

Escala Alberta de continuidad de servicios en salud mental.

Parte A

El propósito de estas preguntas es obtener comentarios sobre sus experiencias con los servicios de salud mental durante los últimos 17 meses. No hay respuestas correctas o incorrectas. Estamos interesados en sus experiencias, ya sean buenas o malas. No dude en responder cada pregunta con sinceridad.

Para cada elemento, cuenta con 5 opciones de respuesta que incluyen "totalmente en desacuerdo=TD", "en desacuerdo=D", "no estoy seguro=NS", "de acuerdo=A" y "totalmente de acuerdo=TA".

COMHS Study of Alberta Investigators (Adair, Wild, Joyce, McDougall, Gordon, Costigan et al.)
Adaptación y traducción, Agudelo-Hernández et al. (2022).

Pregunta	TD	D	NS	A	TA
1. Me preguntaron qué quería de mi tratamiento.					
2. No me siento involucrado(a) en las decisiones sobre mi tratamiento.					
3. Mi tratamiento se adapta a mis necesidades.					
4. No me tratan como una persona autónoma en los servicios de salud mental.					
5. Mis citas pueden ser más frecuentes si me empeoro.					
6. Mi tratamiento se monitoriza con regularidad para ver si está funcionando.					
7. He tenido que repetir al proveedor de salud mi historia cada vez que necesito ayuda.					
8. Me han tratado con dignidad y respeto en los servicios de salud.					
9. Mi tratamiento no cambia cuando cambian mis necesidades					
10. No sé a dónde iría si llegaré a necesitar ayuda.					
11. Tengo que lidiar con una forma confusa de contactarme con los programas o los servicios de salud.					
12. No he podido pagar mis medicamentos estando fuera del hospital					
13. Estoy seguro(a) que mi proveedor de salud puede ingresarme siempre que necesite estar en el hospital.					
14. Me han negado la admisión a ciertos programas o servicios de salud y no pude entender por qué.					
El siguiente grupo de preguntas es sobre su proveedor de salud principal, la persona que ve con más frecuencia para recibir atención en salud mental. Esta persona puede ser su terapeuta, psiquiatra, psicólogo o trabajador social, pero es el profesional al que acude y ve con más frecuencia.					
15. Puedo acudir a mi proveedor principal si estoy enfermo o si estoy bien.					
16. Mi proveedor principal me pregunta sobre algo más que mis síntomas, le interesa saber cómo estoy					
17. Creo que mi proveedor principal está pendiente de lo que me pasa.					
18. Puedo contar con mi proveedor principal para que me ayude cuando lo necesite.					
19. No puedo ver a mi proveedor principal rápidamente cuando lo necesito.					
20. Mi proveedor principal ha llamado para saber cómo estoy.					
Para las siguientes preguntas, piense en todos los diferentes servicios que ha recibido, "servicios" se refiere a los procesos de atención o tratamiento, incluidos los cuidados hospitalarios, clínicos, de emergencia y de crisis.					
21. Me parece que no puedo moverme fácilmente entre los diferentes servicios.					
22. No existe un único lugar para conocer todos los servicios de salud mental disponibles.					
23. Puedo acceder fácilmente a los servicios que necesito.					

24. No parece haber conexión entre los diferentes servicios.					
25. He podido obtener servicios en mi comunidad.					
26. Si tengo problemas, puedo obtener servicios incluso en medio de la noche.					
27. Algunos servicios que necesito simplemente no existen.					
28. Cuanto más tiempo he estado en los servicios, más satisfactoria se ha vuelto mi vida.					
29. Podría cambiar de proveedor si las cosas no salieran bien.					
30. Mi proveedor conoce todos los diferentes servicios disponibles.					
31. Parece que mis registros clínicos nunca están disponibles para otros proveedores que veo.					
Las siguientes preguntas son sobre su equipo de atención, todos los proveedores de servicios de salud que consulta por cualquier problema de salud física o mental.					
32. Mi equipo de atención me ha animado a asumir responsabilidad sobre mi propio cuidado.					
33. Mi equipo de atención incluye personal de salud con diferentes habilidades.					
34. Aquellos involucrados en mi cuidado no parecen hablar entre ellos.					
35. Todos parecen trabajar juntos por mi bienestar.					
Las siguientes dos preguntas son sobre su programa de tratamiento o cuidado, es decir, servicio al que asiste con regularidad o con mayor frecuencia. Puede ser un programa diurno, una clínica, terapia grupal o individual, entre otros.					
36. Me recuerdan las citas o me llaman si falto a las citas.					
37. Mi programa está en contacto con mi médico principal o de cabecera.					
¿Su familia está involucrada en su cuidado y apoya su tratamiento?				SÍ	NO
Responda las siguientes preguntas SOLO si su familia está involucrada en su cuidado y apoya su tratamiento.					
38. Mi equipo de atención incluye a mi familia para planificar mi tratamiento.					
39. Mi familia y yo hemos estado confundidos acerca de lo que está sucediendo con mi tratamiento.					
¿Ha recibido atención hospitalaria?				SÍ	NO
Responda las siguientes preguntas SOLO si ha recibido ATENCIÓN HOSPITALARIA					
40. Después del alta, tuve que esperar mucho tiempo antes de que me atendieran en un programa comunitario.					
41. Mi cuidador principal se mantuvo en contacto, incluso cuando fui al hospital.					
42. Después del alta, sentí que no recibía atención fuera del hospital.					
43. El psiquiatra de mi hospital hizo todo lo posible para asegurarse de que continuara el tratamiento después del alta.					
Si desea hacer algún comentario sobre el cuestionario respondido o la atención que ha recibido en salud mental, por favor utilice este espacio.					

**Escala de Continuidad de Servicios de Alberta para la Salud Mental (ACSS-MH):
PARTE B – Calificaciones del observador.**

Definiciones:

Proveedor principal: significa la única persona que el paciente ve con mayor frecuencia para recibir atención de salud mental. Esta persona puede ser un terapeuta, psiquiatra o trabajador social, pero siempre es la persona que el paciente ve más regularmente.

Proveedor: significa cualquier persona vista para atención de salud mental en cualquier momento.

Programa: significa el tipo de servicio al que el paciente acude regularmente o con mayor frecuencia.

"Servicios": se refiere a toda la atención o tratamiento, incluida la atención en hospitales, clínicas, emergencias y crisis.

Elija una opción:

1. El personal de salud o proveedores han intentado involucrar a la familia o a otras personas importantes la vida de la persona.
0. La familia o las otras personas significativas estaban disponibles en la región, pero no se intentó contacto
1. La familia o las otras personas significativas estaban disponibles y se intentó el contacto al menos una vez.
2. La familia o las otras personas significativas estaban disponibles y se intentó el contacto más d una vez.
3. La familia o las otras personas significativas suelen participar regularmente en la atención.
4. N/A – La familia o las otras personas significativas no estaban disponibles en la región
2. La frecuencia de las citas ha cambiado en respuesta al aumento o disminución de la necesidad.
0. Sin contacto con algún servicio en los últimos tres meses.
1. Las citas ocurrieron sin relación con la necesidad aparente, sin regularidad.
2. Las citas eran regulares pero no cambiaban de frecuencia según las necesidades.
3. Las citas cambiaron en frecuencia en un patrón que reflejó el cambio en la necesidad.
4. NA: solo atención hospitalaria.
3. El usuario/paciente ha visto a un proveedor desconocido en cada consulta (sin incluir las consultas planificadas): cuente 2 nuevos proveedores por cada visita a la sala de emergencias y consulta prioritaria.
0. >10 veces
1. 6-10 veces
2. 4-5 veces
3. 2-3 veces
4. 1 o menos veces
5. NA - atención hospitalaria todo el tiempo.
4. El número de semanas con el mismo proveedor o equipo de salud mental en los últimos 16 meses, es aproximadamente: (si hay más de un proveedor o equipo, elegir al proveedor/miembro del equipo con el período más largo. La atención del médico de cabecera por sí sola no cuenta a menos que sea un ajuste en medio de una atención integral por un equipo).
0. <10 semanas
1. 11-25 semanas
2. 26-39 semanas
3. 39-54 semanas
4. 55 semanas + (incluido el periodo de estudio completo, alrededor de 64-72 semanas).
5. Hay evidencia de vínculos de servicio a servicio (documentos de otros servicios, actividades de planificación del alta, referencia activa, arreglo de citas previas y comunicación proveedor-proveedor).
0. No hay acciones aparentes de vinculación de servicio a servicio de ningún tipo.
1. Al menos uno de los documentos de referencia y contrarreferencia o planificación de alta.

2. Al menos uno de los anteriores más uno de comunicación proveedor-proveedor por teléfono o correspondencia
3. Al menos dos de los anteriores más al menos una visita entre servicios de diferente complejidad.
6. Hay disponibilidad de atención las 24 horas (a partir de las horas de servicio publicadas de los programas de servicios).
- 0. Solo policía y/o emergencia.
 - 1. Línea telefónica o de crisis más urgencias (sin equipo móvil.
 - 2. Respuesta de un equipo móvil, línea telefónica y servicio de emergencias.
 - 3. Programa comunitario por turnos más línea telefónica, respuesta móvil y sala de emergencias.
 - 4. Disponibilidad de los miembros del equipo, sin cita previa.
- NA: hospitalización todo el tiempo.
7. Hay evidencia del uso de atención las 24 horas:.
- 0. Ninguno.
 - 1. Solo policía y/o sala de emergencia.
 - 2. Línea de crisis o respuesta móvil
 - 3. Disponibilidad del programa comunitario sin cita previa
 - 4. Disponibilidad de los miembros del equipo, sin cita previa
 - 5. NA: hospitalización todo el tiempo.
8. La remisión y el compromiso de otras instituciones de salud mental se pueden caracterizar como...
- 0. No se han hecho remisiones documentadas
 - 1. Se hacen algunas remisiones sin compromiso aparente
 - 2. Se hacen algunas remisiones y hay cierto compromiso
 - 3. La mayoría de las remisiones contienen un grado de compromiso o todos los servicios están disponibles en un solo lugar, por lo que no se necesitan remisiones
 - 4. NA – manejo ambulatorio todo el tiempo.
9. Las necesidades han sido abordadas o atendidas de la siguiente manera:
- 0. No se identifican necesidades ni se atienden más allá de la crisis.
 - 1. Se identifican las necesidades, pero solo se atiende una o dos
 - 2. Se identifican las necesidades y se atienden al menos la mitad
 - 3. Se identifican las necesidades y se atienden la mayoría
 - 4. Todas las necesidades parecen haber sido atendidas
10. La participación en intervenciones basadas en la comunidad puede describirse como:
- 0. Sin servicios basados en la comunidad (solo atención hospitalaria continua o episódica)
 - 1. Algunos servicios comunitarios pero con una estancia en el hospital mayor a 12 meses
 - 2. Servicios comunitarios irregulares o la mayoría de los cuidados en hospitales
 - 3. Participación regular en servicios comunitarios y solo 1 o 2 eventos hospitalarios (ingreso o sal de emergencias)
 - 4. Participación regular en el servicio comunitario más permanencia total en la comunidad (sin admisión ni sala de emergencias para el periodo de estudio)
11. Brechas de tratamiento: el número de periodos aproximados de 30 días sin contacto con el proveedor primario cuando aparentemente se necesitaba, ha sido...

- 0. > 5 brechas
- 1. 3-5 brechas
- 2. 1-2 brechas
- 3. 0 brechas: atención continua durante todo el periodo de estudio

12. Brechas de tratamiento: el número de periodos aproximados de 30 dias sin ningún contacto con el servicio (puede deberse a abandono, rechazo, pérdida de contacto, etc.) cuando aparentemente se necesitaba...

- 0. > 5 brechas
- 1. 3-5 brechas
- 2. 1-2 brechas
- 3. 0 brechas: atención continua durante todo el período de estudio

13. Brechas de medicamentos (la razón puede ser los efectos secundarios o la asequibilidad), definidas como períodos de dos o más semanas de incumplimiento o interrupción iniciada por el participante de un medicamento recetado...

- 0. Ningún curso regular o constante de medicación incluso cuando se prescribe.
- 1. Medicamentos tomados solo en el hospital y/o admisiones aparentes para acceder a medicamentos.
- 2. Ha tenido de 2 a 4 interrupciones en el curso de la medicación o ha interrumpido por sí mismo
- 3. Ha tenido menos de dos interrupciones en el curso de la medicación.
- 4. Ha tomado continuamente los medicamentos según lo prescrito.

NA - sin medicación prescrita

14. Los recordatorios de asistencia a los programas, se pueden describir como...

- 0. No hay evidencia de recordatorios de citas o citas perdidas. comprobando cualquier servicio accedido
- 1. Al menos un recordatorio de citas, reprogramación o seguimiento por no presentarse
- 2. Más de recordatorio de citas, reprogramación o seguimiento por no presentarse.
- 3. Visitas de psicoeducación ocasionales (si es necesario)
- 4. Visitas de psicoeducación periódicas (si es necesario)

NA - periodo completo de hospitalización.

15. El acceso a un equipo multidisciplinario de proveedores (número visto en el periodo de seguimiento) puede describirse como...

- 0. Ningún proveedor constante de ninguna disciplina
- 1. Una sola disciplina o > 5 pero sin trabajar en equipo
- 2. 2-5 proveedores trabajando en equipo.
- 3. 2-5 incluyendo médico de cabecera.

16. El tiempo de espera para los servicios después de la remisión o después de pedir la cita, ha sido de aproximadamente (registrar número aproximado de días por cada derivación y promedio de todos)...

- 0. > 42 días
- 1. 28 - 41 días
- 2. 14 - 27 días
- 3. 7 - 13 días
- 4. Menos 7 días o en el mismo programa con atención regular a lo largo del tiempo.

17. La presencia de un plan/objetivos de tratamiento individuales puede describirse como...

- 0. Ninguno evidente en cualquier servicio recibido
- 1. Al menos un plan de alta o tratamiento "mínimo"
- 2. Al menos un plan integral de alta o tratamiento registrado
- 3. Plan integral de alta o tratamiento actualizado durante el periodo de estudio.