Partners in Care

Fecha de Revisión: Noviembre de 2009

Partners in Care (PIC) (Socios en la Atención) es una intervención para usar en entornos de atención primaria de salud administrada para mejorar el tratamiento de la depresión. PIC se basa en modelos colaborativos de atención de la salud, en los cuales la salud mental está integrada con la atención primaria. El programa apoya la detección, evaluación, elección de tratamiento y manejo de pacientes con depresión grave o distimia, aumentando la colaboración entre los médicos de atención primaria de salud, especialistas en salud mental, enfermeros y pacientes. Para el proveedor de atención gestionada, la meta de la intervención es aumentar el porcentaje de pacientes que reciben el tratamiento apropiado para la depresión. Para los pacientes, el programa busca mejorar la calidad de vida y reducir los síntomas de depresión. PIC es adecuado para usar con la mayoría de los grupos etarios, desde adolescentes hasta adultos mayores, aunque el estudio revisado para este resumen incluyó solamente a individuos mayores de 18 años.

Los elementos básicos de PIC incluyen el trabajo en equipo entre especialistas y generalistas, el manejo de casos por parte de enfermeros y la educación y empoderamiento del paciente. La intervención educa a los médicos sobre el tratamiento de la depresión en el entorno de la atención primaria de salud al mismo tiempo que les da acceso a psicoterapeutas que pueden ofrecer consultas para casos difíciles y tomar derivaciones cuando sea necesario. Las organizaciones de atención de la salud que participan en PIC reciben un paquete de materiales diseñado para ayudarles a implementar su propio modelo de atención colaborativa. Estos materiales incluyen:

- La "Guía del médico para la evaluación y el manejo de la depresión en la atención primaria de salud" (Clinician Guide to Depression Assessment and Management in Primary Care), la cual da a los médicos de atención primaria de salud la información que necesitan para evaluar y tratar a los pacientes, así como también referencias clave sobre educación del paciente, medicamentos y psicoterapia.
- Tarjetas de referencia rápida de tamaño bolsillo, las cuales resumen los puntos claves de la Guía e incluyen información sobre antidepresivos, incluyendo dosis, efectos secundarios y costos típicos.
- Manuales de terapia cognitivo-conductual (CBT, por sus siglas en ingles), tanto individual como en grupo.
- "Lineamientos y recursos para enfermeros especialistas en depresión" (Guidelines and Resources for the Depression Nurse Specialist), con instrucciones, formularios y materiales necesarios para la gestión de casos.
- Folletos educativos para pacientes, adecuados para usar tanto con pacientes que sufren de depresión grave como con pacientes que se sienten tristes pero que no tienen la enfermedad completa.

Las organizaciones de atención de la salud que implementan PIC deben nominar un conjunto de individuos que servirá como líderes de mejoramiento de la atención de la depresión, incluyendo un proveedor de atención primaria de salud, un especialista en salud mental, y un profesional de la enfermería. Por lo menos uno de estos individuos debe tener experiencia en rediseño de prácticas o en métodos de mejora de la calidad. Este equipo de liderazgo usa los materiales de PIC para educar a médicos de atención primaria de salud y a médicos especialistas en salud mental sobre el programa, contrata y capacita enfermeros encargados del manejo de la atención, y proporciona el espacio, apoyo y monitoreo necesario para llevar a cabo el programa. Los enfermeros encargados del manejo de la atención son generalmente enfermeros titulados; también pueden ser especialistas en enfermería clínica o trabajadores sociales dispuestos a suministrar atención proactiva, breve y enfocada para un gran número de casos asignados en vez de realizar psicoterapia.

Información Descriptiva

Áreas de interés	Tratamiento para el trastorno mental
Desenlaces	1: Síntomas depresivos 2: Calidad de vida relacionada con la salud mental 3: Utilización de servicios médicos 4: Calidad de la atención para la depresión 5: Empleo
Categorías de desenlaces	Empleo Salud mental Calidad de vida Tratamiento/recuperación
Edades	26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)
Género	Masculino Femenino
Razas/Orígenes étnicos	Afro americano Hispano o Latino Blanco Raza/Origen étnico no especificado

Entorno	Ambulatorio
Zonas geográficas	Urbanas Sub urbanas Rurales y/o fronterizas
Historia de la implementación	PIC fue probado en el campo en un ensayo a gran escala realizado de 1997 a 1999. En el ensayo participaron 46 clínicas de atención primaria de salud en 6 organizaciones de atención gestionada de la salud en los Estados Unidos, y 1,265 pacientes completaron el estudio. Ciento doce médicos de atención primaria de salud aportaron pacientes al estudio; 80% de éstos participaron en sesiones educativas. Desde entonces, se han llevado a cabo otros proyectos usando adaptaciones directas de los materiales de PIC. Éstos incluyen el estudio *IMPACT* para pacientes deprimidos de mayor edad; *Youth Partners in Care* para adolescentes; y el proyecto *Translating Initiatives in Depression into Effective Solutions (TIDES)* en el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). En todos los proyectos, se ha implementado el modelo básico de PIC en cientos de foros de atención primaria de salud en todos los 50 estados. Además, los investigadores de PIC han trabajado en colaboración con otros investigadores por medio de una subvención conjunta del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, o NIMH por sus siglas en inglés) para probar un modelo similar en una red de prácticas médicas pequeñas de atención primaria de la salud, usando personal de oficina capacitados para funcionar como encargados de casos de depresión. El PIC en si ha generado más de 30 artículos.
Financiamiento del NIH / Estudios de investigación comparativa de efectividad	Parcial o totalmente financiado por los Institutos Nacionales de Salud: Sí Evaluado en estudios de investigación comparativa de efectividad: Sí
Adaptaciones	Todos los materiales están disponibles en español e inglés. La Guía del médico también incluye una sección sobre adaptaciones culturales para grupos específicos.
Efectos adversos	El diseñador del programa no identificó ningún efecto adverso, inquietud o consecuencia no intencionada.
Categorías de prevención del Instituto de Medicina (IOM)	Las categorías de prevención del Instituto de Medicina no aplican.

Desenlaces

Desenlace 1: Síntomas depresivos	
Descripción de medidas	Los síntomas depresivos se midieron usando dos instrumentos: • Una versión modificada de 23 preguntas de la escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, "CES-D"). • La Entrevista Internacional Compuesta para el Diagnóstico (Composite International Diagnostic Interview, "CIDI"), que mide los probables trastornos depresivos en los últimos 6 meses. El CES-D modificado se usó durante la evaluación inicial de referencia y durante el seguimiento hecho a los 6, 12, y 24 meses. La CIDI se usó durante el seguimiento hecho a los 6, 12, y 24 meses.
Hallazgos clave	Clínicas equiparadas participando en el estudio fueron asignadas al azar ya sea a un grupo de intervención que recibió los materiales de PIC, o a un grupo de comparación que recibió por correo los lineamientos para prácticas relacionadas con la depresión de la Agencia para Investigaciones y Calidad de la Atención de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality, o "AHRQ" por sus siglas en inglés). Todos los pacientes elegibles en estas clínicas fueron evaluados por medio de un tamizaje para detectar la depresión, y se inscribieron en el estudio aquellos pacientes con síntomas depresivos activos y que presentaron trastornos depresivos en los últimos 12 meses, durante sus vidas, o no presentaron trastornos depresivos. Para el trastorno depresivo, según lo midió el CES-D modificado, el estudio halló que: • No hubo diferencias significativas entre los grupos en el índice de trastorno depresivo durante la evaluación inicial de referencia. • Durante el seguimiento realizado a los 6 meses, se reportó que el 55.4% de los pacientes en el grupo de intervención y el 64.4% de los pacientes en el grupo de comparación padecían de depresión (p = .005). • Durante el seguimiento realizado a los 12 meses, se reportó que el 54.5% de los pacientes en el grupo de intervención y el 61.4% de los pacientes en el grupo de comparación aun padecían de

	depresión (p = .04). • La diferencia entre los grupos continuó siendo significativa durante el seguimiento hecho a los 24 meses (p = .04). Para el trastorno depresivo probable, según lo midió el CIDI, el estudio halló que: • Durante el seguimiento realizado a los 6 meses, se reportó que el 39.9% de los pacientes en el grupo de intervención y el 49.9% de los pacientes en el grupo de comparación padecían de depresión probable (p = .001). • Durante el seguimiento realizado a los 12 meses, se reportó que el 41.6% de los pacientes en el grupo de intervención y el 51.2% de los pacientes en el grupo de comparación padecían de depresión probable (p = .005). • La diferencia entre los grupos continuó siendo significativa durante el seguimiento hecho a los 24 meses (p = .04).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.6 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 2: Calidad de vida relacionada con la salud mental	
Descripción de medidas	La calidad de vida relacionada con la salud mental se midió usando la calificación del Resumen del Componente Mental (Mental Component Summary, "MCS") obtenida de las 12 preguntas auto administradas del Formulario Corto de la Encuesta de la Salud (Short- Form Health Survey, "SF-12"). El MCS proporciona una medida global de la salud mental basándose en factores tales como la vitalidad, el funcionamiento social y el bienestar emocional. Las calificaciones del MCS fueron normalizadas para una media general de la población de 50 (desviación estándar = 10), donde las calificaciones más altas indican un mejor estado de salud. Esta medida se administró durante la evaluación inicial de referencia y luego durante los seguimientos hechos a los 6, 12 y 24 meses.
Hallazgos clave	Clínicas equiparadas participando en el estudio fueron asignadas al azar ya sea a un grupo de intervención que recibió los materiales de PIC, o a un grupo de comparación que recibió por correo los lineamientos para prácticas relacionadas con la depresión de AHRQ. Todos los pacientes elegibles en estas clínicas fueron evaluados para detectar la depresión, y se inscribieron en el estudio aquellos pacientes con síntomas depresivos activos y que presentaron trastornos depresivos en los últimos 12 meses, durante sus vidas, o no presentaron trastornos depresivos. El estudio halló que: • No hubo diferencias significativas entre los grupos de intervención y de comparación en la calidad de vida relacionada con la salud mental durante la evaluación inicial de referencia (calificaciones medias de MCS: 35.6% vs. 36.1%). • Durante el seguimiento realizado a los 6 meses, un número significativamente mayor de pacientes en el grupo de intervención mostró una mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud mental que pacientes en el grupo de comparación (calificaciones medias de MCS: 41.6% vs. 39.8%; p = .009).). • La diferencia entre los grupos continuó siendo significativa durante el seguimiento hecho a los 12 meses (calificaciones medias de MCS: 40.9% vs. 39.3%; p = .04) y a los 24 meses (p < .05).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.6 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 3: Utilización de servicios médicos	
Descripción de medidas	La utilización de servicios médicos se midió durante la evaluación inicial de referencia y luego durante el

	seguimiento realizado a los 6 y a los 12 meses, utilizando una encuesta para pacientes auto administrada que midió si el paciente había tenido cualquiera de los siguientes eventos en los últimos 6 meses: visitas médicas, visitas médicas por problemas emocionales (es decir, visitas en las que se discutieron problemas emocionales), y visitas a especialistas en salud mental. Se desarrolló un indicador para cada tipo de visita y el número de visitas. Se asumió que un aumento en la utilización de servicios médicos reflejaba una mejor calidad de atención para la depresión.
Hallazgos clave	Clínicas equiparadas participando en el estudio fueron asignadas al azar ya sea a un grupo de intervención que recibió los materiales de PIC, o a un grupo de comparación que recibió por correo los lineamientos para prácticas relacionadas con la depresión de AHRQ. Todos los pacientes elegibles en estas clínicas fueron evaluados por medio de un tamizaje para detectar la depresión, y se inscribieron en el estudio aquellos pacientes con síntomas depresivos activos y que presentaron trastornos depresivos en los últimos 12 meses, durante sus vidas, o no presentaron trastornos depresivos. El estudio halló que: • No hubo diferencias significativas entre los grupos para ninguno de los tres tipos de visita durante la evaluación inicial de referencia. • Un número significativamente mayor de pacientes en el grupo de intervención que pacientes en el grupo de comparación reportó visitas a especialistas en salud mental en los últimos 6 meses, tanto durante el seguimiento hecho a los 6 meses como durante el seguimiento hecho a los 12 meses. Los porcentajes de pacientes tanto del grupo de intervención como del grupo de comparación que reportaron tales visitas fueron 29.9% y 27.2% durante la evaluación inicial de referencia, 39.8% y 27.2% durante el seguimiento hecho a los 6 meses (p = .001) y 29.1% y 22.7% durante el seguimiento hecho a los 12 meses (p = .03). • Un número significativamente mayor de pacientes en el grupo de intervención que pacientes en el grupo de comparación también reportó visitas por problemas emocionales durante el seguimiento hecho a los 6 meses, pero durante el seguimiento hecho a los 12 meses la diferencia ya no era significativa. Los porcentajes de pacientes tanto del grupo de intervención como del grupo de comparación que reportaron tales visitas fueron 48.4% y 46.5% durante la evaluación inicial de referencia, 47.5% y 36.6% durante el seguimiento hecho a los 6 meses (p = .001) y 37.4% y 35.1% durante el seguimiento hecho a los 12 meses. • Los índices de cualquier otra visita médica no fueron significativamente diferentes entre los grupos en ninguno de los periodos.
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.6 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 4: Calidad de atención para la depresión	
Descripción de medidas	La calidad de atención para la depresión se midió usando una encuesta para pacientes auto administrada durante la evaluación inicial de referencia y luego durante el seguimiento realizado a los 6 y a los 12 meses. Se pidió a los pacientes que reportaran cualquier tipo de medicamente recetado usado en los últimos 30 días (para la administración inicial de referencia) y en los últimos 6 meses (para la administración de seguimiento). Se aplicaron criterios extraídos de los lineamientos nacionales (Depression Guideline Panel, 1993) a cada medicamento para determinar si la dosis era o no apropiada. Además, los pacientes reportaron si habían recibido o no consejería individual, grupal o familiar por parte de un especialista en los últimos 6 meses. Se usaron otras preguntas de la encuesta para determinar si el paciente tenía síntomas depresivos o si se encontraba libre de trastorno probable (ver Desenlace 1). Se consideró que la atención en general era apropiada si los pacientes se encontraban libres de trastorno probable o si habían recibido ya sea consejería especializada o habían usado medicamentos antidepresivos apropiados durante un semestre determinado.
Hallazgos clave	Clínicas equiparadas participando en el estudio fueron asignadas al azar ya sea a un grupo de intervención que recibió los materiales de PIC, o a un grupo de comparación que recibió por correo los lineamientos para prácticas relacionadas con la depresión de AHRQ. Todos los pacientes elegibles en estas clínicas fueron evaluados por medio de un tamizaje para detectar la depresión, y se inscribieron en el estudio a aquellos pacientes con síntomas depresivos activos y que presentaron trastornos depresivos en los últimos 12 meses, durante sus vidas, o no presentaron trastornos depresivos. El estudio halló que: • No hubo diferencias significativas entre los grupos durante la evaluación inicial de referencia para los

	índices de uso apropiado de medicamentos antidepresivos, consejería especializada o atención apropiada en general. • Comparados con el grupo de comparación, el grupo de intervención tuvo índices significativamente más altos de uso apropiado de los medicamentos antidepresivos tanto durante el seguimiento hecho a los 6 meses como durante el seguimiento hecho a los 12 meses. Los porcentajes de pacientes tanto del grupo de intervención como del grupo de comparación que reportaron un uso apropiado de medicamentos antidepresivos fueron 27.6% y 27.0% durante la evaluación inicial de referencia, 34.7% y 25.1% durante el seguimiento hecho a los 6 meses (p = .001) y 31.0% y 24.0% durante el seguimiento hecho a los 12 meses (p = .01). • Los índices de uso de consejería especializada también fueron más altos para el grupo de intervención durante ambos seguimientos. Los porcentajes de pacientes tanto del grupo de intervención como del grupo de comparación que recibieron consejería especializada fueron 29.5% y 26.9% durante la evaluación inicial de referencia, 38.2% y 25.6% durante el seguimiento hecho a los 6 meses (p < .001) y 27.3% y 20.9% durante el seguimiento hecho a los 12 meses (p = .03). • Un número significativamente mayor de pacientes en el grupo de intervención que pacientes en el grupo de comparación recibió atención general apropiada para la depresión. Los porcentajes de pacientes tanto del grupo de intervención como del grupo de comparación que recibieron atención apropiada fueron 44.2% y 42.5% durante la evaluación inicial de referencia, 50.9% y 39.7% durante el seguimiento hecho a los 6 meses (p < .001) y 59.2% y 50.1% durante el seguimiento hecho a los 12 meses (p = .006).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.4 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 5: Empleo	
Descripción de medidas	Se usó una encuesta para pacientes auto administrada para evaluar si los encuestados estaban empleados para la fecha inicial de referencia. Encuestas telefónicas de seguimiento evaluaron la situación de empleo actual durante el seguimiento hecho a los 6 y a los 12 meses.
Hallazgos clave	Clínicas equiparadas participando en el estudio fueron asignadas al azar ya sea a un grupo de intervención que recibió los materiales de PIC, o a un grupo de comparación que recibió por correo los lineamientos para prácticas relacionadas con la depresión de AHRQ. Todos los pacientes elegibles en estas clínicas fueron evaluados por medio de un tamizaje para detectar la depresión, y se inscribieron en el estudio aquellos pacientes con síntomas depresivos activos y que presentaron trastornos depresivos en los últimos 12 meses, durante sus vidas, o no presentaron trastornos depresivos. Los resultados mostraron que entre los pacientes que estuvieron inicialmente empleados, 89.7% de aquellos que estaban en el grupo de intervención y 84.7% de aquellos en el grupo de comparación estaban empleados durante el seguimiento hecho a los 12 meses (p = .05).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.6 (escala de 0.0 a 4.0)

Grupos Incluidos en los Estudios

Los siguientes grupos fueron identificados en los estudios revisados para Calidad de la Investigación.

Estudio	Edad	Género	Raza / Origen Étnico
Estudio 1	26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)	72.3% Femenino 27.7% Masculino	57.4% Blancos 29.2% Hispanos o Latinos 6.9% Afro americanos 6.5% Raza/Origen étnico no especificado

Calidad de la Investigación

Los siguientes documentos fueron revisados para determinar la Calidad de la Investigación. El punto focal de investigación podrá proveer información sobre los estudios revisados y la disponibilidad de materiales adicionales, incluyendo aquellos de estudios más recientemente realizados.

Estudio 1

Sherbourne, C. D., Wells, K. B., Duan, N., Miranda, J., Unützer, J., Jaycox, L., et al. (2001). Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. Archives of General Psychiatry, 58(7), 696-703.

Wells, K., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unützer, J., et al. (2000). Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed care primary care: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 283(2), 212-220.

Materiales Suplementarios

Rubenstein, L., Jackson-Triche, M., Unützer, J., Miranda, J., Minnium, K., Pearson, M. L., & Wells, K. B. (1999). Evidence-based care for depression in managed primary care practices. Health Affairs, 18(5), 89-105.

Schoenbaum, M., Unützer, J., Sherbourne, C., Duan, N., Rubenstein, L. V., Miranda, J., et al. (2001). Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: Results of a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 286(11), 1325-1330.

Índice de Calidad de la Investigación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

La calidad de los resultados reportados de cada intervención es evaluada independientemente por evaluadores externos, utilizando los siguientes seis criterios:

1. Confiabilidad de las medidas
2. Validez de las medidas
3. Fidelidad de la intervención
4. Falta de datos e índice de abandono
5. Posibles variables de confusión
6. Idoneidad del análisis

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección de Calidad de la Investigación.

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Falta de datos / índice de abandono	Variables de confusión	Análisis de datos	Índice general
1: Síntomas depresivos	3.3	3.3	3.5	4.0	3.5	4.0	**3.6**
2: Calidad de vida relacionada con la salud mental	3.3	3.3	3.5	4.0	3.5	4.0	**3.6**
3: Utilización de servicios médicos	3.3	3.5	3.5	4.0	3.5	4.0	**3.6**
4: Calidad de la atención para la depresión	2.8	2.8	3.5	4.0	3.5	4.0	**3.4**
5: Empleo	3.3	3.3	3.5	4.0	3.5	4.0	**3.6**

Fortalezas del Estudio

La mayoría de las medidas usadas en el estudio tienen buena información psicométrica y niveles aceptables de confiabilidad y validez. Se aseguró la fidelidad con pasos adoptados antes y durante el estudio, incluyendo una capacitación exhaustiva, monitoreo y retroalimentación continuos tanto a nivel de clínica como a nivel de médico, y con la distribución de materiales de apoyo. Se reportaron índices de adherencia para cada parte de la intervención. El índice de abandono fue relativamente bajo, y los métodos usados para tratar el abandono fueron claramente descritos para cada fase del proyecto, desde la evaluación inicial del paciente hasta la conclusión de la encuesta en cada punto de evaluación. Los factores iniciales de referencia que fueron asociados con la permanencia en el estudio se consideraron en los análisis. El estudio fue un ensayo aleatorio controlado (EAC) a nivel de grupo en el que los grupos de clínicas fueron equiparadas en bloques basadas en los grupos demográficos, la especialidad clínica y la distancia a los proveedores de salud mental. Los análisis de los datos fueron muy apropiados para detectar los efectos que reflejan la hipótesis principal.

Debilidades del Estudio

No se presentó información psicométrica para una de las escalas usadas para medir los síntomas de depresión, la adaptación abreviada de la CES-D. De forma similar, faltó información psicométrica para las medidas y métodos usados para medir la calidad de la atención para la depresión (es decir, la recepción de consejería especializada, o el uso del medicamento antidepresivo apropiado).

Plan de Diseminación

Los siguientes materiales fueron revisados para determinar el Plan de Diseminación. El punto focal de implementación podrá proveer información sobre la implementación de la intervención y la disponibilidad de materiales adicionales, actualizados o nuevos.

Materiales de Diseminación

Munoz, R. F., & Miranda, J. (2000). Group therapy manual for cognitive-behavioral treatment of depression. Santa Monica, CA: RAND.

Munoz, R. F., & Miranda, J. (2000). Individual therapy manual for cognitive-behavioral treatment of depression. Santa Monica, CA: RAND.

Materiales del programa *Partners in Care*, http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1198/index.html

Sitio Web de *Partners in Care* Web, http://www.rand.org/health/surveys_tools/pic.html

RAND. (2000). Partners in Care quick reference cards. Santa Monica, CA: Author.

Rubenstein, L. V., Unützer, J., Miranda, J., Katon, W. J., Wieland, M., Jackson-Triche, M., et al. (2000). Clinician guide to depression assessment and management in primary care. Santa Monica, CA: RAND.

Rubenstein, L. V., Unützer, J., Miranda, J., Simon, B., Katon, W. J., Jackson-Triche, M., et al. (2000). Guidelines and resources for the depression nurse specialist. Santa Monica, CA: RAND.

Índice del Plan de Diseminación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

Evaluadores externos evalúan independientemente el Plan de Diseminación de la intervención, utilizando tres criterios:

1. Disponibilidad de los materiales de implementación
2. Disponibilidad de recursos de capacitación y apoyo
3. Disponibilidad de procedimientos de garantía de la calidad

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección Plan de Diseminación.

Materiales de implementación	Recursos de capacitación y apoyo	Procedimientos de garantía de la calidad	Índice general
3.3	2.8	3.0	**3.0**

Fortalezas de la Diseminación

Los materiales del programa ofrecen una orientación valiosa para evaluar las necesidades del paciente, desarrollar planes de atención, y monitorear el progreso del paciente. Están incluidos tanto los materiales educativos para pacientes como los materiales para el uso de las prácticas médicas. Se proporciona orientación minuciosa por escrito sobre cómo capacitar al personal clínico y a otras personas involucradas en la implementación. Cada sesión de capacitación está coherentemente descrita en términos generales antes de presentar los detalles, facilitando así el entendimiento de cada fase del programa. La garantía de la calidad se apoya mediante el uso de herramientas de evaluación, reportes hechos por los pacientes mismos, y reuniones de equipo. Se proporcionan formularios, hojas de trabajo y procedimientos para recolectar los datos sobre los pacientes y evaluar su progreso. Muchas de las medidas en estos materiales han sido validadas por investigaciones y ofrecen una forma confiable de monitorear la calidad del programa.

Debilidades de la Diseminación

Los materiales del programa, la mayoría de los cuales se desarrollaron en la década de los 90, mencionan que los implementadores querrán revisar los manuales para tomar en cuenta avances recientes (por ejemplo, medicamentos psicotrópicos y apoyo informático para documentar la administración de casos), pero no se ofrece orientación específica sobre cómo actualizar los materiales y procedimientos. Ciertas inconsistencias en los materiales podrían causar confusión, y el lenguaje utilizado, aunque es apropiado para un estudio de investigación, podría no ser práctico en un entorno de atención primaria de salud. El diseñador del programa ya no ofrece capacitación o apoyo para los implementadores, aunque hay capacitación sobre el modelo básico de PIC disponible a través de proyectos relacionados. Los materiales de capacitación de CBT se presentan como capacitación para terapeutas pero están enfocados únicamente en el contenido de las sesiones de CBT, y no en las destrezas requeridas para administrarlas, y el nivel de competencia en CBT que se espera de los terapeutas no es claro. Existe muy poca discusión sobre el papel que

juegan las reuniones de equipo y la supervisión y cómo debe conducirse este aspecto del programa. Ya que los procedimientos recomendados para la garantía de la calidad del programa se desarrollaron para el estudio de investigación original, es posible que requiera de más recolección de datos de lo que es posible para algunos implementadores.

Costos

La siguiente información de costos fue proporcionada por el diseñador del programa. Aunque esta información de costos pueda haber sido actualizada desde la fecha de la revisión, es posible que no refleje los costos actuales o la disponibilidad de artículos (incluyendo artículos recientemente desarrollados o discontinuados). El punto focal de implementación podrá proveer información actualizada y discutir requisitos de implementación.

Descripción del artículo	Costo	Exigido por el Diseñador
Todos los materiales del programa (electrónicos)	Gratis	Sí, se exige una opción
Todos los materiales del programa (impresos)	$275 por conjunto	Sí, se exige una opción

Replicaciones

El diseñador del programa no identificó ninguna replicación.

Información de Contactos

Para información sobre la implementación o la investigación:

Lisa Rubenstein, M.D., M.S.P.H.
(310) 393-0411 ext 6303
lisar@rand.org

Para más información, visite:

- **http://www.rand.org/health/projects/pic/**

Considere estas Preguntas a Formular (PDF, 175KB) a medida que explora los posibles usos para esta intervención.

Este PDF se generó a partir de http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=126 el 25 de enero de 2012.