



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves (Revisión)

Irving CB, Adams CE, Rice K

Irving CB, Adams CE, Rice K.
Crisis intervention for people with severe mental illnesses
(Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD001087.
DOI: [10.1002/14651858.CD001087.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves

Claire B Irving¹, Clive E Adams¹, Karl Rice²

¹Cochrane Schizophrenia Group, University of Nottingham, Nottingham, UK. ²Caldicot Day Hospital, Caldicot, UK

Dirección de contacto: Claire B Irving, Cochrane Schizophrenia Group, University of Nottingham, Institute of Mental Health, Sir Colin Campbell Building, University of Nottingham Innovation Park, Triumph Road, Nottingham, NG7 2TU, UK. Claire.Irving@nottingham.ac.uk, claireirving@btinternet.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Esquizofrenia.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 5, 2010.

Referencia: Irving CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD001087. DOI: [10.1002/14651858.CD001087.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub3).

Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La administración de un nivel de cuidado aceptable durante las fases agudas de una enfermedad mental grave es un desafío particularmente difícil para el tratamiento comunitario de personas con problemas mentales serios. Se han desarrollado modelos de atención para la intervención en las crisis como una solución posible.

Objetivos

El objetivo es evaluar los efectos de un modelo de intervención para la crisis en cualquier persona con enfermedad mental grave que experimenta un episodio agudo, comparado con la "atención estándar".

Métodos de búsqueda

Las búsquedas de 1998 y 2003 se actualizaron con una búsqueda del Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group) (enero de 2006).

Criterios de selección

Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios de modelos de intervención para la crisis versus atención estándar en personas con enfermedades mentales graves.

Obtención y análisis de los datos

De forma independiente, los estudios se seleccionaron y se evaluaron críticamente, los datos se extrajeron y analizaron del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis). Cuando fue posible y apropiado se calcularon los cocientes de riesgos (CR) relativos y sus intervalos de confianza (IC) del 95% con el número necesario a tratar (NNT). Para los datos continuos se calcularon las diferencias de medias ponderadas (DMP).

Resultados principales

Recientemente se realizaron varios estudios de atención domiciliaria pero ninguno de los mismos cumplió con los criterios para esta revisión. Para la actualización de 2006 se excluyeron cuatro estudios adicionales (25 ensayos excluidos en total). La evaluación de otros dos estudios recientes se encuentra pendiente; no se encontraron estudios nuevos para agregarlos a los cinco estudios ya incluidos. Ninguno de estos estudios incluidos investigaron exclusivamente la intervención para la crisis; todos utilizaron una forma de atención domiciliaria en personas con enfermedad grave, que incluía elementos de la intervención para la crisis. El 45% del grupo de crisis / atención domiciliaria

no pudo evitar el ingreso hospitalario durante el período de tratamiento. Sin embargo, la atención domiciliaria puede ayudar a evitar ingresos repetidos ($n = 465$, 3 ECA, RR 0,72; IC: 0,54 a 0,92; NNT 11; IC: 6 a 97), aunque estos datos son heterogéneos (I-cuadrado 86%).

El modelo de crisis / atención domiciliaria reduce el número de personas que abandonan el estudio temprano ($n = 594$, 4 ECA, RR de participantes perdidos a los 12 meses 0,74; IC: 0,56 a 0,98; NNT 13; IC: 7 a 130), reduce la carga familiar ($n = 120$, un ECA, RR 0,34; IC: 0,20 a 0,59; NNT 3; IC: 2 a 4), y es una forma de atención más satisfactoria para los pacientes y sus familias. No se encontraron diferencias en las variables de muerte o de estado mental. Todos los estudios encontraron que la atención domiciliaria era más coste-efectiva que la atención hospitalaria, pero los datos numéricos eran asimétricos o inutilizables. No hubo datos disponibles sobre la satisfacción del personal, el requerimiento del cuidador, el cumplimiento con la medicación o el número de recaídas.

Conclusiones de los autores

El tratamiento con atención domiciliaria para las crisis, junto con un paquete de atención domiciliaria continua, es una manera viable y aceptable para tratar a las personas con graves enfermedades mentales. Para que este enfoque se implemente ampliamente, aún se necesitan más estudios evaluativos.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Durante las tres últimas décadas, la atención de salud mental de las personas durante una crisis pasó de ser un modelo de atención predominantemente basado en el hospital a uno predominantemente basado en la comunidad. Esta revisión buscó evidencia sobre la efectividad de un modelo específico de atención domiciliaria para las personas en crisis; intervención para la crisis. Resultó difícil encontrar ensayos que asignaran al azar específicamente una intervención para la crisis con atención hospitalaria ya que todas las intervenciones para la crisis estaban ligadas a un modelo de atención domiciliaria más amplio. En conjunto, casi la mitad de las personas en crisis asignadas a la atención domiciliaria necesitaron finalmente concurrir al hospital. Sin embargo, el modelo de crisis / atención domiciliaria puede ayudar a evitar ingresos repetidos (aunque los datos no son contundentes y están excesivamente influenciados por un estudio muy positivo).

El modelo de crisis / atención domiciliaria no reduce el número de personas que abandonan el estudio temprano y la carga de la familia. También parece ser una forma más satisfactoria de atención para las personas con enfermedades mentales graves y sus familias y puede ser más económica que la atención estándar. Varios informes mencionaron específicamente que la carga de los equipos era considerable y que el modelo de crisis / atención domiciliaria no afecta claramente el estado mental del paciente. En la actualidad, el tratamiento domiciliar de una crisis se ha incorporado ampliamente en otros modelos de atención. Más datos de los estudios existentes pueden ayudar a aclarar si éste constituye un uso prudente de los recursos.