

Abstracts Translations (Spanish)

Employer-Provided and Self-Initiated Job Accommodations for Workers with Serious Mental Illness

Adaptaciones Laborales Proporcionadas por el Empleador e Iniciadas por el Propio Trabajador para Personas con Enfermedades Mentales Graves

Marjorie L. Baldwin, Rebecca M. B. White, Steven C.
Marcus

Resumen

Antecedentes: Muchas personas con enfermedades mentales graves (EMG) son capaces de trabajar en empleos regulares (es decir, empleos que pagan al menos el salario mínimo, no reservados para personas con discapacidad y no obtenidos con ayuda de los servicios de salud mental), pero pueden necesitar adaptaciones laborales para tener éxito. La literatura existente se centra casi exclusivamente en adaptaciones para trabajadores con EMG que reciben apoyo laboral, por lo que casi no sabemos nada sobre la naturaleza o frecuencia de las adaptaciones necesarias para los trabajadores que están empleados de manera independiente.

Objetivos del Estudio: Basándonos en datos de encuestas de una muestra de trabajadores con diagnósticos de EMG capaces de desarrollar un empleo regular en el mercado laboral convencional, pretendemos: (i) describir la naturaleza y frecuencia de las adaptaciones laborales solicitadas por los trabajadores a sus empleadores o iniciadas por ellos mismos; y (ii) identificar factores individuales y laborales asociados con las probabilidades de solicitar o iniciar adaptaciones.

Método: La muestra de análisis incluye a 731 trabajadores con diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor, empleados en trabajos regulares después del inicio de la EMG. Los trabajadores identificaron cualquier adaptación laboral solicitada a su empleador o iniciada por ellos mismos. Las estadísticas resumen la naturaleza y frecuencia de las adaptaciones en cuatro categorías: horarios, espacio de trabajo, supervisión, modificación del trabajo. Los modelos de regresión logística estiman la relación entre las características de salud y trabajo de los trabajadores y las probabilidades de solicitar o autoiniciar adaptaciones.

Resultados: Mientras que el 84% de los trabajadores en nuestra muestra iniciaron adaptaciones por sí mismos, solo el 25% solicitó adaptaciones a su empleador. Las adaptaciones más frecuentes de ambos tipos implicaron flexibilidad en los horarios (63% autoiniciadas, 24% solicitadas) o modificaciones en el espacio de trabajo (58%, 19%). Los factores correlacionados significativamente con la probabilidad de solicitar adaptaciones incluyen: cultura de trabajo de apoyo, mayor tiempo en el trabajo, limitaciones cognitivas/sociales más severas. Los factores correlacionados significativamente con la probabilidad de autoiniciar adaptaciones incluyen: edad más joven, limitaciones sociales más severas, mayor autonomía laboral.

Discusión: Este es el primer estudio de adaptaciones laborales en personas con EMG empleadas de manera independiente en trabajos regulares. Identificamos un tipo de adaptación, iniciada por el

trabajador, que no se había estudiado antes. Estas adaptaciones autoiniciadas son mucho más prevalentes que las adaptaciones proporcionadas por el empleador en nuestra muestra. Los factores clave asociados con las probabilidades de solicitar/iniciar adaptaciones reflejan la necesidad (por ejemplo, salud comprometida) y la viabilidad de implementación en un trabajo específico. Las limitaciones del estudio incluyen el diseño transversal, que limita nuestra capacidad para identificar relaciones causales.

Implicaciones para la Prestación y el Uso de la Asistencia Sanitaria: Los proveedores que ofrecen vocacionalmente servicios para trabajadores con EMG deben ser conscientes de las muchas formas en que estos empleados pueden adaptarse a su enfermedad por sí mismos, sin la necesidad de revelar su EMG al empleador.

Implicaciones para las Políticas Sanitarias: Nuestros resultados recomiendan políticas laborales que respalden la comunicación empleador-empleado y faciliten las adaptaciones proporcionadas por el empleador, así como políticas que creen flexibilidad para que los empleados inicien sus propias adaptaciones.

Implicaciones para Futuras Investigaciones: Dada la prevalencia de adaptaciones autoiniciadas por los trabajadores, es imperativo que la investigación sobre adaptaciones laborales para personas con enfermedades mentales graves tenga en consideración estos tipos de adaptaciones.

Translated by Sandra Martínez Mudarra, supervised by Antoni Serano-Blanco

Financial Sustainability of Novel Delivery Models in Behavioral Health Treatment

Sostenibilidad Financiera de Nuevos Modelos de Prestación en el Tratamiento de Salud Mental

Dominic Hodgkin, Constance M. Horgan, Stephanie
Jordan Brown, Gavin Bart, Maureen T. Stewart

Resumen

Antecedentes: En los Estados Unidos, gran parte de la investigación sobre nuevos modelos de intervención y prestación de atención a la salud mental está financiada por institutos de investigación y fundaciones, generalmente a través de subvenciones para desarrollar y probar las nuevas intervenciones. La financiación inicial de las subvenciones generalmente tiene un límite de tiempo. Esto implica que eventualmente las comunidades, los profesionales de la salud y otros deben encontrar recursos para reemplazar la financiación de la subvención, de lo contrario, la innovación no será adoptada. La difusión se ve desafiada por la continua predominancia en los Estados Unidos del reembolso por servicio, especialmente para la atención a la salud mental.

Objetivos del estudio: Comprender los desafíos financieros para la difusión de nuevos modelos innovadores de prestación de atención a la salud mental planteados por el reembolso por servicio, y explorar modelos de pago alternativos que prometan acelerar la adopción al abordar mejor la necesidad de flexibilidad y sostenibilidad.

Método: Revisamos la experiencia en los Estados Unidos con tres modelos específicos de prestación de atención que surgieron en años recientes. Los modelos son: el modelo de atención colaborativa para la depresión (CoCM, del inglés collaborative care model for depression), el tratamiento ambulatorio basado en opioides (OBOT, del inglés outpatient based opioid care) y el modelo de clínica de salud conductual comunitaria certificada (CCBHC, del inglés certified community behavioral health clinic). Estos ejemplos se seleccionaron para ilustrar algunos temas comunes y algunos problemas diferentes que afectan la difusión. Para cada modelo, discutimos sus componentes principales; evidencia sobre su efectividad y rentabilidad; cómo se financió su difusión; cómo se les paga a los proveedores; y cuál ha sido la adopción hasta ahora.

Resultados: El modelo de atención colaborativa ha existido durante más tiempo, pero ha sido lento en difundirse, en parte debido a la falta de códigos de facturación para componentes clave hasta hace poco. El modelo OBOT enfrentó ese problema y también (hasta hace poco) un requisito regulatorio que exigía a los médicos obtener exenciones federales para recetar buprenorfina. De manera similar, el modelo CCBHC incluye servicios que anteriormente no eran facturables, pero parece estar difundándose con más éxito que algunas otras innovaciones, en parte debido al enfoque adoptado por los financiadores.

Discusión: Un desafío común para los tres modelos ha sido la inclusión de servicios que no eran (inicialmente) reembolsables en un sistema de tarifa por servicio. Sin embargo, incluso establecer nuevos códigos de procedimiento puede no ser suficiente para dar a los proveedores la flexibilidad necesaria para implementar estos modelos, a menos que los pagadores también implementen modelos de pago alternativos.

Implicaciones para la Prestación y el Uso de la Asistencia Sanitaria: Para los proveedores que reciben financiamiento de subvenciones con límite de tiempo para implementar estos nuevos modelos de prestación, una lección clave es la necesidad de comenzar temprano a planificar cómo se mantendrán los servicios después de que termine la subvención.

Implicaciones para las Políticas Sanitarias: Para los financiadores de investigación (por ejemplo, agencias federales), es claramente importante acelerar el proceso de obtener cobertura para cada nuevo modelo de prestación, incluido el desarrollo de nuevos códigos de servicio facturables, y planificar esto lo antes posible. Los financiadores también necesitan colaborar con los proveedores temprano en el período de la subvención en la planificación de la sostenibilidad para el entorno posterior a la subvención. Para los pagadores, una lección clave es la necesidad de incorporar nuevos modelos en corrientes de financiamiento existentes y estables, como Medicaid y la cobertura de seguros comerciales, en lugar de dejarlos a merced de subvenciones de tiempo limitado en constante rotación, y proporcionar vías para contratar innovaciones bajo nuevos modelos de pago.

Implicaciones para Futuras Investigaciones: Para los investigadores, una recomendación clave sería prestar mayor atención al entorno de pago al diseñar nuevos modelos de prestación e intervenciones.

Translated by Sandra Martínez Mudarra, supervised by Antoni Serano-Blanco

COVID-19, Mental Health, and Mental Health Treatment among Adults

COVID-19, Salud Mental y Tratamiento de Salud Mental en Adultos

Samuel H. Zuvekas

Resumen

Antecedentes: Se ha informado ampliamente que la pandemia de COVID-19 es un factor que ha incrementado los síntomas de ansiedad, depresión y de otros problemas de salud mental. También puede haber interrumpido significativamente la continuidad del tratamiento para pacientes existentes y dificultado el acceso para aquellos que buscan atención por primera vez en un momento en que las necesidades de tratamiento son más altas.

Objetivos del Estudio: Este estudio busca examinar el impacto de la pandemia de COVID-19 en el estado de salud mental y el tratamiento de salud mental en adultos que residen en la población civil no institucionalizada de los EE. UU.

Método: Los datos se extraen de la Encuesta de Gastos Médicos del Panel (MEPS, del inglés Medical Expenditure Panel Survey) 2019-2020, una encuesta nacional representativa de hogares de la población civil no institucionalizada de los EE. UU. realizada anualmente desde 1996 y utilizada extensamente para estudiar el tratamiento de salud mental en los EE. UU. Se examinan las diferencias no ajustadas y ajustadas por regresión entre 2019 y 2020 en el estado de salud mental percibido (excelente, muy bueno, bueno, regular, malo) y en las escalas de angustia psicológica general K6, el cuestionario de depresión PHQ-2 y el resumen del componente mental del cuestionario VR-12 (Veterans Rand 12 item health survey). Del mismo modo, utilizando los datos detallados de MEPS sobre encuentros de atención médica y recetas, se examinan las diferencias en el tratamiento del uso de salud mental entre 2019 y 2020. Se centra específicamente en cambios en la continuidad del tratamiento entre aquellos que ya estaban en tratamiento en enero y febrero, antes de que la pandemia afectara completamente, así como diferencias en el inicio de nuevos episodios de tratamiento después del inicio de la pandemia.

Resultados: Las cuatro escalas de salud mental incluidas en el MEPS muestran declives estadísticamente significativos en la salud mental entre 2019 y 2020, especialmente en los adultos jóvenes. En general, el porcentaje de adultos estadounidenses que reciben tratamiento de salud mental no cambió significativamente. La continuidad del tratamiento aumentó ligeramente en 2020, con un 87,1% de adultos en tratamiento en enero o febrero que aún recibían atención en el segundo trimestre, un aumento de 2,5 puntos porcentuales ($p = 0,025$). Sin embargo, hubo disminuciones significativas en el inicio de nuevos episodios de tratamiento, especialmente en el segundo trimestre de 2020.

Discusión: Si bien la continuidad del tratamiento entre adultos que ya estaban recibiendo atención cuando la pandemia de COVID llevó a interrupciones a nivel nacional es una buena noticia, la disminución en nuevos episodios de tratamiento de salud mental entre aquellos que no fueron tratados previamente es motivo de gran preocupación. En un momento de necesidad intensificada, es probable que la brecha entre la necesidad y el tratamiento haya crecido.

Implicaciones para la Prestación y el Uso de la Asistencia Sanitaria, y Implicación para las Políticas de Salud: Será importante la monitorización continua de las necesidades de salud mental y las brechas en el tratamiento a largo plazo, especialmente a medida que expiren muchas medidas de emergencia diseñadas para mitigar los efectos de la pandemia en el acceso al tratamiento de salud mental.

Translated by Sandra Martínez Mudarra, supervised by Antoni Serano-Blanco