha proporcionado el examen de múltiples documentos elaborados anteriormente para abordar cuestiones similares. De particular influencia en la conceptualización de LOCUS fueron el Criterio-1 de Colocación de Pacientes de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM-PPC), la Herramienta de Análisis del Nivel de Atención (LOCAT) de US Healthcare y el Método de Análisis del Nivel de Necesidad-Atención (LONCA).

Para la Versión 20 de LOCUS, se extiende un agradecimiento especial a Ken Minkoff, MD, Joe Parks, MD, Charley Huffine, MD y Robert Benacci, MA, por su cuidadosa revisión y aportes.

Grupo de Trabajo sobre Determinaciones del Nivel de Atención de la AACP

Wesley Sowers, MD, Presidente

Dra. Cheryl S. Al-Mateen
Dr. Donald B. Brown
Dr. Gordon H. Clark, Jr.
Dr. Benjamín Crocker
Dr. Robert M. Goisman
Dr. Steven Goldfinger
Dra. Linda Goldwater Gochfeld
Dr. Charles Huffine
Dra. Margaret Kitchell
Dr. Richard C. Lippincott
Dr. Kenneth Minkoff
Dr. David Moltz
Dr. Fred C. Osher
Dr. David A. Pollack
Dr. Andres Pumariega
Dr. Michael A. Silver
Dr. Clifton R. Tennison, Jr.
Dr. Kenneth Thompson

 © AACP

Sistema de Utilización del Nivel de Atención para Servicios Psiquiátricos y de Adicción

Instrucciones de Uso

El primer paso para completar el análisis del Sistema de Utilización del Nivel de Atención (LOCUS) es completar la calificación de cada parámetro de la evaluación mediante una escala de uno a cinco. Cada parámetro de la evaluación comienza con algunas guías para completar la calificación en esa sección. Cada calificación en la escala está definida por uno o más criterios, que se designan con letras separadas. Solo es necesario cumplir uno de estos criterios para que se asigne una puntuación al sujeto. El evaluador debe seleccionar la puntuación o calificación más alta en la cual se cumple al menos uno de los criterios. En algunos casos, se cumplirá más de uno de los criterios para cada calificación y, en ese caso, se pueden registrar ambos. Esto ayudará en la planificación del tratamiento una vez que se haya determinado el nivel de recomendación de la atención.

En ocasiones, habrá casos en los que habrá cierta ambigüedad sobre si un sujeto ha cumplido con los criterios para una puntuación en la escala dentro de uno de los parámetros. Esto puede deberse a información inadecuada, información contradictoria o simplemente dificultad para emitir un juicio sobre si la información disponible es coherente con alguno de los criterios para esa puntuación. La experiencia clínica debe aplicarse juiciosamente al tomar determinaciones en este sentido, y se debe seleccionar la calificación o criterio que proporcione la *aproximación más cercana* a la circunstancia real.

Sin embargo, habrá casos en los que seguirá siendo difícil tomar esta determinación. En estos casos, generalmente se debe asignar la puntuación más alta en la que es más probable que se haya cumplido al menos un criterio. El resultado será que cualquier calificación errónea se hará por el lado de la precaución.

Dado que LOCUS está diseñado como un instrumento dinámico, se debería esperar que las puntuaciones cambien con el tiempo, a veces (para las personas en crisis) en cuestión de horas. Las puntuaciones generalmente se asignan aquí y ahora, representando el cuadro clínico en el momento de la evaluación. En algunos de los parámetros, se tiene en cuenta la información histórica, pero no debe ser considerada a menos que sea una parte clara de los criterios definidos. En ciertas situaciones de crisis, la puntuación puede cambiar rápidamente a medida que se implementan las intervenciones. En otras situaciones, en las que un sujeto puede vivir en circunstancias muy estables, es posible que las puntuaciones no cambien durante largos períodos de tiempo. El juicio clínico debe prevalecer en la determinación de la frecuencia con la que se deben reevaluar las puntuaciones. Como regla general, se volverán a evaluar con mayor frecuencia a los niveles más altos de agudeza y a los niveles más altos de atención o intensidad de recursos. En los niveles más bajos de atención, es posible que muestren pocos cambios de una visita a otra, y los profesionales clínicos solo necesitan verificar que las calificaciones anteriores sean precisas durante las visitas trimestrales o semestrales.

Una vez que se han asignado las puntuaciones en los seis parámetros de evaluación, se deben registrar en una hoja de trabajo y sumar para obtener la puntuación compuesta. Se debe emplear el árbol de decisión del nivel de atención LOCUS y es el método recomendado para obtener la recomendación de colocación. Se puede obtener una estimación aproximada de la recomendación de colocación consultando la Tabla de Colocación de LOCUS. También existe una versión de LOCUS por computadora, que genera un documento con el resumen de la calificación y el perfil de criterios, junto con la recomendación de intensidad de servicio.

Visite www.locusonline.com para obtener más información.

Aunque el uso de LOCUS es bastante intuitivo con estas sencillas instrucciones, puede haber situaciones en las que los evaluadores puedan encontrar incertidumbre sobre cómo aplicar los criterios según lo previsto. Por esta razón, recomendamos una capacitación adicional para los potenciales usuarios. Esto se puede obtener de dos maneras. En vivo en las instalaciones, donde Deerfield Behavioral Health, Inc. (www.dbhn.com) puede proporcionar capacitación. Una segunda opción es el uso del Manual de Capacitación de LOCUS, que proporciona instrucciones ampliadas, ejemplos de casos, un análisis posterior a la capacitación, una entrevista guiada y la hoja de trabajo de LOCUS. Los manuales también están disponibles a través de Deerfield Behavioral Health, Inc.

Cada región o sistema de servicio que utilice LOCUS podría decidirse por crear una lista de los programas o las instalaciones de servicio existentes en cada nivel definido para la intensidad del servicio, como se describe en la segunda parte de la herramienta LOCUS. Una vez que se ha obtenido la recomendación del nivel de atención , los profesionales clínicos pueden consultar este catálogo de servicios para determinar las opciones de tratamiento disponibles para la persona que se está evaluando, y derivarla o ubicarla según corresponda.

Al asignar los niveles de atención, habrá algunos sistemas que no tengan servicios integrales para todas las poblaciones en todos los niveles del continuo. Cuando este es el caso, es posible que no se disponga del nivel de atención recomendado por LOCUS y será necesario tomar una decisión sobre si se deben proporcionar servicios más intensivos o menos intensivos. En la mayoría de los casos, se debe seleccionar el nivel más alto de atención, a menos que haya una justificación clara y convincente para hacer lo contrario. Por ejemplo, si un paciente que está siendo atendido inicialmente en el Nivel 6 tiene una reducción en su puntaje que permite una transición al Nivel 5, pero actualmente no hay una colocación disponible en el Nivel 5, ese paciente debe continuar siendo atendido en el Nivel 6 hasta que mejore aún más, o hasta que la colocación del Nivel 5 esté disponible. Esto nos llevará de nuevo a pecar de precavidos y de seguridad más que de riesgos e inestabilidad.

Necesidad Médica y Gestión de Recursos

LOCUS es una herramienta objetiva desarrollada por consenso de expertos y validada aún más por la satisfacción sostenida de sus usuarios durante los últimos veinte años. A medida que ha aumentado la exposición y la experiencia con LOCUS, el reconocimiento de que se trata de un instrumento de necesidad médica superior para el manejo de la atención también ha crecido. En esta actualización, se proporcionan guías más detalladas sobre el uso de LOCUS tanto por parte de las compañías aseguradoras como de los proveedores para determinar la "necesidad médica" de tratamiento considerando la gama completa de niveles de atención. El LOCUS 20 incluye, por ejemplo, orientación sobre la duración adecuada de una autorización y el tiempo máximo para un nuevo análisis de la necesidad en cada nivel de intensidad de servicio definido. En algunos casos, también se proporcionan recomendaciones sobre la fuerza laboral más apropiada para los diversos niveles de intensidad de servicio o tipos de intervención.

LOCUS ha demostrado cada vez más su valor como herramienta sistemática para las organizaciones de atención médica administrada, así como para las aseguradoras públicas y privadas que pueden contratar con ellas. El uso de LOCUS de manera organizada guiará a los usuarios hacia las medidas más efectivas y económicas para garantizar buenos resultados tanto para los individuos como para las poblaciones. LOCUS ayuda a que las compañías aseguradoras administren recursos de manera inteligente mientras mantienen un alto estándar de calidad en los servicios prestados por los proveedores de la red. Muchas compañías aseguradoras han descubierto que LOCUS, debido a su énfasis en el equilibrio de calidad y economía, les permite reducir los costos generales al eliminar la necesidad de una “microgestión” de las decisiones sobre

la atención tomadas por los proveedores, lo que permite que se dediquen más recursos a la atención. Son suficientes las auditorías periódicas para asegurar el uso adecuado del instrumento por parte de los proveedores en los sistemas que han madurado en su uso de LOCUS. El uso adecuado de LOCUS puede ayudar tanto a los proveedores como a las compañías aseguradoras a evitar la sobreutilización inapropiada y costosa de niveles de atención más altos y la subutilización inapropiada y peligrosa de esos niveles de intensidad de servicio.

LOCUS ofrece varias ventajas sobre otros niveles de atención y herramientas de autorización de estancia disponibles actualmente de la siguiente manera:

- LOCUS proporciona criterios de necesidad/colocación médica que son más completos que otras herramientas existentes, y que son aplicables a todo el proceso de atención. Las alternativas generalmente se enfocan en un solo nivel de atención , generalmente la hospitalización.
- LOCUS proporciona un método de gestión del "valor" que no se deriva fácilmente de ningún otro instrumento de atención médica administrada existente. Satisface la necesidad tanto de las compañías aseguradoras como de los proveedores de un sistema que garantice que los recursos se apliquen de manera eficiente y eficaz.
- Los criterios LOCUS tienen en cuenta los determinantes interpersonales y sociales de Deterioro funcional, también las respuestas previas al tratamiento, algo que las herramientas alternativas no ofrecen.
- Además, LOCUS proporciona un marco para el manejo clínico y la documentación que se extiende desde el análisis inicial, a través de la planificación del tratamiento y los procesos de registro del progreso, hasta la transición a niveles de atención menos restrictivos e intensivos. Este marco clínico facilita el monitoreo y el mantenimiento de la rendición de cuentas a aquellas entidades que asumen el riesgo financiero y la responsabilidad final de los resultados de la atención médica.

En este período de transformación de los sistemas de atención de la salud, LOCUS ha estado a la vanguardia en su facilitación de la atención centrada en la persona. Asimismo, ha sido un método progresivo para pensar en las necesidades de servicio y el uso juicioso de los recursos. Esperamos que las adiciones a esta versión de LOCUS promuevan aún más estos objetivos.

Versión 20 del Instrumento de LOCUS

Parámetros de la Evaluación para el Análisis de las Necesidades de Servicio

Definiciones

I. Riesgo de Daño

Esta dimensión del análisis considera el potencial de una persona para causar un daño significativo a sí misma o a otros. Si bien esto puede deberse con mayor frecuencia a pensamientos o intenciones suicidas u homicidas, en muchos casos el daño no intencional puede ser el resultado de interpretaciones erróneas de la realidad, de la incapacidad de cuidarse adecuadamente o de estados alterados de conciencia debido al consumo de sustancias intoxicantes de manera descontrolada. A los efectos de la evaluación de este parámetro, los déficits en la capacidad de cuidarse a sí mismo se consideran solo en el contexto de su potencial para causar daño. Del mismo modo, solo se utilizan los comportamientos asociados con el consumo de sustancias para calificar el riesgo de daño, no el consumo de sustancias en sí. Además de la evidencia directa de comportamiento potencialmente peligroso en la entrevista y la observación, se pueden considerar otros factores para determinar la probabilidad de dicho comportamiento, tales como; historial de conductas peligrosas, incapacidad para comprometerse a mantener su seguridad (aunque comprometerse a mantener su seguridad no la garantiza, la incapacidad de hacerlo aumenta la preocupación) y la disponibilidad de medios. Al considerar la información histórica, los patrones recientes de comportamiento deben tener prioridad sobre los patrones reportados desde el pasado remoto. El riesgo de daño puede calificarse de acuerdo con los siguientes criterios:

1 - Mínimo Riesgo de Daño

a- No hay indicios de pensamientos o impulsos suicidas u homicidas, y no hay antecedentes de ideación suicida u homicida, y no hay indicios de angustia significativa.
b- Capacidad clara de cuidar de sí mismo ahora y en el pasado.

2 - Bajo Riesgo de Daño

a- No tener ideación, plan, intenciones o angustia grave suicidas u homicidas actuales, pero puede haber tenido pensamientos transitorios o pasivos recientemente o en el pasado.
b- Consumo ocasional de sustancias sin episodios significativos de conductas potencialmente dañinas.
c- Períodos en el pasado de auto-negligencia sin evidencia actual de tal comportamiento.

3 - Moderado Riesgo de Daño

a- Ideación suicida u homicida actual significativa sin intención o plan consciente y sin antecedentes previos.
b- No existe ideación suicida/homicida activa, pero sí angustia extrema y/o antecedentes de comportamiento suicida/homicida.
c- Antecedentes de comportamiento suicida/homicida impulsivo crónico o amenazas, pero las expresiones actuales no representan un cambio significativo con respecto al comportamiento habitual.
d- Los atracones o el uso excesivo de sustancias resultaron en comportamientos potencialmente dañinos en el pasado, pero no ha habido episodios recientes.
e- Alguna evidencia de auto-negligencia y/o disminución de la capacidad para cuidarse a sí mismo en su entorno actual.

 © AACP

4 - Grave Riesgo de Daño

a- Ideación suicida u homicida actual con intenciones expresadas y/o antecedentes de llevar a cabo dicha conducta, pero sin medios para llevar a cabo la conducta, o con alguna incapacidad o aversión expresada para hacerlo.
b- Antecedentes de comportamiento suicida/homicida impulsivo crónico o amenazas con expresiones o comportamientos actuales que representan una elevación significativa del comportamiento habitual.
c- Patrón reciente de uso excesivo de sustancias que resulta en pérdida de autocontrol y comportamientos claramente dañinos sin capacidad demostrada para abstenerse de consumir.
d- Participación clara en la capacidad de cuidarse adecuadamente a sí mismo o de ser adecuadamente consciente de su entorno.

5 - Extremo Riesgo de Daño

a- Comportamiento suicida u homicida actual o tales intenciones con un plan y los medios disponibles para llevar a cabo este comportamiento...
   - sin ambivalencia expresada o barreras significativas para hacerlo, o
   - con un historial de intentos serios en el pasado que no son de naturaleza crónica, impulsiva o consistente, o
   - en presencia de alucinaciones o delirios que amenazan con anular el control habitual de los impulsos.
b- Episodios repetidos de violencia hacia uno mismo o hacia otros, u otros comportamientos que resulten en daño mientras se está bajo la influencia de sustancias intoxicantes con un patrón de uso casi continuo e incontrolado.
c- Participación extrema en la capacidad para cuidarse a sí mismo o para monitorear adecuadamente su entorno con evidencia de deterioros en la condición física o lesiones relacionadas con estos deterioros.

II. Estado Funcional

Esta dimensión del análisis mide en qué grado una persona es capaz de cumplir con las responsabilidades sociales, de interactuar con los demás, de mantener su funcionalidad física (como el sueño, el apetito, la energía, etc.), así como la capacidad de una persona para el autocuidado**.** Esta capacidad debe compararse con un nivel ideal de funcionamiento dadas las limitaciones de un individuo, o puede compararse con un nivel funcional basal determinado durante un período de tiempo adecuado antes del inicio de este episodio de enfermedad. Las personas con déficits continuos y de larga duración que no experimentan ningún cambio agudo en su estado son la única excepción a esta regla y se les da una calificación de tres. Si dichos déficits son lo suficientemente graves como para poner al cliente en riesgo de daño, se tendrán en cuenta al calificar la Dimensión I de acuerdo con los criterios allí elaborados. A los efectos de este documento, el origen del deterioro debe limitarse a aquellos directamente relacionados con problemas psiquiátricos y/o de adicción que el individuo pueda estar experimentando. Si bien otros tipos de discapacidades pueden desempeñar un papel en la determinación de qué tipos de servicios de apoyo pueden ser necesarios, generalmente no deben tenerse en cuenta para determinar la colocación de un individuo determinado considerando la gama completa de servicios en el tratamiento psicológico.

1 – Deterioro Mínimo

a- No más que un deterioro transitorio en el funcionamiento después de la exposición a un factor estresante identificable.

2 - Deterioro Leve

a- Experimenta algunos problemas en las interacciones interpersonales, con aumento de la irritabilidad, la hostilidad o el conflicto, pero es capaz de mantener algunas relaciones significativas y satisfactorias.
b- Experiencia reciente de algunas interrupciones menores en los aspectos de autocuidado o actividades habituales.
c- Desarrollar dificultades leves pero consistentes en el funcionamiento del rol social y en el cumplimiento de las obligaciones, como la dificultad para cumplir con las responsabilidades de los padres o rendir al nivel esperado en el trabajo o la escuela, pero mantener la capacidad de continuar en esos roles.
d- Demostrar una mejora significativa en la función después de un período de dificultad.

3 - Deterioro Moderado

a- Recientemente ha estado en conflicto, retraído, alienado o con problemas en la mayoría de las relaciones significativas, pero mantiene el control de cualquier comportamiento impulsivo, agresivo o abusivo.
b- La apariencia y la higiene están por debajo de los estándares habituales con frecuencia.
c- Alteraciones significativas en el funcionamiento físico como el sueño, los hábitos alimenticios, el nivel de actividad o el apetito sexual, pero sin una amenaza grave para la salud.
d- Deterioro significativo en la capacidad para cumplir con las responsabilidades y obligaciones en el trabajo, la escuela, con uno mismo u otras personas significativas, y puede evitarlas o descuidarlas en algunas ocasiones.
e- Deterioro continuo y/o variablemente grave en las relaciones interpersonales, capacidad para participar en actividades socialmente constructivas y capacidad para mantener responsabilidades.
f- Se han logrado avances recientes y/o estabilización en la función mientras participa en el tratamiento en un ambiente estructurado y/o protegido.

4 – Deterioro Grave

a- Grave reducción en la calidad de las interacciones interpersonales, con relaciones constantemente conflictivas o interrumpidas con los demás, que pueden incluir comportamientos impulsivos, agresivos o abusivos.
b- Retraimiento significativo y evitación de casi toda interacción social.
c- Falta constante de mantener la higiene personal, la apariencia y el cuidado personal cerca de los estándares habituales.
d- Alteraciones graves en el funcionamiento físico, como cambio de peso, interrupción del sueño o fatiga que amenazan el bienestar físico.
e- Incapacidad de desempeñarse según los estándares habituales en la escuela, el trabajo, la crianza de los hijos u otras obligaciones, y estas responsabilidades pueden descuidarse por completo con frecuencia o durante un período prolongado de tiempo.

 © AACP

5 - Deterioro Severo

a- Deterioro extremo en las interacciones sociales que pueden incluir comunicación caótica, comportamientos amenazantes con poca o ninguna provocación, o un control mínimo del comportamiento impulsivo, agresivo o abusivo.
b- Desarrollo de un alejamiento completo de todas las interacciones sociales.
c- Negligencia completa de la higiene personal y la apariencia e incapacidad para atender la mayoría de las necesidades básicas, como la ingesta de alimentos y la seguridad personal, con deterioro asociado en el estado físico.
d- Interrupciones extremas en el funcionamiento físico que causan daños graves a la salud y el bienestar.
e- Incapacidad total para mantener cualquier aspecto de la responsabilidad personal como ciudadano, o en roles ocupacionales, educativos o parentales.

III. Comorbilidad Médica, Adictiva y Psiquiátrica

Esta dimensión mide las posibles complicaciones en el curso de la enfermedad debido al nivel de agudeza o discapacidad relacionada con una enfermedad médica, un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno psiquiátrico coexistentes, además de la condición identificada por primera vez o más evidente (aquí se denomina trastorno de presentación). La presencia de condiciones coexistentes, cuando son suficientemente inestables o graves, puede prolongar el curso de la enfermedad en algunos casos, o puede requerir servicios más intensivos o más estrechamente supervisados en otros casos. A menos que se indique lo contrario, la simple presencia de trastornos *potencialmente* interactivos no debe considerarse en esta calificación. Solo se considerarán cuando se evidencie una activación significativa del trastorno de presentación. Para los pacientes que presentan trastornos por uso de sustancias, los estados de abstinencia fisiológica deben considerarse como comorbilidad médica a efectos de puntuación.

1 - Sin comorbilidad

a- No hay evidencia de enfermedad médica, trastornos por uso de sustancias o trastornos psiquiátricos aparte del trastorno de presentación.
b- Cualquier enfermedad coexistente que pueda haber estado presente anteriormente ahora está inactiva y no representa una amenaza para la estabilidad de la condición actual.

2 - Comorbilidad menor

a- Existencia de problemas médicos que en sí mismos no son inmediatamente amenazantes o debilitantes y que no tienen ningún impacto en el curso del trastorno de presentación.
b- Episodios ocasionales de abuso de sustancias, pero los episodios recientes son autolimitados, no muestran un patrón de escalada y no hay indicios de que afecten negativamente el curso de un trastorno psiquiátrico coexistente.
c- Ocasionalmente puede experimentar síntomas psiquiátricos que están relacionados con el estrés, la enfermedad médica o el uso de sustancias, pero estos son transitorios y no tienen un impacto detectable en un trastorno por consumo de sustancias coexistente.

3 - Comorbilidad significativa

a- Existen o pueden desarrollarse condiciones médicas (como diabetes o un síndrome de abstinencia fisiológica leve), que pueden requerir un seguimiento médico significativo.
b- Existen condiciones médicas que pueden haber sido creadas o afectadas negativamente por la existencia del trastorno de presentación.
c- Existen condiciones médicas que pueden afectar negativamente el curso del trastorno de presentación.
d- Consumo continuo o episódico de sustancias que ocurre a pesar de las consecuencias negativas con un impacto negativo significativo o potencialmente significativo en el curso de cualquier trastorno psiquiátrico coexistente.
e- Consumo reciente de sustancias que ha tenido efectos claramente perjudiciales en el trastorno de presentación, pero que se ha detenido temporalmente mediante el uso de un contexto altamente estructurado o protegido o por otros medios externos.
f- Están presentes síntomas y signos psiquiátricos significativos que en sí mismos son algo debilitantes, y que interactúan y tienen un efecto adverso en el curso y la gravedad de cualquier trastorno coexistente de consumo de sustancias.

4 - Comorbilidad mayor

a- Existen o tienen una probabilidad muy alta de que se desarrollen condiciones médicas (como un síndrome de abstinencia de alcohol, sedantes u opiáceos moderado y sin complicaciones, neumonía leve o hipertensión no controlada), que pueden requerir un seguimiento médico intensivo, aunque no constante.
b- Existen condiciones médicas que claramente empeoran por la existencia del trastorno de presentación.
c- Existen condiciones médicas que empeoran claramente el curso y el resultado del trastorno de presentación.
d- El consumo no controlado de sustancias se produce a un nivel que representa una grave amenaza para la salud si no se modifica, y/o que representa una barrera seria para la recuperación de cualquier trastorno psiquiátrico coexistente.
e- Existen síntomas psiquiátricos que son claramente incapacitantes y que interactúan con la capacidad de recuperarse de cualquier trastorno por consumo de sustancias coexistente y lo perjudican.

5 - Comorbilidad grave

a- Existen condiciones médicas importantes que pueden estar mal controladas y/o potencialmente mortales en ausencia de un tratamiento médico estricto (p. ej., abstinencia grave o complicada de alcohol, diabetes mellitus no controlada, embarazo complicado, enfermedad hepática grave, enfermedad cardiovascular debilitante).
b- La presencia y falta de control del trastorno de presentación pone al cliente en peligro inminente por complicaciones de problemas médicos existentes.

 © AACP

c- La condición médica no controlada empeora gravemente al trastorno de presentación, prolongando drásticamente el curso de la enfermedad e impidiendo seriamente la capacidad de recuperarse de ella.
d- Dependencia grave de sustancias con incapacidad para controlar el consumo bajo cualquier circunstancia y que puede incluir síntomas intensos de abstinencia o uso continuo a pesar de un claro empeoramiento de cualquier trastorno psiquiátrico coexistente y otros aspectos de bienestar.
e- Existen síntomas psiquiátricos agudos o graves que afectan gravemente la capacidad del cliente para funcionar e impiden la recuperación de cualquier trastorno por consumo de sustancias coexistente, o lo empeoran gravemente.

IV. Entorno de Recuperación

Esta dimensión considera factores en el ambiente, determinantes sociales e interpersonales de la salud y el bienestar que pueden contribuir a la aparición o mantenimiento de la adicción o la enfermedad mental, y/o pueden apoyar los esfuerzos para lograr o mantener la salud mental y/o la abstinencia. Las circunstancias estresantes pueden originarse en múltiples fuentes e incluyen conflictos o tormentos interpersonales, transiciones de vida, pérdidas, preocupaciones relacionadas con la salud y la seguridad, y la capacidad de mantener las responsabilidades en su rol. Los elementos de apoyo en el entorno son recursos que permiten a las personas mantener la salud y el desempeño de su rol frente a circunstancias estresantes, como la disponibilidad de recursos materiales adecuados y las relaciones con los miembros de la familia. La disponibilidad de amigos, empleadores o maestros, clérigos y profesionales, y otros miembros de la comunidad que brindan cuidados afectuosos y consuelo emocional, también son fuentes de apoyo.
Las personas que reciben tratamiento en ámbitos residenciales cerrados o protegidos de otra manera deben ser calificadas en función de las condiciones que encontrarían fuera de ese entorno antes de una transición a una situación de vida nueva o preexistente. Esto garantizará que se cuente con el apoyo y los recursos personales adecuados para protegerse contra entornos más estresantes antes de la transición.

A) Nivel de Estrés

Los criterios marcados con un asterisco (*) en su conclusión se aplican a personas con dificultades pasadas o presentes con el consumo de sustancias.

1 - Entorno de bajo estrés

a- Esencialmente, no hay dificultades significativas o duraderas en las interacciones interpersonales y las circunstancias significativas de la vida son estables.
b- No hay transiciones recientes de consecuencias.
c- Recientemente no se han experimentado pérdidas importantes de relaciones interpersonales o de estatus material.
d- Las necesidades materiales se satisfacen sin que exista un motivo significativo de preocupación de que puedan disminuir en un futuro próximo, y no se observan amenazas significativas para la salud o la seguridad.
e- El entorno de vida no plantea amenazas o riesgos significativos.
f- No hay presión para desempeñarse más allá de la capacidad en el rol social.

2 - Entorno levemente estresante

a- Presencia de algún conflicto interpersonal continuo o intermitente, alienación u otras dificultades.
b- Una transición que requiere ajustes, como un cambio en los miembros del hogar o un nuevo trabajo o escuela.
c- Circunstancias que causan cierta angustia, como un amigo cercano que se va de la ciudad, un conflicto en o cerca de la residencia actual o preocupación por mantener el bienestar material.
d- Aparición reciente de una enfermedad o lesión transitoria pero temporalmente incapacitante.
e- Existe la posibilidad de exposición al consumo de alcohol y/o drogas. *
f- Presión de rendimiento (percibida o real) en situaciones escolares o laborales que crean malestar.

3 - Entorno moderadamente estresante

a- Discordia significativa o dificultades en la familia u otras relaciones importantes o alienación de la interacción social.
b- Transición significativa que causa interrupciones en circunstancias de la vida, como la pérdida del trabajo, dificultades legales o cambio de residencia.
c- Pérdida o deterioro reciente e importante de las circunstancias interpersonales o materiales.
d- Preocupación relacionada con el deterioro sostenido del estado de salud.
e- Peligro en su hábitat o cerca del mismo.
f- Fácil exposición y acceso al consumo de alcohol y drogas. *
g- Percepción de que la presión para cumplir con las obligaciones supera la capacidad de cumplir con las obligaciones de manera oportuna o adecuada.

4 – Entorno altamente estresante

a- Alteración grave del contexto familiar o social que puede deberse a enfermedad, muerte, divorcio o separación de padres e hijos, conflictos graves, tormentos y/o malos tratos físicos o sexuales.
b- Alteración grave en las circunstancias de la vida, como ir a la cárcel, perder la vivienda o vivir en una cultura desconocida y hostil.
c- Incapacidad para satisfacer las necesidades de bienestar físico y/o material.
d- Aparición reciente de una enfermedad gravemente incapacitante o potencialmente mortal.
e- Dificultad para evitar la exposición a usuarios activos y otras presiones para participar en el consumo de alcohol o drogas. *
f- Episodios de victimización o amenazas directas de violencia cerca de la vivienda actual.
g- Se perciben demandas abrumadoras para cumplir con las obligaciones inmediatas.

 © AACP

5 – Entorno agudamente estresante

a- Un nivel de estrés agudamente traumático o circunstancias duraderas y altamente perturbadoras que interrumpen la capacidad de hacer frente incluso a las demandas mínimas en las esferas sociales, tales como:
   - comportamientos injuriosos y abusivos continuos de miembros de la familia o pareja.
   - presenciar o ser víctima de incidentes extremadamente violentos provocados por la malicia humana o un desastre natural.
   - persecución por parte de un grupo social dominante.
   - Muerte súbita o inesperada de un ser querido.

b- Exposición inevitable al uso de drogas y estímulo activo para participar en su consumo. *

c- Encarcelamiento o falta de vivienda adecuada.

d- Dolor intenso y/o amenaza inminente de pérdida de la vida debido a una enfermedad o lesión.

e- Incapacidad sostenida para satisfacer las necesidades básicas de bienestar físico y material.

f- Entorno caótico y constantemente amenazante.

B) Nivel de Apoyo

1 - Entorno de gran apoyo

a- Abundantes fuentes de apoyo con amplio tiempo e interés para satisfacer las necesidades materiales y emocionales en la mayoría de las circunstancias.

b- Participación efectiva del Equipo de Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT) u otros recursos similares de gran apoyo.
(La selección de este criterio prevalece sobre las calificaciones más altas)

2 - Entorno de apoyo

a- Los recursos de apoyo no son abundantes, pero tienen la capacidad y están disponibles para brindar una ayuda significativa en momentos de necesidad.

b- Algunos elementos del sistema de apoyo están disponibles y son aptos para participar en el tratamiento si se les solicita y tienen la capacidad de efectuar los cambios necesarios.

c- Los apoyos profesionales están disponibles y se prestan de forma efectiva (es decir, ICM).
(La selección de este criterio prevalece sobre las calificaciones más altas)

3 - Apoyo limitado en el entorno

a- Existen algunos recursos de apoyo en el entorno actual y pueden tener capacidad de proporcionar ayuda si es necesario.

b- Las fuentes habituales de apoyo pueden ser algo ambivalentes, estar alienadas, ser de difícil acceso o tener una cantidad limitada de recursos que están dispuestos o pueden ofrecer cuando sea necesario.

c- Las personas que tienen potencial para brindar apoyo tienen una capacidad incompleta para participar en el tratamiento y hacer los cambios necesarios.

d- Los recursos pueden utilizarse solo parcialmente, incluso cuando estén disponibles.

e- Participación constructiva limitada con cualquier fuente profesional de apoyo que esté disponible.

4 - Apoyo mínimo en el entorno

a- Hay muy pocas fuentes de apoyo reales o potenciales disponibles.
b- Los recursos de apoyo habituales muestran poca motivación o voluntad para ofrecer ayuda, o ellos mismos están preocupados u sienten hostilidad hacia el cliente.
c- Los apoyos existentes son incapaces de proporcionar recursos suficientes para satisfacer las necesidades materiales o emocionales.
d- El cliente puede estar en malos términos y no estar dispuesto a utilizar los apoyos disponibles de manera constructiva.

5 - Sin apoyo en el entorno

a- No hay fuentes de ayuda disponibles en el entorno, tanto emocionales como materiales.

V. Historial de Tratamiento y Recuperación

Esta dimensión del análisis reconoce que la experiencia pasada de una persona proporciona alguna indicación de cómo es probable que esa persona responda a circunstancias similares en el futuro. Si bien no es posible codificar o predecir cómo una persona individual puede responder a una situación dada, esta escala utiliza las tendencias pasadas en la respuesta a la exposición al tratamiento y la experiencia pasada en el manejo de la recuperación como sus indicadores principales. Aunque el proceso de recuperación es un concepto complejo, a efectos de calificar en este parámetro, la recuperación se define como un período de estabilidad con un buen control o manejo de los síntomas. Es importante reconocer que algunos clientes responderán bien a algunas situaciones de tratamiento y mal a otras. En algunos casos, esto puede no estar relacionado con el nivel de intensidad de la atención, sino más bien con las características y la calidad del tratamiento proporcionado. No obstante, la experiencia pasada es un predictor de la respuesta futura al tratamiento y debe tenerse en cuenta para determinar las necesidades de servicio y el plan de recuperación.
Las experiencias más recientes en el tratamiento y la recuperación deben tener prioridad sobre las experiencias más remotas para determinar la calificación adecuada.

1 – Respuesta significativa al tratamiento y manejo de la recuperación

a- No ha habido experiencia previa con el tratamiento o la recuperación.
b- La experiencia previa indica que los esfuerzos en todos los tratamientos que se han intentado han sido útiles para controlar el problema que presenta.
c- Ha habido un tratamiento exitoso de la recuperación prolongada con pocos y limitados períodos de recaída, incluso en entornos no estructurados o sin tratamiento frecuente.

2 - Respuesta significativa al tratamiento y manejo de la recuperación

a- La experiencia previa o actual en el tratamiento ha sido exitosa en el control de la mayoría de los síntomas, pero es posible que se hayan requerido exposiciones intensivas o repetidas.
b- Se ha manejado la recuperación durante períodos de tiempo moderados con un apoyo o una estructura limitados.

 © AACP

3 - Respuesta moderada o equívoca al tratamiento y al manejo de la recuperación

a- El tratamiento previo o actual no ha logrado la remisión completa de los síntomas ni un control óptimo de los síntomas.
b- Las exposiciones previas al tratamiento se han caracterizado por un esfuerzo o motivación mínimos y no se ha logrado un éxito significativo o un período de recuperación.
c- Respuesta poco clara al tratamiento y capacidad para mantener una recuperación significativa.
d- Al menos una recuperación parcial se ha mantenido durante períodos de tiempo moderados, pero solo con un fuerte apoyo profesional o de pares o en entornos estructurados.

4 - Poca respuesta al tratamiento y manejo de la recuperación

a- El tratamiento previo o actual no ha logrado la remisión completa de los síntomas o un control óptimo de los síntomas, incluso con una exposición intensiva y/o repetida.
b- Los intentos de mantener los beneficios que se pueden obtener en el tratamiento intensivo tienen un éxito limitado, incluso durante períodos de tiempo limitados o en entornos estructurados.

5 - Respuesta insignificante al tratamiento y manejo de la recuperación

a- La respuesta pasada o actual al tratamiento ha sido bastante mínima, incluso con una exposición intensiva controlada médicamente en entornos altamente estructurados durante largos períodos de tiempo.
b- Los síntomas son persistentes y la capacidad funcional no muestra una mejoría significativa a pesar de esta exposición al tratamiento.

VI. Estado de Participación y Recuperación

Esta dimensión del análisis considera la comprensión de la persona sobre la enfermedad y el tratamiento, así como la capacidad o voluntad de participar en el tratamiento y el proceso de recuperación. Esto a veces se denomina "activación del paciente". Factores como la aceptación de discapacidades, la etapa del proceso de cambio, la capacidad de confiar en los demás y aceptar ayuda, la interacción con las oportunidades de tratamiento y la capacidad de asumir la responsabilidad de la recuperación deben tenerse en cuenta al seleccionar la calificación de esta dimensión. Estos factores también afectarán la capacidad de una persona para tener éxito en un nivel determinado de atención.

1 - Participación y recuperación óptimos

a- Tiene una comprensión y aceptación completa de la enfermedad y su efecto en la función.
b- Mantiene activamente los cambios realizados en el pasado (Etapa de Mantenimiento).
c- Tiene entusiasmo con la recuperación, confía en sí mismo y muestra una gran capacidad para utilizar los recursos y el tratamiento disponibles.
d- Comprende el proceso de recuperación y asume un papel y responsabilidad personal en un plan de recuperación.

2 - Participación y recuperación positivas

a- Tiene una comprensión y aceptación significativas de la enfermedad y su efecto en la función.
b- Está dispuesto a cambiar y está trabajando activamente para lograrlo (Etapa de Acción).
c- Actitud positiva hacia la recuperación y el tratamiento, capaz de desarrollar relaciones de confianza, y utiliza los recursos disponibles de forma independiente cuando es necesario.
d- Muestra que reconoce el papel personal que juega en la recuperación y acepta una significativa responsabilidad para lograrla.

3 - Participación y recuperación limitadas

a- Tiene cierta variabilidad, vacilación o incertidumbre en la aceptación o comprensión de la enfermedad y la discapacidad.
b- Tiene un deseo limitado o carece de confianza para cambiar a pesar de las intenciones de hacerlo (Etapa de Preparación).
c- Se relaciona con el tratamiento con cierta dificultad y establece pocas relaciones de confianza, si es que las tiene.
d- No utiliza los recursos disponibles de forma independiente o solo en casos de extrema necesidad.
e- Tiene una capacidad limitada para aceptar la responsabilidad de la recuperación.

4 - Participación y recuperación mínimas

a- Rara vez, o nunca, es capaz de aceptar la realidad de la enfermedad o cualquier discapacidad que la acompañe, pero puede reconocer algunas dificultades en la vida.
b- No tiene deseo o tiene miedo de ajustar el comportamiento, pero puede reconocer la necesidad de hacerlo (Etapa de Contemplación).
c- Se relaciona mal con el tratamiento y los proveedores de tratamiento, y su capacidad de confiar en otros es extremadamente limitada.
d- Evita el contacto y el uso de los recursos de tratamiento si se le deja a su propio criterio.
e- No acepta ninguna responsabilidad por la recuperación o se siente impotente para hacerlo.

5 – Desconexión y estancamiento

a- No tiene conciencia o comprensión de la enfermedad y la discapacidad (Etapa de Pre-contemplación).
b- Incapacidad para comprender el concepto de recuperación o las contribuciones del comportamiento personal al proceso de la enfermedad.
c- Incapaz de participar activamente en la recuperación o el tratamiento y no tiene la capacidad actual para relacionarse con otra persona o desarrollar confianza.
d- Extremadamente evasivo, asustado o cauteloso.

 © AACP

NIVELES DE ATENCIÓN

Como se indicó en la introducción de este instrumento, *el término "nivel de atención" se utiliza por simplicidad, pero no es la intención de esta sección implicar que los conjuntos de servicios ofrecidos sean estáticos o lineales. Más bien, cada nivel describe una combinación flexible o variable de tipos de servicios específicos y podría decirse con mayor precisión que describe los* ***niveles de intensidad de los recursos****. Los detalles del desarrollo del programa se dejan a los proveedores para que los determinen en función de las circunstancias locales y las evaluaciones de los resultados obtenidos. Cada nivel abarca una gama multidimensional de elementos de servicio, que combinan intervenciones de crisis, apoyo, clínicas y ambientales, que varían de forma independiente en función de las necesidades identificadas.*

Esta edición incluye especificaciones sobre la capacidad de cada nivel de atención para proporcionar servicios adaptados a personas con problemas de salud mental y/o uso de sustancias y/o condiciones de salud coexistentes. El diseño del servicio debe suponer que los usuarios tienen necesidades complejas. Con eso en mente, la definición de cada sección incluye un recordatorio de que los servicios deben reflejar esta expectativa. Además, se proporcionan duraciones sugeridas para las autorizaciones y revisiones del estado clínico para facilitar los procesos de supervisión y reducir los gastos administrativos innecesarios. La intensidad de los servicios debe ser coherente con los estándares de la organización de certificación y acreditación del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Asimismo, se sugieren cualificaciones óptimas de la fuerza laboral para los distintos elementos de servicio en cada nivel de atención. Los requisitos específicos de personal deben cumplir con los estándares estatales, federales y de la organización de acreditación.

Definiciones

SERVICIOS BÁSICOS - Prevención y Mantenimiento de la Salud

Definición:

Los servicios básicos están diseñados para prevenir la aparición de enfermedades o para limitar la magnitud de la morbilidad asociada a los procesos patológicos ya establecidos. Estos servicios pueden desarrollarse para aplicaciones individuales o comunitarias, y generalmente se llevan a cabo en una variedad de entornos comunitarios. Estos servicios estarán disponibles para todos los miembros de la comunidad, con especial atención a los niños y las familias. Estos servicios suelen denominarse servicios resolución de crisis y/o de urgencia. La expectativa de que las personas que utilizan estos servicios pueden tener necesidades complejas requiere que estos servicios estén diseñados para que los disfruten todas las personas y les brinden cuidados preventivos y holísticos. Deben ser capaces de proporcionar un cuidado de calidad a las personas que presentan trastornos "coexistentes".

Este nivel de atención debe estar disponible para todos los miembros de la comunidad sin necesidad de obtener una autorización previa de las aseguradoras. Los profesionales que prestan servicios

deben tener la licencia adecuada y en buen estado. Muchos servicios de apoyo pueden ser proporcionados por paraprofesionales debidamente capacitados y/o acreditados, incluidos colegas especializados.

1. **Entorno de atención:** Un equipo de oficina y comunicaciones de fácil acceso. Se debe disponer de un espacio adecuado para los servicios prestados en las instalaciones. Es probable que las oficinas centrales estén ubicadas más convenientemente en un centro de salud comunitario o cerca del mismo. Sin embargo, la mayoría de los servicios se prestarán en la comunidad, en escuelas, lugares de trabajo, centros comunitarios, bibliotecas, iglesias, etc., y deberá disponerse de medios de transporte.
2. **Servicios clínicos:** Se proporcionarán servicios médicos y de enfermería las veinticuatro horas para la evaluación de urgencias, intervención breve y servicios de divulgación.
3. **Servicios de apoyo:** Según sea necesario para la estabilización de crisis, teniendo la capacidad de movilizar recursos comunitarios y facilitar la vinculación a niveles más intensos de atención si es necesario.
4. **Servicios de estabilización y prevención de crisis:** Además de los servicios de crisis ya descritos, los programas de prevención estarían disponibles y se promoverían para todos los miembros cubiertos. Estos programas incluirían: 1) Alcance comunitario a poblaciones especiales como personas sin hogar, ancianos, niños, mujeres embarazadas, familias desestructuradas o violentas, servicios de protección infantil, servicios para víctimas de violencia doméstica y delincuentes criminales; 2) Primeros auxilios de salud mental para víctimas de trauma o desastre y primeros respondedores; 3) Oportunidades frecuentes para detectar miembros de alto riesgo en la comunidad; 4) Educación para el mantenimiento de la salud (p. ej., habilidades de afrontamiento, manejo del estrés, recreación); 5) Educación para la prevención de la violencia y organización comunitaria; 6) Consulta a proveedores de atención primaria y grupos comunitarios; 7) Facilitación de redes de apoyo mutuo y programas de empoderamiento; 8) Programas de evaluación ambiental que identifican toxinas para la salud mental; 9) Apoyo a programas de cuidado diurno y de enriquecimiento infantil; y 10) Líneas de emergencia y de apoyo en casos de crisis.

Criterios de Colocación:

Estos Servicios Básicos deben estar disponibles para todos los miembros de la comunidad, independientemente de su estatus en la escala de calificación dimensional.

I. NIVEL UNO - Recuperación, Mantenimiento y Gestión de la Salud

Definición:

Este nivel de atención brinda tratamiento a los clientes que viven de forma independiente o con apoyo mínimo en la comunidad, y que han logrado una recuperación significativa de episodios pasados de enfermedad. Se trata de un nivel de atención "escalonado", diseñado para prevenir o mitigar futuros episodios de deterioro. Las necesidades de tratamiento y servicio no requieren supervisión ni contacto frecuente. Teniendo en cuenta que las personas que utilizan estos servicios pueden tener necesidades complejas, estos servicios deben estar diseñados para acoger a personas con múltiples condiciones, y para poder ofrecer servicios con "capacidad para servicios coexistentes".

Este nivel de atención de baja intensidad no debería requerir autorización previa por parte de las aseguradoras, y debería estar disponible mientras sea necesario de un modo similar al que se ofrece en las visitas periódicas a los proveedores de atención primaria. Los profesionales que prestan servicios

deben contar con la licencia o acreditación pertinente. Muchos servicios de apoyo pueden ser proporcionados por paraprofesionales debidamente capacitados y/o acreditados, incluyendo a colegas especializados.

Los programas de Nivel Uno deben proporcionar lo siguiente:

1. **Entorno de atención**: Debe contar con un espacio adecuado para llevar a cabo las actividades necesarias para el tratamiento. El espacio debe ser de fácil acceso, estar bien ventilado e iluminado. El acceso a la instalación se puede monitorear y controlar, pero la salida no se puede restringir. Los servicios se pueden prestar en instalaciones comunitarias o, en ciertos casos, en el lugar de residencia.
2. **Servicios clínicos**: La programación del tratamiento (que incluye, terapia individual, familiar y/o grupal) estará disponible hasta una hora por mes y, por lo general, no menos de una hora cada tres meses. La revisión y/o el contacto psiquiátrico o médico deben realizarse aproximadamente una vez cada tres a seis meses. En este entorno se puede monitorear y manejar el uso de medicamentos. Las capacidades para proporcionar terapia de apoyo individual o grupal deben estar disponibles en este nivel. La coordinación con los proveedores de atención primaria debe organizarse según corresponda.
3. **Servicios de apoyo:** Puede ser necesaria ayuda para conseguir ayuda financiera, vivienda de apoyo, gestión de sistemas y transporte. También estará disponible la vinculación con redes de apoyo mutuo, grupos de defensa individuales y con programas educativos o vocacionales de acuerdo con las necesidades del cliente. La prestación de estos servicios no debería requerir más de 1-2 horas por mes en promedio, aunque puede haber crisis de vida ocasionales que requieran apoyo adicional por períodos cortos de tiempo.
4. **Servicios de estabilización y prevención de crisis:** Los clientes deben tener acceso a servicios de evaluación de emergencia e intervención breve las 24 horas, incluido un entorno de alivio. Habrá oportunidades educativas y de empleo, y programas de empoderamiento, y se facilitará el acceso a estos servicios. Además, tendrán acceso a todos los Servicios Básicos (ver página 20).

Criterios de Colocación:

1. **Riesgo de daño:** Los clientes con una calificación de dos o menos pueden bajar a este nivel de atención.
2. **Estado funcional:** Los clientes deben demostrar la capacidad de mantener una calificación de dos o menos para ser elegibles para este nivel de atención .
3. **Comorbilidad:** Generalmente se requiere una calificación de dos o menos para este nivel de atención.
4. **Entorno de recuperación:** Se debe requerir una calificación combinada de no más de cuatro en la escala "A" y "B" para el tratamiento en este nivel.
5. **Historial de tratamiento y recuperación:** Se debe requerir una calificación de dos o menos para el tratamiento en este nivel.
6. **Estado de participación y recuperación:** Se debe obtener una calificación de dos o menos en esta dimensión para la colocación en este nivel de atención .
7. **Calificación compuesta:** La colocación en este nivel de atención implica que el cliente ha completado con éxito el tratamiento en un nivel de atención más intensivo y necesita principalmente ayuda para mantener los logros obtenidos en el pasado. Por lo general, se debe obtener una calificación compuesta de más de 10 pero menos de 14 para la elegibilidad para este servicio.

II. NIVEL DOS - Servicios Comunitarios de Baja Intensidad

Definición:

Este nivel de atención brinda tratamiento a clientes que necesitan tratamiento continuo, pero que viven de forma independiente o con un apoyo mínimo en la comunidad. Las necesidades de tratamiento y servicio no requieren una supervisión intensa ni un contacto muy frecuente. Los programas de este tipo han sido tradicionalmente programas basados en clínicas. Teniendo en cuenta que las personas que utilizan estos servicios a menudo tendrán necesidades complejas, estos servicios deben estar diseñados para acoger a personas con múltiples condiciones, y para poder ofrecer servicios con capacidad para servicios coexistentes".

Algunas compañías aseguradoras pueden requerir que estos servicios se autoricen, pero no debería ser necesaria una supervisión estricta ya que probablemente se incurriría en más gastos que ahorros. Las revisiones no se deberían requerir con más frecuencia que cada cuatro meses. Los profesionales que prestan servicios deben tener la licencia y certificación adecuadas. Muchos servicios de apoyo pueden ser proporcionados por paraprofesionales debidamente capacitados y/o acreditados, incluyendo a colegas especializados.

Los programas de Nivel Dos deben proporcionar lo siguiente:

1. **Entorno de atención:** Debe contar con un espacio adecuado para llevar a cabo las actividades necesarias para el tratamiento. El espacio debe ser de fácil acceso, estar bien ventilado e iluminado. El acceso a la instalación se puede monitorear y controlar, pero la salida no se puede restringir. En algunos casos, los servicios se pueden prestar en instalaciones comunitarias o en el lugar de residencia.
2. **Servicios clínicos:** La programación del tratamiento debe estar disponible hasta dos horas por semana, pero por lo general no menos de una hora cada cuatro semanas. La frecuencia de los contactos puede variar en respuesta a las necesidades fluctuantes. La revisión y/o el contacto psiquiátrico o médico deben estar disponibles de acuerdo con la necesidad, según lo indicado por la evaluación inicial y continua. En este entorno se puede monitorear y manejar el uso de medicamentos y debe estar disponible dentro de un período de tiempo razonable. Las necesidades de salud física se pueden satisfacer mediante la coordinación con la atención primaria, preferiblemente en las mismas instalaciones. Las capacidades para proporcionar terapias individuales, grupales y familiares deben estar disponibles en estos entornos.
3. **Servicios de apoyo:** Los servicios de gestión de casos no serán necesarios generalmente en este nivel de atención, pero puede ser necesaria asistencia para conseguir ayuda financiero, vivienda de apoyo, gestión de sistemas y transporte. También estará disponible la vinculación con redes de apoyo mutuo y grupos de defensa individuales, y la coordinación de programas educativos o vocacionales de acuerdo con las necesidades del cliente. La prestación de estos servicios de apoyo no debería requerir un promedio de más de 2-3 horas por mes.
4. **Servicios de estabilización y prevención de crisis:** Los clientes deben tener acceso a servicios de evaluación de emergencia e intervención breve las 24 horas, incluido un entorno de alivio. Habrá oportunidades educativas y de empleo, y programas de empoderamiento, y se facilitará el acceso a estos servicios. Además, tendrán acceso a todos los demás Servicios Básicos (véase la página 20).

 © AACP

Criterios de colocación:

1. **Riesgo de daño:** Una calificación de dos o menos sería la más apropiada para este nivel de atención. En algunos casos, se podría acomodar una calificación de tres si la calificación compuesta se encuentra dentro de las guías.
2. **Estado funcional:** Las calificaciones de tres o menos podrían gestionarse en este nivel.
3. **Comorbilidad:** Se requiere una calificación de dos o menos para la colocación en este nivel.
4. **Entorno de recuperación:** Se requiere una calificación de tres o menos en cada escala y una puntuación combinada de no más de cinco en las escalas "A" y "B" para el tratamiento en este nivel.
5. **Historial de tratamiento y recuperación:** Una calificación de dos o menos es generalmente la más apropiada para este nivel de atención . En algunos casos, se podría intentar una calificación de tres en este nivel si se desciende de un nivel de atención más intensivo y se obtiene una calificación de dos o menos en la escala "B" de la Dimensión IV.
6. **Estado de participación y recuperación:** Una calificación de dos o menos es generalmente la más apropiada para este nivel de atención. En algunos casos, se puede asignar una calificación de tres en este nivel si no se está dispuesto a participar en el tratamiento a un nivel más intensivo.
7. **Calificación compuesta:** La colocación en este nivel de atención generalmente se determinará por la interacción de una variedad de factores, pero se excluirá por una puntuación de cuatro o más en cualquiera de las dimensiones. Se requiere una puntuación compuesta de al menos 14 pero no más de 16 para el tratamiento en este nivel.

III. NIVEL TRES - Servicios Comunitarios de Alta Intensidad

Definición:

Este nivel de atención brinda tratamiento a los clientes que necesitan apoyo y tratamiento intensivos, pero que viven de forma independiente o con un apoyo mínimo en la comunidad. Las necesidades de servicio no requieren supervisión diaria, pero las necesidades de tratamiento requieren contacto varias veces por semana. Los programas de este tipo han sido tradicionalmente programas basados en clínicas. Teniendo en cuenta que las personas que utilizan estos servicios a menudo tendrán necesidades complejas, estos servicios deben estar diseñados para acoger a personas con múltiples condiciones, y para poder ofrecer servicios con capacidad para servicios coexistentes".

Para este nivel de servicio se debería requerir una supervisión mínima y no deberían ser necesarias las actualizaciones con más frecuencia que cada dos semanas para las personas con condiciones agudas, y cada dos meses para aquellas con condiciones de evolución más lenta. Los profesionales que prestan servicios deben tener la licencia y certificación adecuadas. Muchos servicios de apoyo pueden ser proporcionados por paraprofesionales debidamente capacitados y/o acreditados, incluyendo a colegas especializados.

Los programas de Nivel Tres deben proporcionar lo siguiente:

1. **Entorno de atención:** Debe contar con un espacio adecuado para llevar a cabo las actividades necesarias para el tratamiento. El espacio debe ser de fácil acceso, estar bien ventilado e iluminado. El acceso a la instalación se puede monitorear y controlar, pero la salida no se puede restringir. Los servicios se pueden prestar en instalaciones comunitarias o, en ciertos casos, en el lugar de residencia.

2. **Servicios clínicos:** La programación del tratamiento (que incluye terapia grupal, individual y familiar) debe estar disponible aproximadamente tres días a la semana y aproximadamente dos o tres horas al día. El personal psiquiátrico/médico debe ser adecuado para proporcionar revisión y/o contacto según sea necesario de acuerdo con el análisis inicial y continuo. Los servicios psiquiátricos/médicos de guardia generalmente no estarán disponibles las 24 horas. Por lo general, no se requiere cuidados de enfermería especializada en este nivel, y el uso de medicamentos se puede monitorear, pero no administrar. Debe existir una estrecha coordinación con la atención primaria y, si es posible, estar ubicada en las mismas instalaciones. Las capacidades para proporcionar terapias individuales, grupales, familiares y de rehabilitación deben estar disponibles en estos entornos.
3. **Servicios de apoyo:** Los servicios de gestión de casos o de divulgación deben estar disponibles e integrados con los equipos de tratamiento. Se debe disponer de asistencia para proporcionar u conseguir ayuda financiera, vivienda de apoyo, gestión de sistemas y transporte. También estará disponible la vinculación con redes de apoyo mutuo y grupos de defensa individuales, la facilitación de actividades recreativas y sociales, y la coordinación de programas educativos o vocacionales, de acuerdo con las necesidades del cliente. Aunque la necesidad de servicios de apoyo es variable en este nivel, comúnmente se requiere un promedio de dos horas por semana.
4. **Servicios de estabilización y prevención de crisis:** Los clientes deben tener acceso a servicios de evaluación de emergencia e intervención breve las 24 horas, incluido un entorno de alivio. Se dispondrá de capacidad de servicios móviles, programas de guardería y de enriquecimiento infantil, oportunidades de educación y empleo, y programas de empoderamiento, y se facilitará el acceso a estos servicios. También estarán disponibles todos los demás Servicios Básicos (ver página 20).

Criterios de Colocación:

1. **Riesgo de daño:** Se puede asignar una calificación de tres o menos en este nivel.
2. **Estado funcional:** Se requiere una calificación de tres o menos para este nivel de atención .
3. **Comorbilidad:** Una calificación de tres o menos se puede administrar en este nivel de atención .
4. **Entorno de recuperación:** Se requiere una calificación de tres o menos en cada escala y una puntuación combinada de no más de cinco en las escalas "A" y "B" para el tratamiento en este nivel.
5. **Historial de tratamiento y recuperación:** Una calificación de dos es la más apropiada para la gestión en este nivel de atención, pero en muchos casos se puede acomodar a una calificación de tres.
6. **Estado de participación y recuperación:** Se requiere una calificación de tres o menos para este nivel de atención .
7. **Calificación compuesta**: La colocación en este nivel de atención generalmente se determinará por la interacción de una variedad de factores, pero se excluirá por una puntuación de cuatro o más en cualquier dimensión. Se requiere una puntuación compuesta de al menos 17 y no más de 19 para el tratamiento en este nivel.

 © AACP

IV. NIVEL CUATRO - Servicios No Residenciales con Supervisión Médica

Este nivel de atención se refiere a los servicios prestados a los clientes capaces de vivir en la comunidad, ya sea en entornos de apoyo o independientes, pero cuyas necesidades de tratamiento requieren un tratamiento intensivo por parte de un equipo de tratamiento multidisciplinario. Los servicios, que se incluirían en este nivel de atención, se han descrito tradicionalmente como programas de hospitalización parcial y como programas de tratamiento comunitario asertivo. Las personas que utilizan estos servicios generalmente tendrán necesidades complejas, por lo que estos servicios deben estar diseñados para acoger a personas con múltiples condiciones, y para poder ofrecer servicios con capacidad para servicios coexistentes".

Es posible que se requiera la supervisión de la aseguradora para este nivel de servicio, pero no se deben requerir revisiones con más frecuencia que cada dos semanas en los entornos de cuidados agudos como la hospitalización parcial, y no más de cada tres meses para los servicios de cuidados extendidos como ACT. Los profesionales que brindan servicios deben tener la licencia y certificación adecuadas y deben incluir una gama completa de disciplinas, incluida la rehabilitación, adicciones y médicos especializados. Muchos servicios de apoyo pueden ser proporcionados por paraprofesionales debidamente capacitados y/o acreditados, incluyendo a colegas especializados.

Los servicios de Nivel Cuatro deben ser capaces de proporcionar lo siguiente:

1. **Entorno de atención:** Los servicios pueden prestarse dentro de los límites de un entorno clínico que proporcione un espacio adecuado para la prestación de los servicios disponibles en este nivel, o en algunos casos pueden prestarse incluyendo a los servicios que recibe el cliente en la comunidad. (por ejemplo, el equipo ACT).
2. **Servicios clínicos:** Los servicios clínicos deben estar disponibles durante la mayor parte del día para los clientes todos los días. Los servicios psiquiátricos deberían ser accesibles todos los días y el contacto tendrá lugar según se pueda requerir en el análisis inicial y el continuo, por lo general no menos de una hora por mes, o más de cuatro horas por mes. Los servicios psiquiátricos también deben estar disponibles por comunicación remota las 24 horas del día. Los servicios de enfermería deben estar disponibles unas 40 horas a la semana. La evaluación física y la atención primaria se deben proporcionar en las instalaciones si es posible, preferiblemente integradas en el equipo de tratamiento. El tratamiento intensivo debe proporcionarse al menos cinco días a la semana e incluir terapia individual, grupal y familiar según las necesidades del cliente. Los servicios de rehabilitación serán un aspecto integral del programa de tratamiento. Se puede supervisar cuidadosamente la medicación, pero en la mayoría de los casos será autoadministrada. Los servicios clínicos no psiquiátricos generalmente tienen un promedio de 5 a 16 horas semanales.
3. **Servicios de apoyo:** Los servicios de gestión de casos se integrarán con equipos de tratamiento en las instalaciones o con equipos de tratamiento móviles, y brindarán asistencia para proporcionar o conseguir ayuda financiera, vivienda de apoyo, gestión de sistemas, transporte y mantenimiento de ADL. También estará disponible la vinculación con redes de apoyo mutuo y grupos individuales, la facilitación de actividades recreativas y sociales, y la coordinación de programas educativos o vocacionales de acuerdo con las necesidades del cliente. La necesidad de servicios de apoyo variará, pero por lo general requerirá un promedio de 5 a 10 horas por semana, incluido el tiempo de servicio indirecto.

4. **Servicios de estabilización y prevención de crisis:** Los clientes deben tener acceso a servicios de evaluación de emergencia e intervención breve las 24 horas, incluido un entorno de alivio. Estarán disponibles la capacidad de servicio móvil, programas de cuidado diurno y de enriquecimiento infantil, oportunidades de educación y empleo, y programas de empoderamiento, al igual que otros servicios básicos.

Criterios de Colocación:

1. **Riesgo de daño:** Se requiere una calificación de tres o menos para la colocación en este nivel, independientemente de otras variables, y no debe administrarse una calificación superior a tres en este nivel.
2. **Estado funcional:** Una calificación de tres es la más apropiada para este nivel de atención , independientemente de otras variables. En algunos casos, una calificación de cuatro podría asignarse en este nivel si se coloca junto con una calificación de uno en la escala “A” y “B” en la Dimensión IV. (La disponibilidad de Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT) sería equivalente a una calificación de uno en la escala "B". Por lo general, una calificación de dos en la escala "A" podría administrarse junto con ACT).
3. **Comorbilidad:** Una calificación de tres o menos es la más apropiada para este nivel de atención . En algunos casos, podría asignarse una calificación de cuatro en este nivel si se coloca junto con una calificación de uno en la escala "A" y "B" en la Dimensión IV. (Disponibilidad de Comunidad Asertiva El tratamiento equivaldría a una calificación de uno en la escala "B". En general, se podría administrar una calificación de dos en la escala "A" en esa circunstancia).
4. **Entorno de recuperación:** Una calificación de escala "A" de tres o menos es la más apropiada para este nivel de atención . En algunos casos, podría asignarse una calificación de cuatro en este nivel si se coloca junto con una calificación de uno en la escala "B". (Disponibilidad de Comunidad Asertiva. El tratamiento merecería una calificación de uno en la escala "B"). De lo contrario, una calificación de la escala "B" de tres o menos podría administrarse generalmente en este nivel.
5. **Historial de tratamiento y recuperación:** Una calificación de tres o menos es la más apropiada para este nivel de atención . En algunos casos, podría asignarse en este nivel una calificación de cuatro si se coloca junto con una calificación de uno en la escala "A" y "B" en la Dimensión IV. (La disponibilidad de Tratamiento Comunitario Asertivo sería equivalente a una calificación de uno en la escala "B". Por lo general, una calificación de dos en la escala "A" podría administrarse junto con ACT).
6. **Estado de participación y recuperación:** Una calificación de tres o menos es la más apropiada para este nivel de atención . En algunos casos, podría asignarse en este nivel una calificación de cuatro si se coloca junto con una calificación de uno en la escala "A" y "B" en la Dimensión IV. (La disponibilidad de Tratamiento Comunitario Asertivo equivaldría a una calificación de uno en la escala "B". Por lo general, una calificación de dos en la escala "A" podría asignarse junto con ACT).
7. **Calificación compuesta:** En muchos casos, la utilización de este nivel de atención estará determinada por la interacción de una variedad de factores. Una calificación compuesta de 20 requiere tratamiento a este nivel con o sin recursos ACT disponibles. (La presencia de ACT reduce las puntuaciones en la Dimensión IV, lo que permite cumplir estos criterios incluso cuando se obtienen puntuaciones de cuatro en otras dimensiones).

 © AACP

V. NIVEL CINCO - Servicios Residenciales con Supervisión Médica

Definición:

Este nivel de atención se refiere al tratamiento residencial proporcionado en un entorno comunitario. Este nivel de atención se ha brindado tradicionalmente en instalaciones residenciales no hospitalarias, independientes y ubicadas en la comunidad. En algunos casos, el cuidado a largo plazo para personas con discapacidad crónica no recuperable, que tradicionalmente se ha proporcionado en hogares de ancianos o instalaciones similares, puede incluirse en este nivel. Teniendo en cuenta que las personas que utilizan estos servicios a menudo tendrán necesidades complejas, estos servicios deben estar diseñados para acoger a personas con múltiples condiciones, y para poder ofrecer servicios con "capacidad para servicios coexistentes".

A menudo se requiere la autorización de la compañía aseguradora para este nivel de servicio, pero las revisiones no deberían ser más frecuentes que una vez por semana para los entornos de atención intensivos subagudos, como los centros de alivio o instalaciones de un nivel más bajo, y no más de cada tres meses para los servicios de cuidados prolongados, como los centros de enfermería. Los profesionales que prestan servicios deben tener la licencia y certificación adecuadas, y deben incluir una gama completa de disciplinas como la rehabilitación, la adicción y médicos especialistas. Muchos de los servicios de apoyo los pueden proporcionar paraprofesionales debidamente capacitados y/o acreditados, incluyendo a colegas especializados.

Los servicios de Nivel Cinco deben ser capaces de proporcionar lo siguiente:

1. **Entorno de atención:** Las instalaciones proporcionarán un espacio de vida adecuado para todos los residentes y serán capaces de proporcionar una protección razonable de la seguridad personal y la propiedad. En este nivel de atención se pueden usar las barreras físicas que impiden la salida o el acceso a la comunidad, pero las instalaciones de este tipo generalmente no permiten el uso de aislamiento o restricción. Los servicios de alimentos deben estar disponibles o se deben ofrecer provisiones adecuadas para que los residentes compren y preparen sus alimentos.
2. **Capacidades clínicas:** El acceso a la atención clínica debe estar disponible en todo momento. La atención psiquiátrica debe estar disponible en las instalaciones o por comunicación remota las 24 horas del día y la consulta psiquiátrica debe estar disponible en las instalaciones al menos una vez a la semana, pero es posible que se requiera el contacto con el cliente con una frecuencia diaria. Los centros que atienden a las poblaciones más agudas requerirán de 0.5 a 1.0 horas de tiempo psiquiátrico por cliente por semana. Los servicios de atención médica de emergencia y continua deben ser de fácil y rápido acceso, preferiblemente disponibles en las instalaciones y/o integrados con el equipo de tratamiento. El cuidado de enfermería en las instalaciones debe estar disponible alrededor de 40 horas por semana si los medicamentos se administran con frecuencia. El tratamiento en las instalaciones debe estar disponible los siete días de la semana, incluyendo terapia individual, grupal y familiar. Los servicios clínicos no psiquiátricos generalmente tienen un promedio de 8 a 20 horas semanales por cliente. Además, los servicios de rehabilitación y educación deben estar disponibles dentro o fuera de las instalaciones. La medicación se controla, pero no es necesario que se administre a los residentes en este entorno.
3. **Servicios de apoyo:** Se supervisarán las actividades de la vida diaria de los residentes, y se puede proporcionar cuidado de custodia a las poblaciones designadas en este nivel. La supervisión en las instalaciones debe estar disponible las 24 horas del día. El personal facilitará actividades recreativas y sociales y coordinará la interfaz con la programación educativa y de rehabilitación que se proporciona fuera de las instalaciones.

4. **Resolución y prevención de crisis:** Los programas de tratamiento residencial deben proporcionar servicios que faciliten el regreso al funcionamiento en la comunidad en un entorno menos restrictivo. Estos servicios incluirán la coordinación con los administradores de casos de la comunidad, la movilización de recursos familiares y comunitarios, el enlace con redes de apoyo mutuo basadas en la comunidad y el desarrollo de un plan de transición a un entorno de apoyo.

Criterios de Colocación:

1. **Riesgo de daño:** Una calificación de cuatro requiere atención en este nivel, independientemente de otros parámetros.
2. **Estado funcional:** Una calificación de cuatro requiere atención de este nivel, independientemente de otras calificaciones dimensionales, con la excepción de algunos clientes que tienen una calificación de uno en la Dimensión IV en las escalas "A" y "B" (consulte los criterios del Nivel Tres).
3. **Comorbilidad:** Una calificación de cuatro requiere atención en este nivel independientemente de otros parámetros, con la excepción de algunos clientes que tienen una calificación de uno en la Dimensión IV en las escalas "A" y "B" (consulte los criterios del Nivel Tres).
4. **Entorno de recuperación:** Una calificación de cuatro o más en la escala "A" y "B" y junto con una calificación de al menos tres en una de las tres primeras dimensiones requiere atención en este nivel.
5. **Historial de tratamiento y recuperación:** Una calificación de tres o más junto con una calificación de al menos tres en una de las tres primeras dimensiones requiere tratamiento en este nivel.
6. **Estado de participación y recuperación:** Una calificación de tres o más junto con una calificación de al menos tres en una de las tres primeras dimensiones requiere tratamiento en este nivel.
7. **Calificación compuesta:** Si bien es posible que un cliente no cumpla con ninguna de las calificaciones independientes anteriores, en algunas circunstancias, una combinación de factores puede requerir tratamiento en un entorno más estructurado. Este sería generalmente el caso para los clientes que tienen una calificación compuesta de 24 o más.

 © AACP

VI. NIVEL SEIS - Servicios Residenciales Administrados por Médicos

Definición:

Este es el nivel de atención más intenso en la gama completa de servicios. Los servicios de Nivel Seis tradicionalmente se han proporcionado en entornos hospitalarios, pero en muchos casos, pueden proporcionarse en entornos no hospitalarios independientes. Teniendo en cuenta que las personas que utilizan estos servicios casi siempre tendrán necesidades complejas, estos servicios deben estar diseñados para acoger a personas con múltiples condiciones, y para poder ofrecer servicios con "capacidad para servicios coexistentes".

Por lo general, se requiere la autorización de la aseguradora para este nivel de servicio. Las actualizaciones de las valoraciones de LOCUS actualizadas no deben realizarse con una frecuencia superior a tres días para los entornos de cuidados intensivos agudos, como los hospitales psiquiátricos para pacientes hospitalizados, y no más de una vez al mes para los servicios de cuidado seguro a largo plazo, como los hospitales estatales o las instalaciones comunitarias de acceso cerrado. Los profesionales que prestan servicios deben tener la licencia y certificación adecuadas y deben incluir una gama completa de disciplinas, como la rehabilitación, la adicción y médicos especialistas. Algunos servicios de apoyo pueden ser proporcionados por paraprofesionales, debidamente capacitados y/o acreditados, incluyendo a colegas especializados.

Cualquiera que sea el caso, la configuración de Nivel Seis debe ser capaz de proporcionar lo siguiente:

1. **Entorno de atención:** La instalación debe ser capaz de proporcionar cuidado seguro, lo que generalmente significa que los clientes deben estar contenidos dentro de un entorno cerrado (sin embargo, es posible que esto no sea necesario para servicios como la desintoxicación) con espacio adecuado para acomodar técnicas efectivas de desescalada y aislamiento si es necesario. Debe ser capaz de proporcionar cuidados involuntarios cuando se le solicite proporcionarlos. Las instalaciones deben ofrecer espacio, luz, ventilación y privacidad adecuados. Los servicios de alimentación y otras necesidades de cuidado personal deben proporcionarse adecuadamente.
2. **Servicios clínicos:** Los servicios clínicos deben estar disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los servicios psiquiátricos, de enfermería y médicos deben estar disponibles en las instalaciones, o lo suficientemente cerca para brindar una respuesta rápida, en todo momento. El contacto psiquiátrico/médico generalmente se hará a diario. El tratamiento se proporcionará a diario e incluirá terapia individual, grupal y familiar, así como tratamiento farmacológico, dependiendo de las necesidades del cliente. La intensidad de los servicios debe ser coherente con los requisitos de certificación de CMS y acreditación de la Comisión Conjunta.
3. **Servicios de apoyo:** Se deben proporcionar todas las necesidades de vida y bienestar a los clientes tratados en estos entornos. Si tiene capacidad, se alentará a los clientes a participar y recibir apoyo en los esfuerzos para desempeñar actividades de la vida diaria, como la higiene, el aseo y el mantenimiento de su entorno inmediato.
4. **Servicios de resolución y prevención de crisis:** Estos entornos residenciales deben proporcionar servicios diseñados para reducir el estrés relacionado con la reanudación de las actividades normales en la comunidad. Dichos servicios pueden incluir la coordinación con los administradores de casos de la comunidad, la movilización de recursos familiares y comunitarios, la evaluación ambiental y la coordinación con los servicios residenciales, y la coordinación con los niveles de atención menos intensos y la transferencia a niveles de menor intensidad.

Criterios de Colocación:

1. **Riesgo de daño:** Una calificación de cinco califica una admisión independientemente de otros parámetros.
2. **Estado funcional:** Una calificación de cinco califica la colocación independientemente de otras variables.
3. **Comorbilidad:** Una calificación de cinco califica la colocación independientemente de otros parámetros.
4. **Entorno de recuperación:** Una calificación de cuatro o más sería la más apropiada para este nivel, pero ninguna calificación en este parámetro califica la colocación de forma independiente en este nivel, ni descalificaría la colocación si se justifica de otra manera.
5. **Historial de tratamiento y recuperación:** Una calificación de cuatro o más sería la más apropiada para este nivel, pero ninguna calificación en esta dimensión califica la colocación de forma independiente en este nivel, ni descalificaría una colocación que de otro modo estaría justificada.
6. **Estado de participación y recuperación:** Una calificación de cuatro o más sería la más apropiada para este nivel, pero ninguna calificación en este parámetro califica o descalifica la colocación de forma independiente en este nivel.
7. **Calificación compuesta:** En algunos casos, los pacientes que no cumplen con los criterios independientes en ninguna categoría, pueden necesitar tratamiento a este nivel si las calificaciones en varias categorías son altas, lo que aumenta el riesgo de tratamiento en un entorno menos intensivo. Una calificación compuesta de 28 (una calificación promedio de cuatro o más en cada dimensión) indicaría la necesidad de tratamiento a este nivel.

 © AACP

© AACP

TABLA DE DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE ATENCIÓN DE AACP

Nivel de atención / Dimensiones	Mantenimiento y Recuperación Gestión de la Salud Nivel 1	Servicios Comunitarios de Baja Intensidad Nivel 2	Servicios Comunitarios de Alta Intensidad Nivel 3	Servicios No Residenciales con Supervisión Médica Nivel 4	Servicios Residenciales con Supervisión Médica Nivel 5	Servicios Residenciales Administrados por Médicos Nivel 6
I. Riesgo de Daño	2 o menos	2 o menos	3 o menos	3 o menos	④ 3	⑤ 4
II. Estado Funcional	2 o menos	2 o menos	3 o menos	3 o menos	④* 3	⑤ 4
III. Comorbilidad	2 o menos	2 o menos	3 o menos	3 o menos	④* 3	⑤ 4
IV A. Entorno de Recuperación "Nivel de estrés"	Suma de IV A + IV B es 4 o menos	Suma de IV A + IV B es 5 o menos	Suma de IV A + IV B es 5 o menos	3 o 4	4 o más	4 o más
IV B. Entorno de Recuperación "Nivel de Apoyo"				3 o menos	4 o más	4 o más
V. Historial de Tratamiento y Recuperación	2 o menos	2 o menos	3 o menos	3 o 4	3 o más	4 o más
VI. Estado de participación y Recuperación	2 o menos	2 o menos	3 o menos	3 o 4	3 o más	4 o más
Clasificación Compuesta	10 a 13	14 a 16	17 a 19	20 a 22	23 a 27	28 o más

❍ indica criterios independientes - requiere la admisión a este nivel independientemente de la puntuación compuesta

* A menos que la suma de IV A y IV B sea igual a 2

APÉNDICE I

Criterios Suplementarios de LOCUS para la Colocación Residencial

En el sistema LOCUS, los niveles cinco y seis representan los programas de tratamiento más intensivos y restrictivos. Al igual que con todos los niveles de atención de LOCUS, existe una gama de elementos e instalaciones de servicio que se pueden ofrecer a aquellos que requieren este grado de intensidad de servicio. LOCUS está diseñado para respetar la sabiduría de los proveedores locales para tomar decisiones apropiadas con respecto a la necesidad y la correspondencia de servicios, dado que conocen la variedad de servicios que están disponibles en su área. Aun así, algunos usuarios han solicitado cierta orientación para tomar estas decisiones y estos criterios pretenden proporcionar precisamente eso. Con estos criterios complementarios, se describen dos tipos distintos de programas para el Nivel Seis y tres para el Nivel Cinco. Para cada uno de estos subtipos, criterios específicos LOCUS en el perfil de un cliente indican su idoneidad para el servicio designado. También se indican las duraciones sugeridas de estancia y los requisitos para la fuerza laboral. Estas recomendaciones continúan la tradición de LOCUS de dejar las decisiones finales bien razonadas a los proveedores y sus socios que utilizan los servicios.

Nivel 5A: Servicios Residenciales Intensivos-Corto Plazo

Descripción: Este tipo de centro de tratamiento residencial tiene capacidad para tratar a personas que se están retirando del cuidado hospitalario agudo o personas que están en crisis pero que no requieren la seguridad de una instalación cerrada con llave. Estos servicios son capaces de proporcionar una programación de tratamientos intensos (como se describe para todos los servicios de Nivel 5) y a veces se les denomina cuidado subagudo o de alivio. La duración de la estancia no suele superar los 7-10 días.

Criterios:
1) Cumple con los criterios para LOCUS Nivel 5 (Servicios Residenciales con Supervisión Médica)
Y
2) Cumple al menos uno de los siguientes criterios específicos:

I.4a	Ideación suicida u homicida actual con intenciones expresadas y/o antecedentes de llevar a cabo dicha conducta, pero sin medios para llevar a cabo la conducta, o con alguna incapacidad o aversión expresada para hacerlo.
I.4b	Antecedentes de comportamiento suicida/homicida impulsivo crónico o amenazas con expresiones o comportamientos actuales que representan una elevación significativa del comportamiento habitual.
III.3a	Intoxicación con potencial para desarrollar un síndrome de abstinencia fisiológico, que puede requerir un seguimiento médico significativo.
III.3d	Consumo episódico de sustancias que afecta a la gravedad del riesgo de daño o deterioro funcional.
IV-A.4a-g	Exposición reciente o repentina a eventos traumáticos o circunstancias que afectan el estado funcional.
IV-B.4a-d	Deterioro reciente de las estructuras de apoyo que afectan la capacidad funcional.
V.3b	Los episodios anteriores de tratamiento han proporcionado poco o ningún beneficio.
V.4a	Admisiones repetidas de pacientes hospitalizados en el pasado con beneficio limitado.
VI.3b	Tiene limitado deseo o limitada participación en el cambio.

 © AACP

VI.3c Se relaciona con el tratamiento con cierta dificultad y establece pocas relaciones de confianza, si es que las tiene.
VI.3e Tiene una capacidad limitada para aceptar la responsabilidad por la recuperación.

Nivel 5B: Programas de Tratamiento Residencial de Intensidad Moderada y Estancia Intermedia

Descripción: Este tipo de centro de tratamiento residencial tiene capacidad para tratar a personas que necesitan rehabilitación y desarrollo de habilidades después de la estabilización de una situación de crisis o para prevenir un deterioro precipitado en el funcionamiento. Proporcionaría un entorno de tratamiento intensivo como se describe para todos los programas de Nivel 5. Estos programas a veces se denominan centros de rehabilitación residencial a corto plazo y la duración de la estancia generalmente no excede los 60 días.

Criterios:
1) Cumple con los criterios para el Nivel 5 de LOCUS (Servicios Residenciales con Supervisión Médica)
Y
2) Cumple al menos uno de los siguientes criterios específicos:

I.3a-c El cliente puede experimentar alguna ideación o tener algún historial relacionado con el daño a sí mismo o a los demás, pero el riesgo actual de participar en tales comportamientos es relativamente bajo.
II. 3f Se han logrado avances recientes y/o estabilización en la función mientras se participa en el tratamiento en un entorno estructurado y/o protegido (Tratamiento Residencial Administrado por Médicos).
II.4a Alteración significativa en las habilidades interpersonales y las interacciones.
II.4e Deterioro grave en el desempeño del rol esperado en el trabajo, la escuela o el hogar.
III.3d&f El consumo de sustancias y los trastornos de salud mental coexistentes están activos e interactúan para obstaculizar seriamente la capacidad de iniciar la recuperación.
III.3e El consumo de sustancias se detiene temporalmente en un entorno altamente estructurado o protegido, pero no se inicia la recuperación.
III. 4a-c Existen condiciones médicas agudas o inestables que pueden requerir un seguimiento médico intensivo y que pueden verse afectadas negativamente por el uso de sustancias o problemas de salud mental coexistentes.
IV-A.3a-g Dificultades continuas con circunstancias de la vida que exceden la capacidad para hacerles frente y entrar en el proceso de recuperación.
IV-B.3.e Dificultad para desarrollar relación con las fuentes de apoyo disponibles o para utilizarlas.
V.3a-c Los tratamientos previos, especialmente en los niveles de atención menos intensivos, no han sido exitosos.
VI. 3a-e Acepta participar en tratamiento residencial intensivo, ya sea coaccionado o voluntario, a pesar de la comprensión limitada de la enfermedad, el deseo de cambiar, la capacidad de aceptar responsabilidades o de participar con cuidadores o programas.

Nivel 5C: Programas de Tratamiento Residencial a Largo Plazo de Intensidad Moderada

Descripción: Este tipo de centro de tratamiento residencial tiene capacidad para tratar a personas que sufren de discapacidades persistentes y a largo plazo que requieren rehabilitación prolongada y aumentar las habilidades para desarrollar su capacidad para la vida en la comunidad. Esta categoría incluiría los centros de enfermería y rehabilitación a largo plazo. Estas instalaciones proporcionarán tratamiento intensivo como se describe para todos los programas de Nivel 5 y la duración de la estancia variará de dos meses a un año.

Criterios:
1) Cumple con los criterios para el Nivel 5 de LOCUS (Servicios Residenciales con Supervisión Médica)
Y
2) Cumple al menos uno de los siguientes criterios específicos:

I.	4d	Participación clara y crónica en la capacidad de cuidarse adecuadamente a sí mismo o de ser consciente de su entorno adecuadamente.
II.	3e	Déficits crónicos y severos en las habilidades interpersonales, la capacidad de participar en actividades socialmente constructivas y la capacidad de mantener incluso responsabilidades mínimas.
III.	4a	Existen condiciones médicas crónicas que pueden requerir un seguimiento médico intensivo.
III.	4b	Existen condiciones médicas crónicas que se ven seriamente exacerbadas por problemas psiquiátricos o de adicción coexistentes que no se pueden controlar fuera de un entorno estructurado.
III.	4d	El consumo de sustancias no se controla fuera de un entorno estructurado y desestabiliza gravemente el trastorno psiquiátrico.
V.	4a-b	Respuesta mínima al tratamiento en el pasado e incapacidad para mantener los logros obtenidos fuera de un entorno intensivo y altamente estructurado.
V.	5a-b	Los síntomas son persistentes a pesar de la exposición extensa e intensiva al tratamiento.
VI.	5a-d	Incapacidad crónica para comprender la discapacidad, la recuperación, la responsabilidad o para relacionarse con otras personas.

Nivel 6A: Programas Residenciales de Alta Intensidad y Agudos Administrados por Médicos

Descripción: Los programas residenciales agudos son más análogos a los servicios comúnmente proporcionados por el cuidado de psiquiatras comunitarios o especializado en hospitales, proporcionando un entorno altamente seguro e intensamente monitoreado. Se proporciona contacto psiquiátrico frecuente y tratamiento cercano, además de una gama completa de opciones de tratamiento adicionales. En la mayoría de los casos, los clientes que requieren este nivel de atención pueden estabilizarse en un corto período de tiempo (duración de la estancia inferior a 7 días) y pueden reducirse al Nivel 5A, Servicios Residenciales Intensivos a Corto Plazo.

Criterios:
1) Cumple con los criterios para el Nivel 6 de LOCUS (Servicios Residenciales Administrados por Médicos)
Y
2) Cumple al menos uno de los siguientes criterios específicos:

I.	4b	Antecedentes de comportamiento suicida/homicida impulsivo crónico o amenazas con expresiones o comportamientos actuales que representan una elevación significativa del comportamiento habitual.

I.5a Comportamiento suicida u homicida actual o tales intenciones con un plan y los medios disponibles para llevar a cabo este comportamiento...
- sin ambivalencia expresada o barreras significativas para hacerlo, o
- con un historial de intentos serios en el pasado que no son de naturaleza crónica, impulsiva o consistente, o
- en presencia de alucinaciones o delirios que amenazan con anular el control habitual de los impulsos.

I.5b Episodios repetidos de violencia hacia uno mismo o hacia otros, u otros comportamientos que resulten en daño mientras se está bajo la influencia de sustancias intoxicantes con un patrón de uso casi continuo e incontrolado.

I.5c Comprometimiento extremo de la capacidad para cuidarse a sí mismo o para monitorear adecuadamente el entorno con evidencia de deterioro en la condición física o lesiones relacionadas con estos déficits.

II. 5a Deterioro extremo en las interacciones sociales que pueden incluir comunicación caótica, comportamientos amenazantes con poca o ninguna provocación, o un control mínimo del comportamiento impulsivo, agresivo o abusivo.

II.5c Desatención completa de la higiene personal y la apariencia e incapacidad para atender la mayoría de las necesidades básicas, como la ingesta de alimentos y la seguridad personal, con deterioro asociado en el estado físico.

II.5d Interrupciones extremas en el funcionamiento físico que causan daños graves a la salud y el bienestar.

III.5a Existen condiciones médicas importantes que pueden estar mal controladas y/o potencialmente mortales en ausencia de un tratamiento médico estricto (p. ej., abstinencia grave o complicada de alcohol, diabetes mellitus no controlada, embarazo complicado, enfermedad hepática grave, enfermedad cardiovascular debilitante).

Nivel 6B: Programas Residenciales de Cuidado Extendido Administrados por Médicos

Descripción: Este nivel de servicio está destinado a clientes que no pueden estabilizarse adecuadamente en un corto período de tiempo y muestran comportamientos volátiles o disfuncionales variables, lo que produce calificaciones que indican que requieren cuidado prolongado en el Nivel 6. Los Programas Residenciales de Cuidado Extendido son más análogos a los servicios que se brindan comúnmente en los Hospitales Estatales o en las Instalaciones Cerradas Altamente Seguras Basadas en la Comunidad (a veces conocidas como Instalaciones Residenciales Seguras a Largo Plazo (LTSR, por sus siglas en inglés). Hay situaciones en las que las personas que están gravemente enfermas pueden requerir un entorno de este tipo durante muchos meses antes de que puedan ser transferidas a los Servicios de Nivel 5.

Criterios:
1) Cumple con los criterios para el Nivel 6 de LOCUS (Servicios Residenciales Administrados por Médicos)
Y
2) No cumple con ninguno de los criterios específicos necesarios para los Programas Residenciales de Nivel 6A, Alta Intensidad y Agudos Administrados por Médicos

APÉNDICE II

Guías Propuestas de LOCUS para Satisfacer las Necesidades de Atención Primaria

Uno de los cambios más importantes en la salud mental en los últimos años es la mayor comprensión de la "integración" y el progreso sustancial que se ha logrado en el diseño y la prestación de servicios integrados en la última década. Este apéndice de LOCUS 20 propone criterios específicos para el grado de integración o colaboración en los programas de salud mental y cómo abordan las necesidades complejas de las personas que atienden. La atención se centra principalmente en esas personas con condiciones coexistentes de salud mental y física. La Dimensión III de LOCUS siempre ha incorporado un análisis del nivel de riesgo y gravedad relacionados con la comorbilidad como factor para determinar el "nivel de atención" recomendado. Estas guías utilizan las calificaciones específicas en la Dimensión III que se relacionan con las condiciones médicas para sugerir el tipo de programa que es más probable que responda a las necesidades identificadas de un individuo.

Con estos criterios, esperamos iniciar un diálogo más formal y específico sobre cómo podría ser un estándar de atención con respecto a la integración. Ofrecemos este marco como un trabajo en progreso. Esta versión piloto se proporciona para generar comentarios de los usuarios con respecto a la utilidad de estas guías. Específicamente, ¿Son útiles estas guías para los profesionales clínicos que toman decisiones de colocación? ¿Permiten las clasificaciones dimensionales hacer distinciones significativas con respecto a estas decisiones? ¿Son los niveles de integración constructos útiles? Agradecemos sus comentarios y sugerencias.

Definiciones de niveles de integración:*

A. <u>Colaboración mínima</u>: Los proveedores de salud mental y atención primaria trabajan en instalaciones separadas, tienen sistemas separados y se comunican de manera intermitente según sea necesario para fines de derivación.

B. <u>Colaboración básica a distancia</u>: Los proveedores de salud mental y de atención primaria tienen sistemas separados en instalaciones separadas y participan en una comunicación periódica sobre pacientes compartidos.

C. <u>Colaboración estrecha:</u> colaboración in situ con una integración mínima: Los proveedores de salud mental y atención primaria tienen sistemas separados, pero comparten las mismas instalaciones. La proximidad permite una mayor comunicación, pero cada proveedor permanece en la cultura clínica separada.

D. <u>Integración parcial</u>: estrecha colaboración in situ en un sistema parcialmente integrado: Los proveedores de salud mental y de atención primaria comparten las mismas instalaciones y tienen algunos sistemas en común, como la programación de citas o los expedientes médicos. La proximidad física permite una comunicación regular cara a cara. Existe una mayor sensación de formar parte de un equipo clínico en el que los proveedores tienen funciones separadas/especializadas, así como compartidas, para trabajar juntos en el tratamiento de sus pacientes.

E. <u>Integración total</u>: colaboración estrecha que se acerca a un sistema totalmente integrado: Los proveedores de salud mental y atención primaria son parte del mismo equipo. El paciente experimenta la salud mental y la atención primaria como si se proporcionaran de manera conjunta e interdependiente.

* Derivado de Pollack et al. Manual de Psiquiatría Comunitaria, Capítulo 14, Atención Integrada y Psiquiatras; Ed McQuistion H. et al, Springer Publishing, Nueva York 2012

 © AACP

Nivel 1: Mantenimiento de la recuperación y gestión de la salud
La coordinación con los proveedores de atención primaria debe organizarse según corresponda. Las personas en este nivel tendrán puntajes de 3 o menos en las Dimensiones I, II y III, y pueden satisfacer sus necesidades de la siguiente manera:
A. Colaboración mínima: Dimensión III calificación 2 o inferior
Las necesidades de salud integral se pueden satisfacer con un médico de atención primaria O el psiquiatra de atención primaria para las personas asignadas a estas puntuaciones. Cuando la persona ve tanto al médico de atención primaria como a un psiquiatra, las líneas de comunicación ya deben estar establecidas.
B. Colaboración básica: Dimensión III clasificación 3a, 3b o 3c
Para las personas que obtienen estos puntajes, las necesidades de salud integrales deben satisfacerse a través de la coordinación entre la atención primaria y los proveedores de salud mental. Se prefieren los médicos con doble formación (Atención Primaria y Psiquiatría) si están disponibles.

Nivel 2: Servicios Comunitarios de Baja Intensidad
Las necesidades de salud física se pueden satisfacer mediante la coordinación con la atención primaria, preferiblemente en las mismas instalaciones. Las personas en este nivel tendrán puntajes de 3 o menos en las Dimensiones I, II y III, y pueden satisfacer sus necesidades de la siguiente manera:
A. Colaboración mínima: Dimensión III calificación 2 o inferior
Las necesidades de salud integral se pueden satisfacer con un médico de atención primaria O el psiquiatra de atención primaria para las personas asignadas a estas puntuaciones. Cuando la persona ve tanto al médico de atención primaria como a un psiquiatra, las líneas de comunicación ya deben estar establecidas.
B. Colaboración básica: Dimensión III clasificación 3a, 3b o 3c
Para las personas que obtienen estos puntajes las necesidades de salud integrales deben satisfacerse a través de la coordinación entre la atención primaria y los proveedores de salud mental. Se prefieren los médicos con doble formación (Atención Primaria y Psiquiatría) si están disponibles.
C. Estrecha colaboración: Dimensión III clasificación 3a, 3b o 3c
Las necesidades primarias de salud deben estar bien coordinadas entre los proveedores de cuidado de la salud mental y física. En muchos casos en los que los recursos psiquiátricos son escasos, los servicios de atención colaborativa serán apropiados y eficaces. La tele psiquiatría puede ser una opción para las personas que viven en áreas aisladas.

Nivel 3: Servicios Comunitarios de Alta Intensidad
Debe existir una estrecha coordinación con la atención primaria y, si es posible, estar ubicada en las mismas instalaciones. Las personas en este nivel tendrán puntajes de 3 o menos en las Dimensiones I, II y III, y pueden satisfacer sus necesidades de la siguiente manera:
A. Colaboración mínima: Dimensión III con calificación 2 o inferior
Las necesidades de salud completas se pueden satisfacer por un médico de atención primaria para las personas a las que se les asignan estas puntuaciones, en coordinación con el psiquiatra tratante. Se debe establecer un método de comunicación y debe ser eficaz.
B. Colaboración básica: Dimensión III calificación 3a, 3b o 3c; Las calificaciones de las Dimensiones I y II son ambas de 2 o menos. Para las personas que obtienen estos puntajes las necesidades de salud integral se deben satisfacer a través de la coordinación entre los proveedores de atención primaria y de salud mental. Se prefieren los médicos con doble formación (Atención Primaria y Psiquiatría) si están disponibles.
C. Colaboración estrecha: Dimensión III calificación 3a, 3b o 3c; Las calificaciones en las Dimensiones I y II son ambas de 3 o menos Las necesidades de salud primaria deben estar bien coordinadas entre los proveedores de cuidados de salud mental y física. Cuando sea posible, será ventajoso contar con una atención primaria ubicada en las mismas instalaciones. Los médicos con doble formación también ofrecerán muchas ventajas.
D. Integración parcial: Dimensión III calificación 3a, 3b o 3c; Las clasificaciones en las Dimensiones I y II son 3 o menos; Suma de las calificaciones IV-A, IV-B, V y VI 10 o superiores
Este nivel de colaboración rara vez será necesario en este nivel de atención . Los problemas médicos más importantes (4 o más) necesitarán un mayor nivel de atención . Sin embargo, los programas que ofrecen este nivel de integración serán ventajosos para las personas que tienen algunos problemas médicos y otros factores complicados que podrían afectar su capacidad para cuidarse bien.

Nivel 4: Servicios No Residenciales con Supervisión Médica
Las necesidades de cuidado de la salud física variarán considerablemente a este nivel y será conveniente contar servicios ubicados en las mismas instalaciones. Las personas en este nivel tendrán puntajes de 3 o menos en las Dimensiones I, II y III, y sus necesidades pueden ser satisfechas de la siguiente manera:
B. Colaboración básica: Dimensión III calificación 2 o inferior
Para las personas que obtienen estos puntajes las necesidades de salud integrales deben satisfacerse a través de la coordinación entre la atención primaria y los proveedores de salud mental. Los problemas de salud menores no requieren atención primaria ubicado en las mismas instalaciones, aunque sería ventajoso si los programas pudieran proporcionarla.
C. Colaboración estrecha: Dimensión III calificación 3a, 3b o 3c; la suma de las calificaciones de las Dimensiones I y II es 5 o inferior; la suma de las calificaciones de las Dimensiones IV-A, IV-B, V y VI es 14 o superior
Las necesidades primarias de salud deben estar bien coordinadas entre los proveedores de cuidado de la salud mental y física. Cuando sea posible, será ventajoso contar con un atención primaria ubicada en las mismas instalaciones. Los médicos con doble formación también ofrecerán muchas ventajas.
D. Integración parcial: Dimensión III calificación 3a, 3b o 3c; la suma de las calificaciones de las Dimensiones I y II es 6 o superior; la suma de las calificaciones de las Dimensiones IV-A, IV-B, V y VI es 15 o superior.
Este nivel de colaboración es deseable para las personas que obtienen puntuación en este rango. Los problemas médicos más importantes (4 o más) necesitarán un mayor nivel de atención . Los programas que ofrecen este nivel de integración serán ventajosos para las personas que tienen algunos problemas médicos y varios otros factores complicados que podrían afectar su capacidad para cuidarse bien o que los ponen en riesgo de desarrollar enfermedades físicas significativas.

 © AACP

Nivel 5: Servicios Residenciales con Supervisión Médica
Las necesidades de cuidado de la salud física variarán considerablemente a este nivel y será conveniente contar con servicios ubicados en las mismas instalaciones. Habrá puntuaciones de 4 o menos en las Dimensiones I, II y III, y las necesidades de atención primaria se pueden satisfacer de la siguiente manera.
B. Colaboración básica: Dimensión III calificación 2 o inferior
Para las personas que obtienen estos puntajes las necesidades de salud integrales se deben satisfacer a través de la coordinación entre la atención primaria y los proveedores de salud mental. Los problemas de salud menores no requieren atención primaria ubicado en las mismas instalaciones, aunque sería ventajoso si los programas pudieran proporcionarla. Los programas que ofrecen este bajo nivel de colaboración deben ser capaces de hacer adaptaciones para las visitas al médico fuera de las instalaciones.
C. Colaboración estrecha: Dimensión III calificación 3a, 3b o 3c; la suma de las calificaciones en las Dimensiones I y II es 5 o menos Las necesidades de salud primaria deben estar bien coordinadas entre los proveedores de cuidados de salud mental y física, y los servicios deben estar ubicados en la misma colocación o proporcionarse en las instalaciones. Los médicos con doble formación también ofrecerán muchas ventajas.
D. Integración parcial: Dimensión III calificación de 3 o 4; la suma de las calificaciones en las Dimensiones I y II es 6 o superior Este nivel de colaboración es deseable para las personas que califican en este rango. Los problemas médicos más importantes (5 o más) requerirán un mayor nivel de atención . Los programas que ofrecen este nivel de integración serán ventajosos para las personas que tienen algunos problemas médicos inestables y varios otros factores complicados que requieren una estrecha colaboración para garantizar la seguridad.
E. Integración completa: Dimensión III calificación de 4; la suma de las calificaciones en las Dimensiones I y II es 7 o superior; la suma de las calificaciones en las Dimensiones IV-A, IV-B, V y VI es 15 o superior
Los programas que ofrecen este nivel de integración pueden atender a personas que son inestables tanto mental como físicamente, que requieren un contacto y seguimiento frecuentes, así como una estrecha coordinación de la atención.

Nivel 6: Servicios Residenciales Administrados por Médicos
Las necesidades de salud física pueden ser intensas en este nivel, y muchos de estos clientes tendrán acceso restringido a la comunidad. Puntuaciones de hasta 5 pueden estar presentes en las Dimensiones I, II y III.
E. Integración total:
Los programas que brindan servicios de atención a personas con este nivel de necesidad deben ser capaces de ofrecer servicios totalmente integrados a todos los clientes que reciben esta atención. Esto será particularmente importante para las personas que son inestables tanto mental como físicamente.

HOJA DE TRABAJO DE LOCUS
VERSIÓN 20

Nombre del cliente _____ Fecha _____

Verifique las puntuaciones aplicables dentro de cada dimensión y registre la puntuación en la esquina inferior derecha. Sume su puntuación y determine el nivel de atención recomendado utilizando el árbol de decisión.

I. Riesgo de daño	Criterios
☐ 1. Riesgo mínimo de daño	_____
☐ 2. Bajo riesgo de daño	_____
☐ 3. Riesgo moderado de daño	_____
☐ 4. Riesgo grave de daño	_____
☐ 5. Riesgo extremo de daño	_____
	Puntuación ____

II. Estado funcional	Criterios
☐ 1. Deterioro mínimo	_____
☐ 2. Deterioro leve	_____
☐ 3. Deterioro moderado	_____
☐ 4. Deterioro grave	_____
☐ 5. Deterioro grave	_____
	Puntuación ____

III. Comorbilidad	Criterios
☐ 1. Sin comorbilidad	_____
☐ 2. Comorbilidad menor	_____
☐ 3. Comorbilidad significativa	_____
☐ 4. Comorbilidad mayor	_____
☐ 5. Comorbilidad grave	_____
	Puntuación ____

IV-A. Entorno de recuperación - Nivel de estrés	Criterios
☐ 1. Entorno de bajo estrés	_____
☐ 2. Entorno levemente estresante	_____
☐ 3. Entorno moderadamente estresante	_____
☐ 4. Entorno altamente estresante	_____
☐ 5. Entorno extremadamente estresante	_____
	Puntuación ____

IV-B. Entorno de recuperación: Nivel de apoyo	Criterios
☐ 1. Entorno de gran apoyo	_____
☐ 2. Entorno de apoyo	_____
☐ 3. Apoyo limitado en el entorno	_____
☐ 4. Apoyo mínimo en el entorno	_____
☐ 5. Sin apoyo en el entorno	_____
	Puntuación ____

V. Historial de tratamiento y recuperación	Criterios
☐ 1. Totalmente responsivo	_____
☐ 2. Respuesta significativa	_____
☐ 3. Respuesta moderada o equívoca	_____
☐ 4. Mala respuesta	_____
☐ 5. Respuesta insignificante	_____
	Puntuación ____

VI. Estado de participación y recuperación	Criterios
☐ 1. Participación y recuperación óptimos	_____
☐ 2. Participación positivo y recuperación	_____
☐ 3. Participación y recuperación limitados	_____
☐ 4. Participación y recuperación mínimos	_____
☐ 5. Desconexión y estancamiento	_____
	Puntuación ____

Puntuación compuesta ☐

Recomendación de nivel de atención ☐

Nombre del evaluador _____

 © AACP