

## Capacidad de los Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y Drogas para manejar situaciones de crisis\*

Marianna Martins Pierini<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7854-6404>

Gabriella de Andrade Boska<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5827-6486>

Heloísa Garcia Claro<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1504-7074>

Priscilla de Oliveira Luz<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0120-1667>

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1069-8700>

**Destacados:** (1) Primer estudio que evalúa la capacidad de los CAPS AD para manejar situaciones de crisis. (2) La capacidad de manejo de crisis de los CAPS AD en el centro de São Paulo fue del 86,6%. (3) De las nueve personas que consumen AOD derivadas a otros servicios, solo una fue hospitalizada.

**Objetivo:** evaluar la capacidad de los Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y Otras Drogas 24 horas para manejar situaciones de crisis de las personas que consumen AOD en la atención integral. **Método:** estudio cuantitativo, evaluativo y longitudinal, realizado de febrero a noviembre de 2019. La muestra inicial estuvo compuesta por 121 personas que consumen AOD, que recibieron atención integral en situaciones de crisis en dos Centros de Atención Psicosocial para Alcohol y Otras Drogas 24 horas en el centro de São Paulo. Los mismos fueron reevaluados después de 14 días de atención. La capacidad para manejar la crisis se evaluó mediante un indicador validado. Los datos se analizaron utilizando estadísticas descriptivas y modelos de regresión de efectos mixtos. **Resultados:** sesenta y siete personas que consumen AOD completaron el *follow-up* (54,9%). Durante la atención de las situaciones de crisis, nueve personas que consumen AOD (13,4%;  $p=0,470$ ) fueron derivadas a otros servicios de la red de salud: siete por complicaciones clínicas, una por intento de suicidio y una por hospitalización psiquiátrica. La capacidad de los servicios para manejar situaciones de crisis fue del 86,6%, fue considerada positiva. **Conclusión:** los dos servicios evaluados fueron capaces de manejar situaciones de crisis en su área de influencia, evitando internaciones y contando con el apoyo de la red cuando fue necesario, logrando así los objetivos de desinstitutionalización.

**Descriptores:** Intervención en Crisis; Centros de Tratamiento de Abuso de Sustancias; Evaluación de Resultados en la Atención de Salud; Personas en Situación de Calle; Trastornos Relacionados con el Consumo de Sustancias; Salud Mental.

\* Artículo parte de la tesis de doctorado "Avaliação de Impacto Clínico e Psicossocial do Acolhimento Integral em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Comissão de Residência Multiprofissional/COREMU, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Pierini MM, Boska GA, Claro HG, Luz PO, Oliveira MAF. The ability of Psychosocial Care Centers specialized in Alcohol and Drugs to handle crises. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3849 [cited \_\_\_\_]. Available from: \_\_\_\_\_.

URL

↑   ↑   ↑  
año   mes   día

## Introducción

La crisis de salud mental puede ser definida como un momento crítico de disrupción de la organización del individuo en sus dimensiones psíquica, social, biológica, espiritual y/o cultural<sup>(1)</sup>. Una crisis puede ser desencadenada por varias situaciones que van más allá de los límites de la persona. Suele involucrar un contexto de cambios, pérdidas, amenazas y está marcada por ansiedad intensa, incertidumbre, imprevisibilidad y posible violencia, pero principalmente por el sufrimiento expresado, mucho más allá de la sintomatología psiquiátrica<sup>(2)</sup>.

En la clínica de alcohol y otras drogas (AOD), la crisis puede aliviarse o agravarse por el efecto o la falta de la(s) sustancia(s) elegida(s). Generalmente se observan características como: deseo (*craving*), intoxicación, sobredosis y síndrome de abstinencia, además de dificultad para establecer relaciones interpersonales, cuestiones que se relacionan habitualmente con la reducción del tiempo de permanencia en los espacios de atención<sup>(3)</sup>.

Aunque no siempre se consideran urgentes, los momentos de crisis exigen atención inmediata<sup>(1,4)</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda, desde hace más de una década, que estos servicios sean realizados preferentemente en el contexto comunitario, por equipos o servicios especializados de salud mental, pero estos recursos aún no están lo suficientemente disponibles o estructurados a nivel mundial<sup>(3-5)</sup>.

Una revisión sistemática de la literatura, abalada por estudios nacionales e internacionales recientes, reveló que la falta de servicios especializados y capacitados para el manejo, las reproducciones de prácticas manicomiales coercitivas, autoritarias y biomédicas, las fallas en la articulación de la red y la insistencia de la familia y de la comunidad para que se lleve a cabo la hospitalización, son algunos de los *impasses* para que la atención de la crisis no tenga éxito en la atención extrahospitalaria<sup>(2,4,6-7)</sup>.

En lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas, es común que el acceso de las personas que consumen AOD a los servicios comunitarios de salud mental sea relativamente menor que en el de otros trastornos mentales, debido a las características específicas de sus necesidades<sup>(3)</sup>. Además, un análisis longitudinal realizado en los Estados Unidos identificó que la proporción de servicios comunitarios alternativos para el manejo de situaciones de crisis en esta población se redujo casi un 10% en ese país en siete años<sup>(8)</sup>.

Incluso en escenarios como Italia, Holanda y Brasil, que implementaron modelos similares de desinstitutionalización centrados en la atención comunitaria, la atención de situaciones de crisis sigue siendo uno de los puntos más críticos de la atención en

salud mental, lo que demuestra que es necesario evaluar esta práctica<sup>(2,4)</sup>.

En Brasil, la atención de la crisis se reorganizó luego de la Reforma Psiquiátrica Brasileña con los Centros de Atención Psicosocial 24 horas (CAPS III) en sus diferentes modalidades de atención a adultos con problemas generales de salud mental (CAPS III) y personas que consumen alcohol y otras drogas (CAPS AD III). Estos servicios asumen la atención extrahospitalaria en salud mental, que incluye el manejo de situaciones de crisis. Para ello, disponen en su estructura de camas para la recepción completa (diurna y nocturna) que varían en número de 6 a 12 camas, dependiendo de las características del área de influencia del servicio. Permiten la estancia completa de las personas que consumen AOD hasta por 14 días al mes, con posibilidad de prórroga, considerando las necesidades de cada caso<sup>(9)</sup>.

Estudios que caracterizaron la atención integral en los CAPS AD III en diferentes regiones de Brasil identificaron que la tasa de ocupación de camas oscila entre el 86% y 100% y que después del alta, entre el 22,6% y el 36,3% de las personas que consumen AOD regresa con nuevas situaciones de crisis, lo que indica la recurrencia y la complejidad del manejo de estos casos, especialmente en contextos de vulnerabilidad social<sup>(2,10)</sup>.

El Ministerio de Salud (MS) considera que "el éxito de la atención de la crisis es fundamental para el cumplimiento de los objetivos del CAPS: atender los trastornos mentales graves y persistentes y evitar las hospitalizaciones"<sup>(11)</sup>. En ese sentido, la capacidad de los CAPS para manejar situaciones de crisis se considera uno de los principales indicadores para garantizar el espacio de estos servicios en la Red de Atención Psicosocial (RAPS), especialmente en este momento histórico político de regresión y devaluación de la atención psicosocial brasileña<sup>(12)</sup>.

Los indicadores son herramientas de información en salud mental importantes, sin embargo, es raro encontrar programas estandarizados en la literatura científica, dado que suelen estar asociados a sistemas públicos específicos para diferentes realidades, lo que debilita el proceso de evaluación, especialmente en países de bajos ingresos<sup>(13)</sup>.

A nivel internacional, las evaluaciones de los servicios asistenciales para las personas que consumen drogas se basan en programas y políticas específicas de cada país<sup>(3)</sup>. Algunos de los indicadores comunes que se adoptan, garantizan que la atención de la crisis se lleva a cabo exclusivamente en la comunidad y que no hay recaídas (nuevas situaciones de crisis)<sup>(4,14)</sup>. En Brasil, de forma similar, recientemente se validaron los indicadores de evaluación de los CAPS 24 horas. Entre estos indicadores se incluyó la capacidad de manejo de crisis. Este indicador mide el número de personas que consumen AOD en crisis

derivadas por los servicios por mes, dividido por el total de personas que consumen AOD en crisis atendidos en las camas, así como la capacidad de manejo de situaciones de crisis del CAPS III<sup>(15)</sup>.

Al adaptar ese indicador para los CAPS AD III, la evaluación puede ser útil para generar evidencia sobre la atención psicosocial, para que los gestores, profesionales de la salud y las personas que consumen AOD puedan utilizar esos datos y así garantizar inversiones adecuadas y lineamientos que contribuyan a la atención extrahospitalaria de personas que consumen AOD.

Con el objetivo de contribuir a la laguna de conocimiento que hay sobre la evaluación del manejo de crisis de los servicios comunitarios, dirigidos a la atención de personas que consumen sustancias psicoactivas, este estudio propone evaluar la capacidad de los CAPS AD III para manejar las situaciones de crisis de las personas que consumen AOD en la atención integral.

## Método

### Diseño de la investigación

El presente estudio tiene un diseño evaluativo y longitudinal, con un enfoque cuantitativo. Se buscó evaluar el indicador de resultado capacidad para el manejo de crisis en CAPS AD III y comprobar los cambios y efectos obtenidos con la atención integral en los siguientes tiempos: tiempo 0 (T0) - tiempo de atención integral inicial y tiempo 1 (T1) - después de 14 días (tiempo establecido por orden ministerial para la permanencia en atención integral). La finalidad de un indicador de evaluación es apoyar la realización de cambios objetivos en el sistema, analizando la presencia o ausencia del efecto después de la observación.

La *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudios observacionales se utilizó como guía para la redacción de este artículo<sup>(16)</sup>.

### Escenario

Este estudio fue realizado en dos CAPS AD III en la región central de la ciudad de São Paulo, SP, Brasil. Ambos servicios atienden poblaciones similares de personas con consumo problemático de AOD y que viven en situaciones de extrema vulnerabilidad social. Los servicios cuentan con entre ocho y nueve camas para la atención integral, con un grado de ocupación que varía entre el 80,6% y el 100% (datos del servicio). El servicio lo brinda un equipo multidisciplinario y cuenta con un equipo de enfermería las 24 horas del día.

Estos servicios fueron elegidos como escenario de investigación porque se consideran de referencia en un área de influencia de gran complejidad en términos de necesidades sociales y de salud, que concentra casi el 50% de la población en situación de calle de São Paulo. Además, es en esta región donde se encuentra uno de los mayores escenarios públicos de consumo de sustancias psicoactivas, conocido como "cena de uso da região da Luz" (lugar de consumo de la región de la Luz) o "cracolândia" (cracklandia)<sup>(17)</sup>.

### Muestra

El cálculo de la muestra se basó en estudios longitudinales que tuvieron el mismo objeto de análisis (personas que consumen AOD en tratamiento) y que utilizaron medidas similares a las del presente estudio (días de consumo de sustancias). Uno de los análisis más cercanos arrojó como resultado una mejora significativa para las personas que consumen AOD de 0,06 puntos y una desviación estándar de 0,165 debido a la diferencia en las medias pre y postseguimiento (*follow-up*)<sup>(18)</sup>. Por lo tanto, al considerar la misma diferencia o mayor diferencia, adoptando un poder de análisis del 95%, el cálculo de la muestra obtenido fue de 101 participantes al final del *follow-up*.

Considerando una probabilidad de pérdidas de muestra del 50%, inicialmente se previó la inclusión de 152 sujetos, sin embargo, la capacidad de inclusión y la muestra final inicial de este estudio fue de 121 participantes. Los mismos fueron incluido por conveniencia.

### Criterios de inclusión, exclusión y discontinuidad

Se adoptó como criterio de inclusión una edad mínima de 18 años, tener condiciones clínicas para responder a la entrevista según la evaluación de los equipos del CAPS AD III, especialmente en lo que respecta a alteraciones del estado mental (agitación psicomotora, alucinaciones, etc.) y a estar bajo la influencia de sustancias psicoactivas o con síntomas de abstinencia, que les impediría participar en la investigación.

Fueron excluidos aquellos que no respondieron completamente el instrumento de recolección de datos, se usó la perspectiva del *Complete Case Analysis*<sup>(19)</sup>. El criterio de discontinuidad de la investigación fue no responder a la entrevista en el *follow-up* (T1).

### Variables e instrumento de recolección de datos

Utilizamos dos formularios digitales para cada tiempo de investigación (T0 y T1) como instrumento de recolección de datos, a los que el equipo de recolección

de datos (investigadora principal, investigador posdoctoral y estudiantes de iniciación científica) podía acceder con una *tablet* o celular.

El instrumento fue desarrollado por los investigadores y cuenta con almacenamiento sincrónico de información en un servidor seguro de la Universidad de San Pablo. El acceso a los datos se realizó solamente por medio de una única contraseña, actualizada periódicamente, según las normas de protección de datos de investigación.

El formulario para T0 contenía variables de identificación, socioeconómicas y de consumo de sustancias en los últimos 30 días. En el formulario para T1, además de repetir las variables sujetas a cambio presentes en T0, como el consumo de sustancias, se agregaron preguntas sobre el período de atención integral y la siguiente pregunta para responder al indicador de resultado, capacidad del CAPS AD III para manejar la crisis: Durante el período de atención integral en el CAPS AD III, ¿te derivaron a otro servicio como hospital general, hospital psiquiátrico, servicios de urgencia y emergencia, entre otros? ¿Por qué motivo?

La validación cruzada de esta información se realizó en las historias clínicas de los participantes y luego se calculó el indicador: Número de personas que consumen AOD en crisis derivadas por los servicios/Total de personas que consumen AOD en crisis que recibe atención en las camas.

## Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo de febrero a noviembre de 2019. Los datos se recolectaron por medio de entrevistas cara a cara con las personas que consumen AOD que recibieron atención integral en los CAPS AD III seleccionados. La recolección se realizó aplicando el instrumento de investigación compuesto por los dos formularios descritos en el tema anterior.

Las personas que consumen AOD en crisis atendidos en el CAPS AD III fueron abordados en las instalaciones de los servicios una vez que se estabilizó su condición, el mismo día en el que ingresaron o al día siguiente, dependiendo de la situación, y fueron invitados a participar voluntariamente en la investigación. Luego de aceptar y firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), fueron entrevistados y se les aplicó el formulario de recolección de datos correspondiente a T0.

Cuando finalizó dicha etapa, se programó una nueva entrevista para 14 días después, la fecha y hora se registró en la historia clínica y en una hoja específica que se le entregó al participante. Los investigadores volvieron al CAPS AD III para realizar el *follow-up* y aplicar el formulario T1. En ese momento, realizamos una búsqueda activa de los participantes, hicimos hasta cinco intentos

para contactarlos personalmente, a través de familiares o de los profesionales del CAPS AD III, en un plazo máximo de 4 días posteriores a la fecha programa de la entrevista T1. Los que no fueron localizados y/o que no participaron en el *follow-up* cumplieron con los criterios de discontinuidad de la investigación.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 30 minutos y se garantizó la confidencialidad de los participantes.

## Análisis de datos

Los datos se analizaron utilizando el *software* R 3.5.1. Las variables numéricas se presentaron mediante medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar (DE)) y las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas.

Se realizó un análisis longitudinal para verificar el cambio individual en el tiempo para cada variable estudiada, considerando la variación en el tiempo de las medidas repetidas. Se aplicaron modelos de regresión lineal de efectos mixtos para variables numéricas y un modelo lineal generalizado de efectos mixtos para variables ordinales y binarias, ajustados con la función de enlace logística acumulativa y ordinaria, respectivamente. Cuando las tablas de contingencia para estas variables tenían una celda con cero casos, se aplicó la corrección de *Firth*. Consideramos un intervalo de confianza del 95 % y parámetro de diferencia valor  $p < 0,05$ .

Para evaluar la capacidad de manejo de situaciones de crisis se utilizó como parámetro una tasa máxima de derivaciones del 20%, es decir, si los servicios derivaron hasta un 20% de las personas atendidas que consumen AOD, se puede considerar que son capaces de manejar las situaciones de crisis. Para ello nos basamos en la literatura científica del área<sup>(2,7,10)</sup> y en los parámetros esperados por las políticas públicas, ya que no encontramos estudios específicos que utilizaran esta medida y no fue definida en el estudio de validación<sup>(15)</sup>.

## Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (2.759.176/2018) y de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo (2.832.670/2018). Todos los participantes firmaron el TCLI.

## Resultados

De las 121 personas que consumen AOD incluidas en la cohorte (T0), 67 (T1) completaron el *follow-up*

(55,4%). El perfil de las personas atendidas en situaciones de crisis en el CAPS AD III fue: hombres (81,8%) (dos participantes se identificaron como transexuales), con una edad media de 44 años (DE=10,3), en situación de calle (75,3%), sin actividad laboral (66,9%), con un promedio de ocho años de estudio (DE=3,8) e ingreso mensual inferior al salario mínimo (62,9%) que, en general, provenía de ayuda social (60,7%). En la Tabla 1 se presenta la información completa.

Tabla 1 – Características de las personas que consumen AOD atendidas en los Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y Otras Drogas III al inicio del estudio. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variables	n (121)	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	97	80,2
Femenino	24	19,8
<b>Orientación sexual</b>		
Heterosexual	106	87,6
Bisexual	12	9,9
Homosexual	2	1,7
Asexual	1	0,8
<b>Raza/color (autodeclarada)</b>		
Moreno	58	47,9
Blanco	32	26,4
Negro	27	22,4
Indígena	1	0,8
Otro	3	2,5
<b>Estado civil</b>		
Soltero	88	72,7
Divorciado	16	13,2
Casado	7	5,8
Unión Estable	6	4,9
Viudo	4	3,4
<b>Situación laboral</b>		
Desempleado	81	66,9
Trabajo informal	32	26,4
Jubilado	5	4,2
Trabajo formal	3	2,5
<b>Ingreso mensual*</b>		
Hasta un salario mínimo	75	62,9
Sin ingresos	29	23,1
De 1 a 3 salarios mínimos	17	14,0
<b>Vivienda</b>		
Situación de calle	91	75,3
Casa/departamento/pensión	23	19,0
Centros de acogida	6	4,9
Otro	1	0,8

\*Se considera salario mínimo R\$ 998,00 – Brasil, 2019

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, las personas informaron un consumo medio de 25 años (DE=11,8) principalmente de sustancias lícitas [alcohol (81,8%; n=99) y tabaco (83,6%; n=101)]. En momentos de crisis, acudieron a los CAPS AD III, las demandas se relacionaban con el deseo de reducir el consumo (82,6%; n=100), solicitar ayuda para desintoxicarse (71,1%; n=86) y solicitar ayuda por vivir en situación de extrema vulnerabilidad social, especialmente en situación de calle (47,1%; n=57).

Después de 14 días de recibir atención integral (T1), hubo una reducción significativa del consumo de alcohol, marihuana y crack (<0,001) y un aumento de los días de consumo de tabaco y de abstinencia. Como se muestra en la Tabla 2, el consumo se evaluó en base a los últimos 30 días.

Tabla 2 – Días de consumo de sustancias psicoactivas antes y después de recibir atención por una situación de crisis en los Centros de Atención Psicosocial Alcohol y otras Drogas III. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Consumo en los últimos 30 días	Media de días de ingreso T0 (n=121)	Media de días después de la atención T1 (n=67)	p-valor
Días de abstinencia	8,81	14,75	< 0,001*
Alcohol	20,80	12,72	< 0,001*
Tabaco	22,38	25,30	0,079
Marihuana	8,83	4,39	< 0,001*
Cocaína aspirada	7,18	6,24	0,203
Crack	7,76	4,13	< 0,001*
Inhalantes	1,13	0,12	0,070
Benzodiazepinas	0,48	0,45	0,960

\*p< 0,001; Regresión lineal de efectos mixtos

En el *follow-up* identificamos que la mayoría de las personas que consumen AOD [94%; (n=63)] permanecieron los 14 días previstos en la atención integral en el CAPS AD III, además los mismos informaron que este recurso contribuyó positivamente para enfrentar el momento de crisis. El 79% (n=53) afirmó que sus demandas/necesidades fueron satisfechas.

En cuanto a las derivaciones descritas en la Figura 1, de las 67 personas que consumen AOD atendidas en situación de crisis en los 10 meses de la investigación y que concluyeron el *follow-up*, nueve (13,4%) necesitaron apoyo externo de la red de salud y fueron derivadas a otros servicios. Este resultado no tuvo diferencia significativa en el seguimiento (p=0,470) (modelo lineal generalizado de efectos mixtos).

Como resultado, la capacidad de los CAPS AD III para manejar situaciones de crisis fue del 86,6%, es decir, fue considerada positiva (menos del 20% de derivaciones) por el cálculo: 9 (número de personas que consumen AOD derivadas)/67 (número de personas que consumen AOD atendidas) = 0,134 o 13,4%.

Mes	Número de personas que consumen AOD atendidas (T1)	Derivaciones	Lugar de derivación	Motivo(s)
Feb.	4	0	-	-
Mar.	9	1	Hospital General	Neumonía
Abr.	11	2	Unidad Básica de Salud Servicio de Emergencia	Anemia (gestante) Derrame pleural
Mayo	12	2	Hospital general Servicio de Emergencia	Cirugía Infección por HIV*
Jun.	5	2	Servicio de Emergencia Servicio de Emergencia	Sospecha de dengue Síndrome de Abstinencia de Alcohol Grave
Jul.	2	0	-	-
Ago.	6	0	-	-
Sep.	5	0	-	-
Oct.	6	1	Servicio de Emergencia	Intento de suicidio
Nov.	7	1	Hospital Psiquiátrico	Desorganización psíquica asociada al consumo de sustancias
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>9</b>		

\*VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana

Figura 1 - Derivaciones de personas que consumen AOD en crisis atendidas en Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y Otras Drogas. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Las características de las personas que consumen AOD derivadas a otros servicios de salud se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3 - Características de las personas que consumen AOD en crisis atendidas y derivadas a otros servicios de salud. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variables	Media	Desviación Estándar
Edad (años)	42,3	8,1
Escolaridad (años)	6	1,8
Consumo de sustancias (últimos 30 días)	23	4,2
	Frecuencia	
	n (9)	%
<b>Género</b>		
Hombre	6	66,7
Mujer	3	33,3
<b>Raza/color</b>		
Moreno	6	66,7
Indígena	1	11,1
Negro	1	11,1
Blanco	1	11,1
<b>Estado civil</b>		
Soltero	7	77,8
Divorciado	1	11,1
Casado	1	11,1
<b>Situación laboral</b>		
Desempleado	6	66,7
Trabajo informal	3	33,3

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	Frecuencia	
	n (9)	%
<b>Situación de calle</b>		
Sí	7	77,7
No	2	22,2
<b>Ingreso mensual</b>		
Menos de un salario mínimo*	9	100
<b>Recibe ayuda social</b>		
Sí	8	88,9
No	1	11,1

\*Se considera salario mínimo R\$ 998,00 – Brasil, 2019

## Discusión

Al evaluar la capacidad de los CAPS AD III en el centro de São Paulo para manejar situaciones de crisis derivadas del consumo problemático de AOD, este estudio obtuvo resultados prometedores que refuerzan la calidad de la atención psicosocial en la atención a la salud mental en situaciones emergentes, en áreas de influencia de extrema vulnerabilidad social.

De las personas que consumen AOD atendidas en diferentes situaciones de crisis, el 13,4% requirió derivación externa, lo que demuestra la capacidad de los servicios para manejar estas situaciones en el área de influencia. Este resultado coincide con los de estudios internacionales que demostraron que la mayoría de las demandas de crisis en salud mental son resueltas por servicios comunitarios o equipos especializados en la comunidad<sup>(4,20)</sup>. A modo de ejemplo, un estudio realizado en Suiza identificó que el 12,7% eran derivados para hospitalización<sup>(20)</sup>. No encontramos estudios que evaluaran la capacidad de los CAPS AD III para manejar la crisis.

El perfil de los participantes de este estudio es similar al de otros estudios sobre atención integral en CAPS AD III, hombres, en situación de calle, con baja escolaridad y consumo problemático de alcohol, tabaco y *crack*<sup>(2,7,10)</sup>. Este perfil difiere de otros contextos, dado que, en muchos países de América del Norte, Reino Unido y Europa, se le presta especial atención a las acciones para el manejo de crisis de las personas que consumen opioides y sus consecuencias<sup>(3,21)</sup>.

Las situaciones por las que se realizaron las derivaciones en los CAPS AD III se asociaron, en general, a problemas de salud física. Ese resultado es esperable en este tipo de atención, dado que dichos servicios no cuentan con los recursos estructurales y humanos para atender emergencias de esta naturaleza. Además, de las tres derivaciones asociadas al empeoramiento del

consumo de sustancias o problemas de salud mental, solo una requirió hospitalización psiquiátrica.

La intoxicación por el consumo de AOD es una de las demandas que más justifica la derivación clínica o psiquiátrica de las personas que consumen AOD en crisis atendidas en los servicios comunitarios, y representa entre el 28,4% y el 40% de los casos<sup>(14,20)</sup>. Además, a menudo las derivaciones se realizan directamente a los hospitales sin brindar ningún otro tipo de atención<sup>(21)</sup>.

Un análisis que reflexiona sobre las concepciones de los profesionales identificó que, en ocasiones, no reconocen su responsabilidad por el manejo y la atención de una persona en crisis en los CAPS III, creen que la función de dicho servicio como integrante central de la RAPS es atender sólo a las personas que consumen AOD "estables", y que las personas con desorganización psíquica deben ser derivadas a otros servicios de salud como hospitales generales<sup>(22)</sup>.

Por otro lado, en consonancia con el presente estudio, una investigación sobre la atención de crisis en la RAPS de Río de Janeiro demostró que en varias situaciones de crisis se adoptaron conductas exitosas sin la ayuda de instituciones psiquiátricas cerradas, ya que el contacto en red entre el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), el servicio de atención de emergencia, el CAPS y la Unidad Básica de Salud (UBS), al parecer, han sido suficientes para atender el manejo de situaciones críticas en el área de influencia y evitar internaciones de larga duración<sup>(2)</sup>.

La producción científica internacional destaca que es necesario realizar un cambio cultural sobre lo que se considera crisis en salud mental y cómo se debe abordar, dado que la misma no es una crisis solo de la persona, sino del contexto<sup>(4,23)</sup>. Las investigaciones indican que la proximidad física de los servicios, los determinantes del acceso regular a la atención comunitaria y la preparación de los equipos para ese abordaje, son esenciales para lograr resultados positivos en el manejo de crisis en la comunidad<sup>(21-22)</sup>.

En general, las concepciones e ideales sobre la atención de crisis son antagónicos, y los protocolos de atención en salud mental se basan en distintos referentes teóricos que se pueden organizar en tres categorías: 1- Atención centralizada y red no integrada (por ejemplo, hospitales psiquiátricos); 2- Atención centralizada y red integrada (como los CAPS); 3- Red integrada y autorregulada (realiza intervención en crisis en todos los servicios de salud). Esta oposición conceptual debilita la difusión y expansión de la desinstitucionalización, lo que refuerza aún más la importancia de evaluar el modelo de atención territorial con enfoque psicosocial<sup>(22)</sup>.

Un estudio que buscó identificar las acciones de atención de crisis y los significados que las involucran, afirmó que, para estructurar las políticas de intervención durante las crisis en salud mental, hay que considerar tres ejes: área de influencia, atención y responsabilidad<sup>(24)</sup>. En el contexto de los CAPS AD, incluimos la Reducción de Daños (RD) como cuarto eje. Este abordaje se da en el área de influencia a través de la corresponsabilidad entre el profesional y la persona que consume AOD, respeta los derechos y favorece la autonomía de la persona que recibe atención integral, aunque esté atravesando una crisis, sin reducir la complejidad de las situaciones que permean la crisis, la necesidad y/o la exigencia de la abstinencia<sup>(25)</sup>.

En los CAPS hay lugar para la atención inmediata de situaciones graves, pero principalmente para las necesidades que surgen durante los 14 días de la atención integral, dado que la crisis no es puntual, también se manifiesta en el proceso de desintoxicación, que genera una ansiedad intensa y duradera, asociada a la abstinencia o al deseo (*craving*) de consumir sustancias, así como también en la planificación del alta cuando el retorno de la persona que consume AOD al contexto de vida está condicionado por vulnerabilidades, que requiere la especial atención de los equipos de salud<sup>(22,24)</sup>.

Las personas que consumen AOD atendidas en el CAPS AD III están expuestas a factores estresantes y conflictivos. Pasan en su vida cotidiana por situaciones de humillación, exclusión, precariedad, necesidades básicas insatisfechas, imposibilidad de ejercer la ciudadanía, problemas de vivienda, vínculos familiares y sociales frágiles y/o inexistentes, además de numerosas situaciones de riesgo que pueden desencadenar la crisis de salud mental, e incluso necesitan protección, y la atención integral brinda una alternativa posible<sup>(10)</sup>.

Teniendo en cuenta esta complejidad, una estrategia adoptada por Trieste (Italia) es el desarrollo de un programa que busca monitorear a las personas que consumen AOD que muestran signos o que ya han atravesado situaciones de crisis y fueron atendidas en los servicios comunitarios.

El equipo discute y actualiza diariamente un documento, según la percepción del riesgo de crisis. Se evalúa información detallada (diferentes manifestaciones, consumo de sustancias, eventos importantes, etc.) junto con posibles intervenciones preventivas o de continuidad de la atención. El principal objetivo de este programa es ofrecer una atención diaria y específica, más cercana y flexible para que las personas que consumen AOD reciban atención integral en el área de influencia y si llegan a presentar situaciones de crisis, que las superen con menor intensidad de sufrimiento<sup>(4)</sup>.

La atención integral es una herramienta fundamental que le permite a la persona que consume AOD experimentar y transitar el momento de crisis con seguridad y libertad, sin mayores perjuicios. Tener la puerta abierta para ese tipo de atención se considera un camino estratégico en la red para satisfacer la demanda, dado que con la atención las 24 horas, el usuario puede beneficiarse de todos los recursos de los servicios<sup>(1)</sup>. Además, la presencia de equipos de enfermería, incluso los fines de semana, y el apoyo de pares en los servicios comunitarios, pueden contribuir al buen resultado del manejo de situaciones de crisis, y provocar una gran mejoría en los aspectos biopsicosociales<sup>(8)</sup>.

La pausa para atender la crisis puede considerarse un acto clínico. Una estrategia que genera condiciones para el intercambio, para hablar y escuchar a los sujetos y, por ende, recuperar posibilidades. Representa una oportunidad para que la persona que consume AOD se haga cargo del sufrimiento que le causa el consumo problemático de AOD y la exclusión social<sup>(1)</sup>. En este sentido, el diálogo y la relación de confianza que brinda este servicio, puede facilitar el acercamiento a la persona en crisis, permitiéndole al profesional y a quien recibe atención, acceder con mayor profundidad a la relación entre el consumo y la planificación de la atención, más allá del uso de medicación<sup>(4)</sup>.

Desde esta perspectiva, los estudios señalan algunos parámetros clave para atender la crisis, de los cuales destacamos:

1. Las intervenciones requieren un gasto de tiempo y energía diferente al que tienen las demandas convencionales, lo que implica que los equipos deben ser más flexibles para dar respuestas;
2. Muchas personas que consumen AOD tienen autonomía respecto a la necesidad de circular en la red. Para estos casos, los servicios deberán permanecer abiertos como referencia para que el sujeto pueda acceder a ellos a voluntad;
3. Hay que permitir que se lleven a cabo negociaciones diferentes en cada situación<sup>(1,4)</sup>.

El presente estudio contribuye al avance científico al proponer un indicador para evaluar la capacidad

de los CAPS AD III para manejar crisis. Este resultado es relevante porque genera evidencia que contrapone los cuestionamientos sobre la efectividad de los servicios comunitarios de salud mental, basándose en el manejo de situaciones de crisis. Es posible que esta investigación promueva reflexiones sobre el rumbo de las políticas públicas para el consumo de sustancias psicoactivas, así como también de las evaluaciones en este campo.

Se consideran limitaciones del estudio la alta tasa de discontinuidad en la investigación de las personas que consumen AOD en el *follow-up* (T1), en parte esperable para un estudio de seguimiento con esta población; la falta de un parámetro evaluativo definido para el indicador al evaluar el manejo de crisis de los CAPS III, lo que puede generar diferentes interpretaciones de los investigadores; y la necesidad de adaptar el indicador para los CAPS AD III. Esos servicios tienen diferentes especificidades y en el contexto del consumo de sustancias es necesario considerar con más frecuencia el apoyo en red para la atención de las manifestaciones físicas derivadas de intoxicaciones y/o desintoxicaciones; por último, no se investigó cómo los servicios evaluados llevaban a cabo la atención de las situaciones de crisis, ni las variables que pueden estar asociadas a las derivaciones, objetos importantes para futuras investigaciones.

## Conclusión

Se concluye que los CAPS AD III evaluados en el centro de San Pablo son capaces de manejar las situaciones de crisis de las personas que consumen AOD en su área de influencia con el recurso de la atención integral. Estos servicios mantienen articulación con la red para la derivación de demandas que van más allá de su especificidad, logrando así los objetivos de desinstitutionalización. Se debe considerar el perfil y contexto de vida de las personas que consumen AOD incluidas en el estudio, dado que la condición de vulnerabilidad social, especialmente la situación de calle, parece influir directamente en el resultado de este indicador.

## Referencias

1. Dassoler VA, Palombini AL. Care for crisis in contemporaneity: challenges in the Brazilian Psychiatric Reform. *Saúde Debate*. 2020;44(spe3):278-91. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E323>
2. Krachenski NHA. Crisis management in Psychosocial Care Centers: a systematic literature review. *Rev PsicoFAE Plur Saúde Mental* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 8];8:23-42. Available from: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/233/143>

3. Gilmore I, Drummond C, Rehm J. The crisis in clinical training for addiction. *Lancet*. 2019;4(10):751-4. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30179-7](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30179-7)
4. Muusse C, Kroon H, Mulder CL, Pols J. "Caring for a Crisis": Care and Control in Community Mental Health. *Front Psychiatry*. 2022;12:798599. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.798599>
5. Charlson F, Ommeren MV, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
6. Amaral CE, Onocko-Campos R, Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci EC, Pequeno ML, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: Narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12(65). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8>
7. Silva TCS, Santos TM, Campelo IGMT, Cardoso MMVN, Silva AD, Peres MAA. Night Admission at a Psychosocial Care Center III. *Brasília: Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0964>
8. Cummings JR, Smith JL, Cullen SW, Marcus SC. The Changing Landscape of Community Mental Health Care: Availability of Treatment Services in National Data, 2010–2017. *Psychiatric Services*. 2021;72(2):204-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900546>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012: Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros [Internet]. *Diário Oficial da União*, 27 jan. 2012 [cited 2022 Apr 8]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html#:~:text=Redefine%20o%20Centro%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o,e%20os%20respectivos%20incentivos%20financeiros.&text=DISPOSIC%C3%87%C3%95ES%20GERAIS-,Art.,h%20\(CAPS%20AD%20III\)](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html#:~:text=Redefine%20o%20Centro%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o,e%20os%20respectivos%20incentivos%20financeiros.&text=DISPOSIC%C3%87%C3%95ES%20GERAIS-,Art.,h%20(CAPS%20AD%20III))
10. Boska GA, Oliveira MAF, Claro HG, Araujo TSG, Pinho PH. Night beds in psychosocial attention care centers for alcohol and drugs: analysis and characterization. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(22):51-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0149>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2022 Apr 8]. Available from: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)
12. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Regress of the psychiatric reform: the dismantling of the national Brazilian mental health policy from 2016 to 2019. *Trab*

Educ Saude. 2020;18(3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

13. Lima IB, Bernadi FA, Yamada DB, Vinci ALT, Rijo RPCL, Alves D, et al. The use of indicators for the management of Mental Health Services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3409. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4202.3409>

14. Creed JO, Cyr JM, Owino H, Box ES, Ives-Ruble M, Sheitman BB, et al. Acute Crisis Care for Patients with Mental Health Crises: Initial Assessment of an Innovative Prehospital Alternative Destination Program in North Carolina. *Prehosp Emerg Care*. 2018;22(5):555-64. <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1428840>

15. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTLS. Evaluation Indicators for the Psychosocial Care Centers Type III: results of a participatory design. *Saúde Debate*. 2017;41(spe):71-83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S07>

16. Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 8]. Available from: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>

17. Marques ALM, Couto M. Políticas de drogas en el contexto brasileño: un análisis interseccional de "Cracolândia" en San Pablo, Brasil. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2517. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2517>

18. Feelemyer JP, Jarlais DCD, Arasteh K, Phillips BW, Hagan H. Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: An international systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2014;134(1). <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.011>

19. Little RJ, Rubin DB. Complete-Case and Available-Case Analysis, Including Weighting Methods [Internet]. In: \_\_\_\_\_. *Statistical analysis with missing data*. New York, NY: John Wiley and Sons; 2002 [cited 2022 Apr 8]. p. 41-58. Available from: <https://doi.org/10.1002/9781119482260.ch3>

20. Moetteli S, Heinrich R, Jaeger M, Amodio C, Rohemer J, Maatz A, et al. Psychiatric Emergencies in the Community: Characteristics and Outcome in Switzerland. *Adm Policy Ment Health*. 2021;48(6):1055-64. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01117-7>

21. Corredor-Waldron A, Currie J. "Tackling the Substance Use Disorder Crisis: The Role of Access to Treatment

Facilities". *J Health Econ*. 2022;81:102579. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102579>

22. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>

23. Mukherjee D, Saxon V. "Psychological Boarding" and Community-Based Behavioral Health Crisis Stabilization. *Community Ment Health J*. 2019;55(3):375-84. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0237-9>

24. Cardoso MRO, Oliveira PTR, Piani PPF. Care practices in mental health in the voice of users from a Psychosocial Care Center of the state of Pará. *Saúde Debate*. 2016;40:109. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610907>

25. Harm Reduction International. *Global State of Harm Reduction 2020* [Internet]. London: Harm Reduction International; 2020 [cited 2022 Apr 8]. Available from: [http://fileserv.idpc.net/library/Global\\_State\\_HRI\\_2020\\_BOOK\\_FA.pdf](http://fileserv.idpc.net/library/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA.pdf)

## Contribución de los autores

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Gabriella de Andrade Boska, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

**Otención de datos:** Marianna Martins Pierini, Gabriella de Andrade Boska. **Análisis e interpretación de los datos:** Marianna Martins Pierini, Gabriella de Andrade Boska, Heloísa Garcia Claro, Priscilla de Oliveira Luz, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

**Análisis estadístico:** Heloísa Garcia Claro. **Redacción del manuscrito:** Marianna Martins Pierini, Gabriella de Andrade Boska, Heloísa Garcia Claro, Priscilla de Oliveira Luz, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

**Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Marianna Martins Pierini, Gabriella de Andrade Boska, Heloísa Garcia Claro, Priscilla de Oliveira Luz, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. **Otros (estandarización de estándares y formateo):** Priscilla de Oliveira Luz.

**Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

**Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

Recibido: 08.04.2022  
Aceptado: 26.09.2022

Editora Asociada:  
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Priscilla de Oliveira Luz

E-mail: pris\_luz@usp.br

 <https://orcid.org/0001-0003-0120-1667>