



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

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

Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M

Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M.
Crisis intervention for people with severe mental illnesses
(Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD001087.
DOI: [10.1002/14651858.CD001087.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves

Suzanne M Murphy¹, Claire B Irving², Clive E Adams², Muhammad Waqar³¹NIHR East of England Research Design Services, University of Bedfordshire, Luton, UK. ²Cochrane Schizophrenia Group, The University of Nottingham, Nottingham, UK. ³Institute for Health Research, University of Bedfordshire, Luton, UK**Contacto:** Suzanne M Murphy, NIHR East of England Research Design Services, University of Bedfordshire, Putteridge Bury, Hitchin Road,, Luton, Bedfordshire, LU2 8LE, UK. suzanne.murphy@beds.ac.uk.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Esquizofrenia.**Estado y fecha de publicación:** Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 12, 2015.**Referencia:** Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD001087. DOI: [10.1002/14651858.CD001087.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5).

Copyright © 2015 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

Examinar los efectos de los modelos de intervención de crisis para cualquier persona con enfermedad mental grave que experimenta un episodio agudo en comparación con la atención estándar que recibiría normalmente. Cuando fue posible, comparar los efectos de los equipos de crisis móviles que visitan al paciente en su domicilio con las unidades de crisis basadas en residencias de tipo domiciliario.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro de ensayos basado en estudios del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group). No hay limitaciones de idioma, fecha, tipo de documento o estado de publicación para la inclusión de los archivos en el registro. La búsqueda se realizó en 1998 y se actualizó en 2003, 2006, 2010 y el 29 de septiembre de 2014.

Criterios de selección

Se incluyeron todos los ensayos controlados con asignación aleatoria de modelos de intervención de crisis versus atención estándar para personas con enfermedades mentales graves que cumplieron los criterios.

Obtención y análisis de los datos

Los revisores extrajeron los datos de estos ensayos de forma independiente y se calcularon los cocientes de riesgos (CR) o las diferencias de medias (DM), con intervalos de confianza (IC) del 95%. Se evaluó el riesgo de sesgo de los estudios incluidos y se utilizó GRADE para crear la tabla "Resumen de los hallazgos".

Resultados principales

La actualización de septiembre de 2014 no halló nuevos estudios para su inclusión, el número de estudios continúan siendo ocho con un total de 1144 participantes. Los resultados de interés fueron la recaída, el estado general, el estado mental, los eventos adversos, el

funcionamiento social, la calidad de vida y la satisfacción con el tratamiento. A excepción del estado mental, no fue posible agrupar los datos para estos resultados.

La intervención para la crisis podría reducir los reingresos en el hospital (excluyendo los ingresos índice) a los seis meses (1 ECA, n = 369, RR 0,75; IC: 0,50 a 1,13, *evidencia de alta calidad*), pero parece reducir la carga familiar (a los seis meses: 1 ECA, n = 120, RR 0,34 IC 0,20 a 0,59, *evidencia de baja calidad*), mejorar el estado mental (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) tres meses: 2 ECA, n = 248, DM -4,03; IC: -8,18 a 0,12, *evidencia de baja calidad*), y mejorar el estado global (Escala de evaluación global (GAS) 20 meses; 1 ECA, n = 142, DM 5,70, -0,26 a 11,66, *evidencia de calidad moderada*). Los pacientes en el grupo de la intervención para la crisis estaban más satisfechos con su atención a los 20 meses de la crisis (Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8): 1 ECA; n = 137; DM 5,40; IC: 3,91 a 6,89; *evidencia de calidad moderada*). Sin embargo, las puntuaciones de la calidad de vida a los seis meses fueron similares entre los grupos de tratamiento (Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA); 1 ECA, n = 226, DM -1,50; IC: -5,15 a 2,15, *evidencia de calidad baja*). También se encontraron resultados favorables para la intervención para la crisis en cuanto a la salida temprana del estudio y la satisfacción de la familia. No se encontraron diferencias en las tasas de mortalidad. Algunos estudios sugieren que la intervención para la crisis era más rentable que la atención hospitalaria pero todos los datos eran asimétricos o inutilizables. No se identificaron datos sobre la satisfacción del personal, aportaciones del cuidador, complicaciones con la medicación o el número de recaídas.

Conclusiones de los autores

La atención basada en principios de intervención para las crisis, con o sin un paquete de atención domiciliaria continua, parece ser una manera viable y aceptable para tratar a las personas con graves enfermedades mentales. Sin embargo, sólo se pudieron incluir ocho estudios pequeños con un cegamiento, sesgo de informe y abandono poco claros y la evidencia de los principales resultados de interés son de calidad baja a moderada. Para que este enfoque se implemente ampliamente, todavía se necesitan más estudios evaluativos.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves

El paso del hospital a la atención ambulatoria puede ser una experiencia aterradora y difícil para las personas con enfermedades mentales graves (EMG). Es posible que la mayoría de las personas con problemas de salud mental no tengan redes de apoyo como familia, amigos y cuidadores. A menudo no tienen a nadie conocido personalmente para ayudarles cuando llegan a casa. Para complicar las cosas, las personas con EMG pueden tener bajones críticos en su salud mental creando una puerta giratoria de atención, donde los usuarios del servicio son dados de alta del hospital cuando se considera que están estables y bien y regresan al hospital cuando su salud mental empeora durante un episodio agudo o crisis. Se han desarrollado paquetes de atención en el domicilio y para la intervención en las crisis como una solución posible a estos problemas.

Esta revisión observó que la asistencia para la crisis, cuando se proporciona apoyo durante la crisis para los usuarios de un servicio, ya sea domiciliaria o en un contexto comunitario, proporciona un paquete de apoyo que merece la pena, es aceptable y más barato que la atención estándar. Además, la asistencia para la crisis evitó el reingreso hospitalario, mejoró el estado mental de los usuarios más que la atención estándar, fue más aceptable y satisfactoria para los usuarios y supuso una menor carga para familias y cuidadores. No hubo diferencias en las tasas de mortalidad entre los grupos de intervención para las crisis y de atención estándar.

Sin embargo, esta revisión sólo observa ocho estudios. Los métodos de la mayoría de estos estudios se consideraron deficientes y no hubo una descripción definitiva de la intervención para la crisis o la asistencia para la crisis para los estudios incluidos antes de 2006, lo que significa que no se prestó atención a la asistencia para la crisis en su forma pura. La mayoría de los estudios excluyeron a los usuarios con consumo indebido de alcohol y drogas y a los que representaban algún peligro para sí mismos u otros. Los autores de la revisión sugieren que se necesitan más estudios para crear una mejor base de evidencia. La asistencia para las crisis puede ser prestada actualmente sin evidencia sólida y de buena calidad. Por ejemplo, no se disponía de datos ni información sobre la aportación de los cuidadores, la concordancia o la disposición de los usuarios del servicio a tomar la medicación ni el número de recaídas experimentadas por los usuarios del servicio. Finalmente, a pesar de los informes de "burn-out" de los trabajadores, no se evaluó la satisfacción del trabajador con la asistencia para la crisis.

Este resumen en términos sencillos ha sido preparado por Ben Gray, Investigador Principal, McPin Foundation (<http://mcpin.org/>).