

## La evolución del enfoque de sistema de atención para menores, jóvenes y adultos jóvenes con afecciones de salud mental y sus familias

Por Beth A. Stroul, MEd; Gary M. Blau, PhD y Justine Larson, MD

El enfoque de sistema de atención (system of care, SOC) se introdujo por primera vez a mediados de la década de 1980 para abordar problemas documentados en los sistemas de salud mental para menores y jóvenes con trastornos emocionales graves (serious emotional disturbances, SED) y sus familias (Stroul y Friedman, 1986). Entre estos problemas se encontraban la importante necesidad insatisfecha de atención de salud mental, el uso excesivo de entornos muy restrictivos, las limitadas opciones de servicios basados en el hogar y la comunidad, la falta de coordinación entre organismos y la falta de asociaciones con las familias y los jóvenes. La visión era ofrecer una amplia gama de servicios y apoyos basados en la comunidad que se coordinarían entre sistemas, individualizados, entregados en el entorno apropiado y menos restrictivo, culturalmente competentes y con base en asociaciones plenas con familias y jóvenes (Stroul, 2002). El enfoque de SOC ha proporcionado un marco para reformar los sistemas de salud mental infantil y juvenil en todo el país y se ha implementado y adaptado en muchos estados, comunidades, tribus y territorios con resultados positivos (Manteuffel et al., 2008; Pumariega et al., 2003; Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental [Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA], 2017; Stroul et al., 2010; Stroul, et al., 2012).

Estos esfuerzos han causado avances significativos en Estados Unidos para abordar los problemas de salud mental de los jóvenes. Sin embargo, a pesar de estos progresos, sigue siendo necesario mejorar los SOC sobre la base de cambios ambientales, cambios en la salud y la prestación de servicios humanos, experiencia y datos de evaluaciones e investigaciones. Como tal, en el año 2010 se publicó una actualización del enfoque (Stroul et al., 2010). Este documento se basa en la actualización de 2010 y describe la evolución posterior del enfoque de SOC. Además, presenta nuevas actualizaciones de la filosofía, infraestructura, servicios y soportes que componen el marco de SOC. Las revisiones se basaron en amplias consultas con expertos y aportes del trabajo de campo, y reflejan un consenso sobre las direcciones futuras de los SOC. (Consulte el Apéndice A para obtener una lista de las organizaciones de expertos consultadas).

### La necesidad de sistemas de atención médica

En los Estados Unidos, las estimaciones anuales de prevalencia de trastornos mentales en población infantil menor de 18 años de edad oscilan entre el 13 y el 20 por ciento y cuestan a los sistemas de atención médica aproximadamente 247 mil millones de dólares al año (Perou et al., 2013). Dentro de este grupo se encuentran menores y jóvenes con SED, que se define como una afección de salud mental diagnosticable que causa un deterioro funcional significativo (SAMHSA, 1993).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> El trastorno emocional grave (SED) se refiere a los menores y jóvenes que han tenido un trastorno mental, conductual o emocional diagnosticable en el último año que dio como resultado un deterioro funcional que interfiere sustancialmente o limita el rol del menor en las actividades familiares, escolares o comunitarias.

Las estimaciones actuales de prevalencia de SED varían del 4.3 al 11.3 por ciento de los menores (Ringeisen et al., 2017; Williams et al., 2018). Los jóvenes y adultos jóvenes de 18 a 25 años pueden tener una enfermedad mental grave (serious mental illness, SMI), definida de manera similar como una afección de salud mental diagnosticable que interfiere sustancialmente con una o más actividades importantes de la vida (Comité Coordinador Interdepartamental de Enfermedades Mentales Graves [Interdepartmental Serious Mental Illness Coordinating Committee, ISMICC], 2017; SAMHSA, 1993).<sup>2</sup> Aunque la prevalencia de SMI se estima en 4,2 por ciento de todos los adultos, la prevalencia de SMI entre este grupo de adultos jóvenes es mayor: aproximadamente 5.9 por ciento (ISMICC, 2017). Para los menores pequeños desde el nacimiento hasta los 6 años, la prevalencia de problemas de salud mental se encuentra, según se informa, entre el 9.5 y el 14.2 por ciento (Brauner y Stephens, 2006).

Se ha estimado que entre el 75 y el 80 por ciento de los menores, jóvenes y adultos jóvenes con SED o SMI no reciben el tratamiento adecuado, en gran parte debido a las barreras estructurales, financieras o personales para acceder a servicios de salud mental de alta calidad (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Centers for Disease Control and Prevention, CDC], 2021; Howell y McFeeters, 2008; ISMICC, 2017; Kataoka et al., 2002). Esto representa un problema de salud pública significativo debido al impacto negativo de los síntomas no tratados en el desarrollo, el rendimiento académico, el empleo, la salud física, la participación en los sistemas de justicia juvenil y penal, el uso de sustancias y otros indicadores de calidad de vida, así como en el bienestar de las familias y las comunidades (Perou et al., 2013). Además, más de la mitad de las afecciones de salud mental comienzan en la infancia o la adolescencia, y los problemas de salud mental que se manifiestan temprano en la vida se asocian con resultados clínicos y funcionales más deficientes. Esto subraya la necesidad de mejorar el tratamiento de las afecciones de salud mental diagnosticadas en menores y adolescentes y de mejorar los esfuerzos de prevención e intervención precoz (Kessler et al., 2005; McGorry et al., 2011).

Desde un contexto histórico, el libro de Jane Knitzer de 1982, *Unclaimed Children: The Failure of Public Responsibility to Children and Adolescents in Need of Mental Health Services* (“Menores no reclamados: El fracaso de la responsabilidad pública hacia los menores y adolescentes que necesitan servicios de salud mental”), documentó las insuficiencias de la atención de la salud mental para menores y jóvenes. Este estudio seminal del sistema de prestación de servicios de salud mental para menores en los Estados Unidos fue fundamental para crear un amplio consenso sobre la necesidad de SOC integrales y coordinados para satisfacer las necesidades de salud mental de los jóvenes con SED y sus familias, y sobre los cambios sistémicos necesarios para implementarlos.

<sup>2</sup>La enfermedad mental grave (SMI) se refiere a personas de 18 años o más que actualmente o en cualquier momento durante el año pasado han tenido un trastorno mental, conductual o emocional diagnosticable de duración suficiente para cumplir con los criterios de diagnóstico especificados en el manual de diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría y que ha dado como resultado un deterioro funcional que interfiere sustancialmente o limita una o más actividades importantes de la vida.

En respuesta al estudio de Knitzer, el Congreso asignó fondos para el Programa del Sistema de Servicios para menores y Adolescentes (Child and Adolescent Service System Program, CASSP) en 1984 para ayudar a los estados y las comunidades a planificar SOC integrales basados en la comunidad para esta población. Posteriormente, para pasar de la planificación a la implementación, el Congreso estableció el Programa de Servicios Integrales de Salud Mental Comunitaria para menores con SED, o la Iniciativa de Salud Mental Infantil (Children's Mental Health Initiative, CMHI), que es administrada por el Centro de Servicios de Salud Mental (Center for Mental Health Services, CMHS) de SAMHSA (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2017; 2019). A través del CMHI, SAMHSA ha proporcionado fondos y asistencia técnica a estados, comunidades, tribus y territorios para la implementación y expansión generalizada de SOC para proporcionar una amplia gama de servicios y apoyos efectivos, basados en el hogar y la comunidad que están organizados en una red coordinada con el objetivo de ayudar a estos menores y jóvenes a prosperar en el hogar, en la escuela y en la comunidad (Stroul et al., 2010).

## Componentes del enfoque de SOC

El concepto de SOC se describió originalmente como la inclusión de dimensiones superpuestas para abordar las necesidades integrales de los menores y jóvenes con afecciones de salud mental y sus familias, en lugar de proporcionar un tratamiento de salud mental de forma aislada (**figura 1**).

**Figura 1.** Dimensiones del marco del sistema de atención (adaptado de Stroul et al., 2010)



**La figura 2** muestra que el marco está conceptualizado actualmente como compuesto por tres elementos: 1) una amplia gama de servicios y apoyos, 2) una infraestructura para cumplir funciones esenciales y 3) una filosofía clara destinada a guiar la prestación de servicios para los jóvenes con afecciones graves de salud mental y sus familias.

### Filosofía

La filosofía de SOC es la base de la prestación de servicios e incluye los valores fundamentales de los sistemas y servicios impulsados por la familia y los jóvenes, basados en la comunidad y de competencia cultural y lingüística. Los principios rectores enfatizan una gama integral de servicios, atención individualizada, prestación de servicios en entornos menos restrictivos, colaboración interinstitucional y coordinación de atención, entre otros. La actualización de 2010 agregó principios para incluir explícitamente prácticas basadas en la evidencia y evidencia basada en la práctica, la vinculación con la prevención de la salud mental y la identificación precoz, rendición de cuentas y servicios apropiados para el desarrollo tanto para jóvenes en edad de transición como para adultos jóvenes y bebés y menores pequeños y sus familias (Stroul et al., 2010).

### Infraestructura

La infraestructura de los SOC incluye estructuras y procesos para tales como gestión de sistemas, gestión de datos y mejora de la calidad, asociaciones interinstitucionales, asociaciones con organizaciones y líderes juveniles y familiares, financiamiento, desarrollo de la fuerza laboral y otros (Pires, 2010; Stroul y Le, 2017)

### Servicios y apoyos

En el pasado, los servicios de salud mental para menores y jóvenes a menudo se limitaban a la terapia individual, la terapia con medicamentos, los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados y el tratamiento residencial (Knitzer, 1982; Stroul y Friedman, 1986). El enfoque de SOC delineó una variedad de servicios y apoyos que incluían estos servicios y agregó otros para crear una gama más amplia de servicios y apoyos para menores, jóvenes y jóvenes adultos con SED y sus familias, enfocándose en

las opciones que podrían proporcionarse en entornos del hogar y comunitarios. Con el tiempo, esta gama de servicios ha seguido ampliándose para incluir una amplia gama de intervenciones de tratamiento basados en el hogar y la comunidad, junto con intervenciones para pacientes hospitalizados y residenciales con vínculos con los servicios comunitarios. Se han establecido con claridad los beneficios de muchos de estos servicios (CMCS y SAMHSA, 2013; SAMHSA, 2017).

La filosofía de SOC enfatiza que los tipos y la combinación de servicios deben basarse en las necesidades únicas de cada joven y familia. En consecuencia, la gama de servicios incluye procesos individualizados de evaluación y planificación de servicios en asociación con las familias y los jóvenes para determinar la intensidad y la combinación de servicios y apoyos que serían más beneficiosos.

Además, son fundamentales para los SOC los principios de que los servicios deben ser de alta calidad, basados en evidencia y receptivos a las poblaciones con diversidad cultural que los reciben. Por ello, las prácticas específicas basadas en la evidencia y las intervenciones específicas de la cultura se incluyen en cada tipo o categoría de servicio. Por ejemplo, la terapia ambulatoria incluye prácticas tales como la terapia cognitiva conductual; la terapia familiar incluye terapia familiar funcional, terapia de interacción entre padres e hijos y otras; el tratamiento intensivo en el hogar incluye intervenciones como la terapia multisistémica y las prácticas basadas en la evidencia para el tratamiento en hogares familiares incluyen Treatment Foster Care Oregon. También se puede aplicar un enfoque modular de las prácticas basadas en la evidencia a cada uno de los tipos de servicios para identificar y capacitar a los proveedores sobre los componentes centrales de múltiples prácticas basadas en la evidencia, lo que permite que los servicios se adapten a las necesidades específicas de cada menor o joven (Chorpita et al., 2005; Weisz y Chorpita, 2012). Un componente de la infraestructura de SOC es una estructura o proceso para identificar e implementar prácticas prometedoras y basadas en la evidencia, así como intervenciones respaldadas por evidencia basada en la práctica que deriva de la experiencia de comunidades diversas, proveedores, familias y jóvenes (Lieberman et al., 2010). La capacitación continua para los profesionales, el monitoreo de la fidelidad y la mejora de la calidad son esenciales para este proceso.

Estos servicios y apoyos están destinados a ser proporcionados por una amplia gama de proveedores diversos que cuentan con el conocimiento y las habilidades necesarias para satisfacer las complejas necesidades de los jóvenes con SED o SMI y sus familias. Los proveedores incluyen profesionales de la salud mental de todas las disciplinas, personal de apoyo que asiste a profesionales, proveedores de apoyo entre pares, personal de agencias asociadas e individuos que brindan apoyo informal. La red de proveedores está destinada a ser extensa dada la amplia gama de servicios incluidos y puede incluir agencias públicas y privadas, varios tipos de organizaciones y

Figura 2. Elementos de los SOC (Stroul et al., 2010)





profesionales individuales. Como se exige en los principios de SOC, los servicios están destinados a proporcionarse en los entornos menos restrictivos y clínicamente apropiados, que incluyen hogares, escuelas, pacientes ambulatorios, atención primaria de salud y entornos comunitarios.

## Resultados del enfoque de SOC

---

Algunos investigadores han postulado que la evaluación de la eficacia del enfoque de SOC es un desafío debido a la variabilidad en la implementación entre estados y comunidades (Cook y Kilmer, 2004). Otros expertos han señalado la complejidad de evaluar los SOC porque estos marcos requieren la prestación de múltiples servicios y apoyos en lugar de una única intervención (Stroul et al., 2010). No obstante, desde su introducción, una extensa cantidad de evaluaciones e investigaciones ha documentado la efectividad de este enfoque (Cook y Kilmer, 2004; Manteuffel et al., 2008; Stroul et al., 2012; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2015).

Varias revisiones resumen la base de evidencia para los SOC. Cook y Kilmer (2004) realizaron una revisión de la bibliografía revisada por pares e informes públicos sobre los SOC para evaluar las fortalezas del marco e identificar áreas que requieren investigación continua. Observaron que los menores inscritos en los SOC tuvieron un mejor desempeño en la escuela, participaron en menos actividades delictivas, tuvieron arreglos de vivienda más estables y se desempeñaron mejor en las medidas objetivas del desempeño de los menores y adolescentes.

Las revisiones más recientes de las evaluaciones e investigaciones de múltiples sitios han observado que la implementación de SOC ha producido cambios tanto en el sistema como en las prácticas que condujeron a resultados positivos para los menores y las familias atendidas (Manteuffel et al., 2008; SAMHSA, 2017; Stroul et al., 2012). Entre estos resultados se encuentra la disminución de los síntomas conductuales y emocionales, de las tasas de suicidio, del uso de sustancias y de la participación en la justicia de menores. También se ha informado que aumentó la asistencia a la escuela y las calificaciones, las fortalezas y la estabilidad de las situaciones de vida. Los resultados documentados para las familias incluyen la reducción de la tensión del cuidador, el mejor funcionamiento de la familia, la mejora de las habilidades para resolver problemas y una mejor capacidad para manejar los comportamientos desafiantes de los hijos. Los hallazgos también indicaron que las familias tuvieron una mayor capacidad para trabajar y perdieron menos días de trabajo (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2015).

Además, múltiples estudios han demostrado un retorno de la inversión positivo por la implementación del enfoque de SOC. El ahorro de costos resulta de la disminución del uso de tratamiento de pacientes hospitalizados y residencial, corrección de menores y otras colocaciones fuera del hogar, así como una disminución del uso de servicios de salud física y de sala de emergencias (Stroul et al., 2015).

## Actualización del enfoque de SOC

---

Como señaló Stroul (2020), el enfoque de SOC evolucionó con el tiempo con cambios significativos en áreas que incluyen las siguientes:

- **Población:** aplicación y adaptación a 1) una población más amplia más allá de aquellos con las afecciones de salud mental más graves y complejas (por ejemplo, jóvenes con uso de sustancias o trastornos concurrentes, jóvenes en programas de bienestar infantil y sistemas de justicia de menores); 2) diferentes grupos de edad con servicios especializados y apropiados para el desarrollo (por ejemplo, la primera infancia, los jóvenes y los adultos jóvenes en edad de transición) y 3) poblaciones de diversidad cultural y geográfica.
- **Servicios y apoyos:** inclusión de una gama más amplia de servicios y apoyos; enfoque en un conjunto básico de servicios y la concientización de la importancia y la eficacia de servicios específicos (por ejemplo, coordinación de cuidados intensivos con servicios integrales, servicios móviles de crisis y estabilización, apoyo entre pares).

- **Enfoque práctico:** adopción de un enfoque de práctica basado en la coordinación de atención intensiva utilizando un proceso integral de alta fidelidad.
- **Base de evidencia:** fortalecimiento de la base de evidencia que documenta la efectividad del enfoque tanto a nivel del sistema como de prestación de servicios.
- **Adopción generalizada:** pasar de la demostración y evaluación del enfoque a la implementación generalizada con flexibilidad, utilizando un proceso bidireccional con asociaciones entre estados y comunidades e integración con otras reformas sistémicas como las de Medicaid y los sistemas asociados de atención a menores.

Ha habido una creciente concientización de la necesidad de actualizar aún más el enfoque de SOC. Ha surgido un consenso entre los expertos sobre los cambios necesarios para 1) ampliar el enfoque de SOC para incorporar elementos de un marco de salud pública basado en la población, estrategias para integrar la atención de salud y salud mental y enfoques para lograr la equidad en salud mental; 2) incorporar un conjunto de servicios de componentes básicos. La importancia de estas revisiones ha aumentado aún más en el contexto de la pandemia de COVID-19, que ha requerido estrategias intencionales para la integración de la salud y la salud mental, intervenciones de salud pública y atención equitativa, al igual que enfoques innovadores para proporcionar servicios y apoyos. Cada una de estas áreas se abordará a continuación.

## Incorporación de la salud pública, integración asistencial y la equidad en la salud mental

La importancia del enfoque de salud pública y de la integración de la atención de la salud y la salud mental requiere la necesidad de incorporar aspectos de estos marcos en el enfoque de SOC. Esto refleja mejor la evolución en el campo y la dinámica cambiante de la salud y la prestación de servicios humanos. Esta actualización del enfoque incorpora servicios de promoción, prevención, cribado, identificación temprana e intervención temprana de la salud mental en los SOC, además del tratamiento para los jóvenes con afecciones graves de salud mental ya identificadas. Además, el marco de integración asistencial de la salud y la salud mental se cruza con los enfoques de SOC y de salud pública y se centra en la necesidad de coordinación entre la atención primaria de salud y los servicios especializados de salud mental.

Ambos enfoques se basan en valores y principios similares a los SOC e incluyen la colaboración entre sistemas a nivel de sistema y prestación de servicios, que es una piedra angular de los SOC. La actualización también establece el logro de la equidad en salud mental como una prioridad y objetivo para el enfoque de SOC.

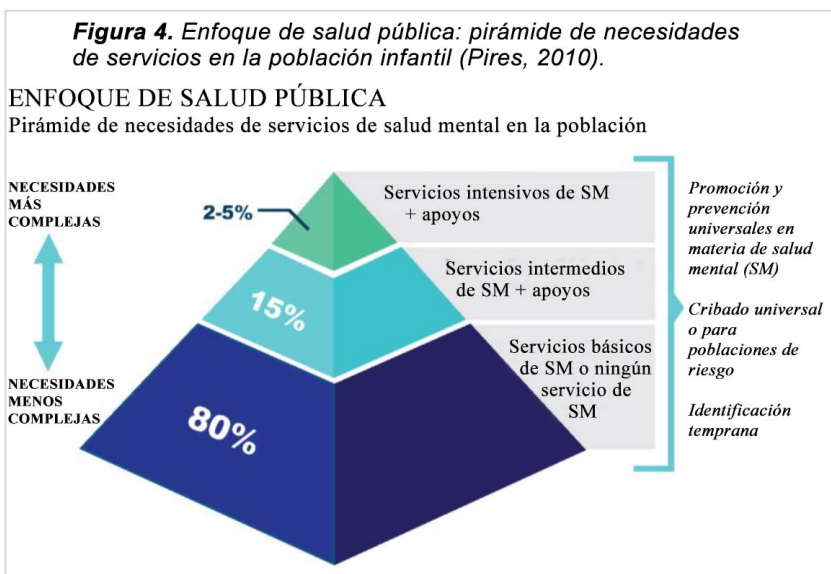
### *El enfoque de salud pública*

El informe del Instituto de Medicina (Institute of Medicine, IOM) *El futuro de la salud pública* definió la salud pública como “lo que la sociedad hace colectivamente para asegurar las condiciones para que las personas estén sanas” (IOM, 1988). Dada la creciente demanda de servicios ya extralimitados y los altos costos asociados con la atención de la salud mental de menores y jóvenes, algunos expertos han abogado por la adopción de un enfoque de salud pública que integre la prevención y la promoción de la salud en el sistema de salud mental.

El marco convencional de salud pública incluye la prevención primaria, secundaria y terciaria. Un marco alternativo para la salud mental fue descrito en un informe de la IOM de 1994 (Mrazek y Haggerty, 1994) e incluye cuatro niveles de intervención: prevención universal, selectiva e indicada y tratamiento. Estos niveles de intervención se dirigen a los factores de riesgo ascendentes en toda la población, en poblaciones de alto riesgo o vulnerables y en poblaciones no diagnosticadas pero sintomáticas, respectivamente. El nivel de tratamiento se centra en las poblaciones que ya han sido diagnosticadas.

Miles et al. (2010) aplicaron el marco de salud pública específicamente a la salud mental infantil y juvenil, y afirmaron que este enfoque se basa en la inquietud por los sistemas de atención médica sobrecargados, los altos costos y los enfoques fragmentados para la atención de la salud mental infantil y juvenil. Sostuvieron que los SOC deberían centrarse en reducir los problemas de salud mental entre los menores con problemas identificados y en un enfoque más holístico para optimizar la salud mental para todos los jóvenes. Su marco conceptual incluye una base de valores fundamentales derivados del enfoque de SOC y un nuevo “modelo de intervención” que proporciona una gama de servicios que incluye promover, prevenir, tratar y reclamar.

**Figura 4.** Enfoque de salud pública: pirámide de necesidades de servicios en la población infantil (Pires, 2010).



Pires (2010) describió una conceptualización relacionada de un enfoque de salud pública desarrollado específicamente para la salud mental infantil y juvenil. Se representa como una pirámide de necesidades de servicios en la población infantil que muestra que la promoción y prevención universal de la salud mental, el cribado de jóvenes de riesgo y la intervención precoz se aplican a una población total de menores, jóvenes y adultos jóvenes. A medida que las necesidades de salud mental se vuelven más complejas, se requieren servicios y apoyos adicionales, y se necesitan servicios y apoyos intensivos para aquellos

jóvenes con las condiciones más graves y complejas en la cima de la pirámide (**figura 4**). Pires señaló que los tipos de servicios no varían en función de si un menor tiene necesidades de servicio de moderadas a complejas; más bien, lo que varía es la intensidad y la duración de los servicios.

Las escuelas pueden desempeñar un papel importante en la implementación de un enfoque de salud pública para abordar los problemas emocionales y de comportamiento en menores y jóvenes. Los sistemas integrales de salud mental escolar proporcionan una gama completa de apoyos y servicios que promueven el clima escolar positivo, el aprendizaje socioemocional, la salud mental y el bienestar, a la vez que reducen la prevalencia y la gravedad de las enfermedades mentales (Hoover et al., 2008; NCSMH, 2019; SAMHSA-CMS, 2019). Las intervenciones basadas en la escuela pueden dirigirse a la población total, los estudiantes en riesgo y aquellos con problemas desafiantes. Los ejemplos incluyen el Sistema de Apoyos de Múltiples Niveles (Multi-Tiered System of Supports, MTSS) (Hoover Stephan et al., 2015) que se define como la “práctica de proporcionar instrucción e intervenciones de alta calidad adaptadas a las necesidades de los estudiantes”, con un enfoque en los resultados académicos, socioemocionales y conductuales (Batsche et al., 2005). El MTSS entrelaza los modelos basados en la evidencia de Respuesta a la Intervención (Response-to-Intervention, RIT) e Intervención y Apoyos de Comportamiento Positivo (Positive Behavior Intervention and Supports, PBIS) para crear un enfoque integral que satisfaga las necesidades y mejore los resultados para todos los estudiantes (Averill y Rinaldi, 2013).

Similar a la pirámide de necesidades de servicios en la población infantil, el MTSS es un modelo de tres niveles para la instrucción y la intervención que combina apoyos académicos y conductuales. El nivel 1 se refiere a las intervenciones universales que abordan las necesidades de todos los estudiantes en una escuela, el nivel 2 proporciona intervenciones específicas para estudiantes con necesidades identificadas y el nivel 3 proporciona servicios intensivos e individualizados a los estudiantes con las necesidades más graves (University of South Florida, 2011). Al igual que el enfoque de SOC, el marco también integra estructuras y procesos a nivel de sistema que unen a los socios de los sistemas de servicios a la infancia y juventud y la familia para planificar e implementar estas intervenciones en colaboración.

### ***Enfoque de integración asistencial de la salud y la salud mental***

Muchos menores, jóvenes y adultos jóvenes reciben servicios de salud mental en entornos de atención primaria. Más de la mitad de las visitas anuales para la atención de la salud mental ocurren en el sector de la medicina general, y del 70 al 80 por ciento de las recetas de medicamentos relacionados con las afecciones de salud mental para jóvenes son escritas por pediatras y médicos generales (Instituto Nacional de Salud Mental [National Institute of Mental Health, NIMH], 2017). Además, los menores con afecciones médicas crónicas, como el asma, tienen el doble de probabilidades de tener también un trastorno de salud mental (Centro para Soluciones de Salud Integradas [Center for Integrated Health Solutions, CIHS], 2016). Aunque los profesionales de la salud mental son esenciales, es probable que muchos jóvenes continúen accediendo a los servicios de salud mental a través de los proveedores de atención primaria (primary care providers, PCP) y que la atención primaria continúe siendo una puerta de entrada a los servicios de salud mental (NIMH, 2017). Se ha propuesto la atención integrada como una solución, con el objetivo de coordinar sistemáticamente los servicios de salud física y salud mental para mejorar los resultados para las personas con múltiples necesidades.

El marco de integración asistencial aborda el papel de los PCP en la prestación de servicios de salud mental y la importancia de mejorar la colaboración entre los proveedores de atención primaria y de salud mental. La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (2010) describió objetivos para este enfoque, como promover un desarrollo social y emocional óptimo, identificar problemas de salud mental de forma precoz, implementar servicios psicofarmacológicos efectivos en la atención primaria, mejorar la coordinación de la atención y aumentar la capacidad de los PCP y los proveedores de salud conductual para responder mejor a los problemas de salud mental y de salud física.

Varias definiciones propuestas de integración asistencial de la salud y la salud mental comparten características comunes (Pires et al., 2018). La atención integrada se ha definido como un marco que “abarca la gestión y la prestación de servicios de salud para que las personas reciban una continuidad de servicios preventivos y restaurativos para la salud mental y las adicciones, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y en los diferentes niveles del sistema de salud” (CIHS, s.f.). Reconociendo las necesidades únicas de los menores, jóvenes y adultos jóvenes, la integración asistencial para este grupo se ha descrito como “un enfoque y modelo de prestación de atención que aborda de manera integral la atención primaria, la salud conductual, la atención especializada y las necesidades de apoyo social de los menores y jóvenes con problemas de salud conductual de una manera continua y centrada en la familia” (CIHS, 2013).

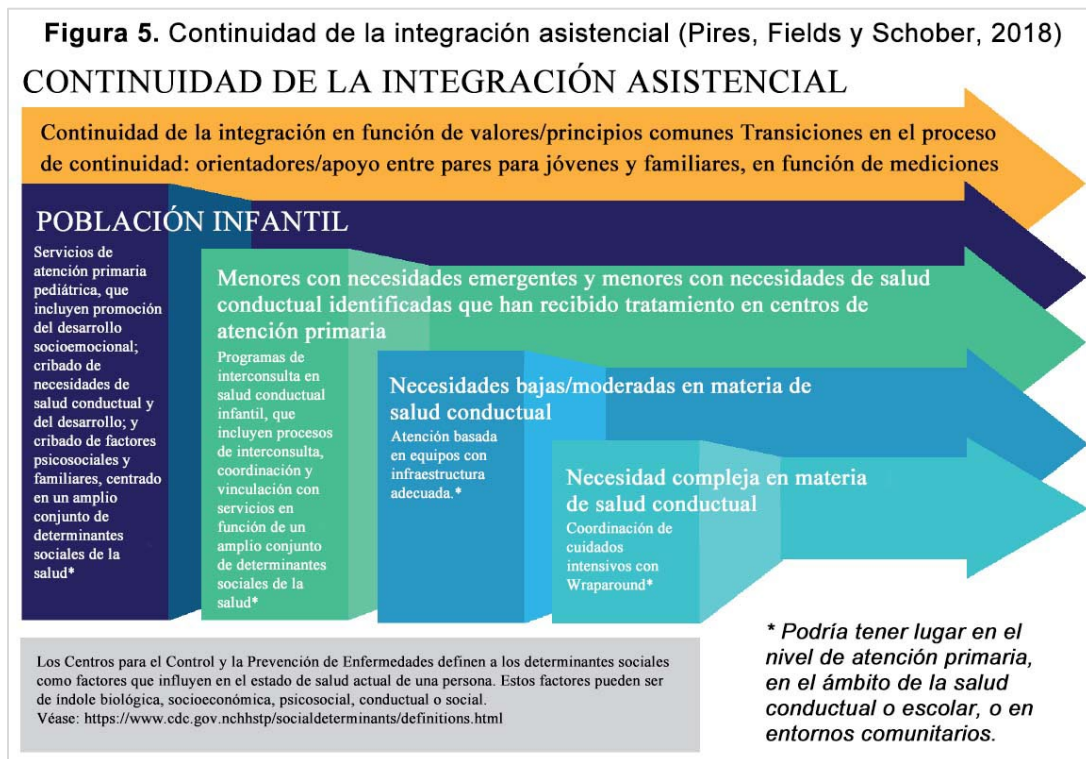
Los beneficios de integrar la atención de la salud física y la salud mental fueron descritos por la Academia Americana de Pediatría (2009) e incluyen oportunidades para cultivar relaciones potencialmente a largo plazo y de confianza con los PCP, intervenir de forma precoz cuando se identifican por primera vez los signos de problemas de salud mental, aumentar el acceso a la atención especializada en salud mental, aumentar la receptividad de las familias a los servicios de salud mental, y mejorar la eficiencia y los resultados del tratamiento de salud y salud mental. Reconociendo la importancia de la integración, SAMHSA (2017) identificó prácticas prometedoras



para integrar la salud conductual en los entornos de atención primaria para menores en función de los resultados del Proyecto LAUNCH (Linking Actions for Unmet Needs in Children's Health, "Vincular acciones para las necesidades no satisfechas en la salud infantil").

En 2017, el Instituto de Innovación e Implementación de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Maryland convocó a un grupo de expertos para explorar la integración asistencial en los entornos de atención primaria y de salud conductual. Los expertos llegaron a un consenso sobre los elementos de una continuidad de la integración asistencial para menores, jóvenes y adultos jóvenes (Pires et al., 2018). De forma similar al enfoque de salud pública, esta continuidad toma una perspectiva basada en la población y describe intervenciones para todos los jóvenes con intervenciones cada vez más intensivas para aquellos con necesidades de salud conductual emergentes, bajas/moderadas y complejas (**figura 5**). Hicieron hincapié en la importancia de los servicios apropiados para el desarrollo y las transiciones fluidas en toda la continuidad.

**Figura 5.** Continuidad de la integración asistencial (Pires, Fields y Schober, 2018)



El panel de expertos acordó valores y principios comunes para el marco de integración asistencial que son similares a los que comprenden la filosofía de SOC. El Centro de Soluciones Integradas de Salud (CIHS) también especificó que el enfoque de SOC está vinculado a la integración asistencial y que su marco de integración se basa en los valores fundamentales de la atención impulsada por la familia y guiada por los jóvenes, basada en la comunidad y con competencia cultural y lingüística. El marco de CIHS utiliza valores y principios de SOC como parte de los criterios de evaluación para sistemas integrados (CIHS, 2016).

### ***Equidad en la salud mental***

La competencia cultural y lingüística ha sido un elemento integral de la filosofía de SOC desde el principio. Muchos SOC han utilizado los [Estándares nacionales para servicios cultural y lingüísticamente adecuados en la salud y la atención de la salud](#) (Estándares CLAS) desarrollados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos como un punto de referencia para proporcionar servicios culturalmente receptivos y eliminar las disparidades en la atención médica. La intención de los estándares es “promover la equidad en salud, mejorar la calidad y ayudar a eliminar las disparidades mediante el establecimiento de un plan para las organizaciones de salud y atención médica”. Se proporcionan normas para la gobernanza, el liderazgo y la fuerza laboral; la comunicación y asistencia lingüística y el compromiso, la mejora continua y la rendición de cuentas.

Yendo más allá de la competencia cultural, esta actualización del enfoque de SOC incorpora un enfoque explícito en lograr la equidad en la atención de la salud mental para jóvenes y sus familias.

El racismo estructural y sistémico, el sesgo implícito y el trauma histórico afectan los determinantes sociales de la salud, como la estabilidad económica, la educación, la vivienda, la atención médica, la nutrición y la seguridad. Además, el acceso a servicios asequibles y de alta calidad es un desafío para los menores y las familias de color; los jóvenes que son parte de la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero o en cuestionamiento (lesbian, gay, bisexual, transgender, or questioning, LGBTQ); otras poblaciones diversas y menores y familias en zonas rurales, fronterizas y urbanas desatendidas o desfavorecidas. A medida que ha aumentado la atención a la justicia social y la equidad racial, también lo ha hecho el reconocimiento de la necesidad de una mayor atención a las cuestiones de equidad en la salud. Se necesitan estrategias para abordar la equidad en la atención de la salud mental en múltiples campos: investigación, políticas y práctica (Academias Nacionales de Ciencias, 2019).

Según Taylor y Goodman (2021), las organizaciones y los sistemas deben construir una cultura de equidad e inclusión y tener la infraestructura, el liderazgo y la capacidad para recopilar y utilizar datos para participar en conversaciones de equidad, establecer objetivos e implementar acciones. De esta forma, lograr la equidad en los SOC requiere acción en todos los componentes del sistema, incluida la misión y la visión, las políticas, el liderazgo, el personal, las asociaciones, el diseño del programa, los servicios y los apoyos, el enfoque de la práctica, los resultados deseados en el sistema y los niveles de prestación de servicios, la evaluación y la mejora de la calidad.

### **Componentes principales de una gama de servicios integral en los SOC**

A medida que el enfoque de SOC ha evolucionado, se ha corroborado la importancia de un conjunto principal de servicios y apoyos para mejorar los resultados (Urpapilleta et al., 2012; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2013). Los servicios principales se describieron en un Boletín Informativo Conjunto publicado por SAMHSA y el Centro de Servicios de Medicaid y CHIP (CMCS y SAMHSA, 2013) e incluyen servicios móviles de respuesta a crisis y estabilización, coordinación de atención intensiva utilizando el enfoque integral, tratamiento intensivo de salud mental en el hogar, cuidado de relevo, apoyo entre pares para padres y jóvenes, fondos flexibles y tratamientos para abordar el trauma. Aunque estos servicios han incluido principalmente la atención en persona, los enfoques de telesalud se han aplicado a muchos de ellos para proporcionar tratamiento y apoyo a los jóvenes y sus familias durante la pandemia de COVID-19. La telesalud también se incluye ahora como un componente central de SOC.

### ***Servicios Móviles de Respuesta a Crisis y Estabilización (MRSS)***

El MRSS se proporciona a menores y jóvenes que están experimentando emergencias de salud mental y sus familias. Está diseñado para desactivar y estabilizar las crisis, mantener a los menores y jóvenes en sus arreglos de vivienda actuales, prevenir la hospitalización, prevenir la interrupción de las colocaciones de bienestar infantil y mejorar el desempeño (Manley et al., 2018). Los servicios son prestados por una sola persona, o un equipo de profesionales o personal de apoyo que asiste a profesionales capacitados en intervención de crisis que generalmente brindan respuestas terapéuticas presenciales en situaciones de crisis. Aunque el MRSS puede incluir consultas telefónicas o por video con proveedores especializados como parte de la intervención (por ejemplo, consulta psiquiátrica para el manejo de medicamentos), los enfoques virtuales se han utilizado cada vez más durante la pandemia. Los servicios de MRSS están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

La intervención inicial suele ser a corto plazo (72 horas o menos), seguida de un componente de estabilización que puede abarcar varias semanas. El componente de estabilización puede proporcionarse en el hogar o en colocaciones residenciales a corto plazo. Después de la estabilización inicial, el MRSS proporciona una breve atención de seguimiento para promover la estabilización continua y la vinculación a través de la transferencia cálida a los servicios y apoyos en curso en la comunidad para mejorar el acceso, los resultados de los menores y las familias y la satisfacción de la familia. Los equipos móviles de respuesta a crisis a menudo trabajan en colaboración con las fuerzas del orden y otros socorristas (Manley et al., 2018; Rzuclidlo y Campbell, 2009). Un informe de 2018 de la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental (National Association of State Mental Health Program Directors, NASMHPD) citó hallazgos que demuestran que el MRSS es fundamental para evitar visitas innecesarias al departamento de emergencias, hospitalizaciones, colocaciones fuera del hogar e interrupciones de colocación. Además de mejorar los resultados para los jóvenes, se ha demostrado que los servicios de MRSS reducen los costos totales (Manley et al., 2018).

### ***Coordinación de atención intensiva utilizando el proceso integral***

La coordinación de atención intensiva utilizando el proceso integral (“wraparound”) es un enfoque para proporcionar atención individualizada a menores, jóvenes y adultos jóvenes con necesidades complejas de salud mental y sus familias (Schurer Coldiron et al., 2017; Walker y Baird, 2019). El proceso integral no es un servicio en sí, sino que es un enfoque estructurado para la planificación de servicios y la coordinación de la atención que se basa en valores SOC claves (p. ej., impulsados por la familia y los jóvenes, basados en los equipos, colaborativos y basados en los resultados). El enfoque integral incorpora un coordinador de atención dedicado a tiempo completo que trabaja directamente con una pequeña cantidad de menores y familias. Por cada menor atendido, el coordinador de atención crea un equipo compuesto por el menor y la familia, los proveedores de servicios formales e informales, los proveedores de apoyo entre pares y otros. Luego, este equipo crea, implementa y supervisa un plan de servicio individualizado y holístico en todos los dominios de la vida. Zoom y otras plataformas se utilizaron de manera eficaz como medios para las reuniones de equipo durante la pandemia.

En 2004, la Iniciativa Nacional Integral definió aún más el modelo, incluidos sus principios, fases y actividades, y las funciones del personal (Bruns y Walker, 2008). Dado que se considera que la fidelidad al modelo es clave para lograr resultados positivos, también se desarrolló un sistema de medición de la fidelidad. Una creciente base investigativa documenta la eficacia de la coordinación de los cuidados intensivos mediante la integración, incluido su impacto en áreas como la reducción de las colocaciones residenciales, la mejora de los resultados de salud mental, la mejora del éxito escolar y la disminución de la reincidencia en la justicia de menores (Bruns y Suter, 2010; Olson et al., 2021).

### ***Servicios de tratamiento intensivo de salud mental en el hogar***

Los servicios de tratamiento intensivo de salud mental en el hogar son intervenciones proporcionadas para mejorar el funcionamiento de los menores, los jóvenes y la familia, y para prevenir la necesidad de colocaciones fuera del hogar, hospitalización o tratamiento residencial. Por lo general, esta es una intervención integral que incluye terapia individual y familiar, capacitación en habilidades, intervenciones conductuales, respuesta ante crisis y coordinación de la atención (English et al., 2016). El enfoque suele ser colaborativo, incluida la familia del menor/joven, la escuela, los proveedores de salud mental, los proveedores de atención médica y otros sistemas involucrados, como la justicia de menores o el bienestar infantil (Barbot et al., 2016).

Un esfuerzo por identificar los servicios de tratamiento de salud mental en el hogar a nivel estatal descubrió que estos servicios existen de alguna forma en la mayoría de los estados (Bruns y Shepler, 2018). Los resultados indicaron que la mayoría de estos servicios deben prestarse en el hogar, la escuela o la comunidad, y que se utilizan modelos individuales y de equipo. La flexibilidad permitió que estos servicios también se presten de forma virtual. La intensidad del servicio promedia alrededor de 4 a 6 horas por semana y la duración habitual varía de 3 a 7 meses. La cantidad de casos suele ser pequeño, con un promedio de 4 a 6 casos para un miembro del personal y de 8 a 12 casos para equipos de dos miembros. Las citas se ofrecen en horarios convenientes para las familias, incluidas las noches y los fines de semana, y hay disponibilidad de guardias las 24 horas del día, los 7 días de la semana para situaciones de crisis. La colaboración entre la familia y los jóvenes son un componente central de este enfoque. Estos servicios incluyen intervenciones tales como la estabilización ante crisis, la planificación de seguridad, el desarrollo de recursos y apoyo, la terapia familiar/de sistema, el manejo de la conducta/crianza, las intervenciones cognitivas, el desarrollo de habilidades, la coordinación entre sistemas, las intervenciones centradas en el trauma, el tratamiento por uso de sustancias y servicios sociales para satisfacer las necesidades básicas.

Existe un extenso centro de investigación sobre el tratamiento de salud mental en el hogar, gran parte del cual se relaciona con las diversas prácticas manuales basadas en la evidencia que son relevantes para este servicio, como la terapia multisistémica, los servicios intensivos de preservación familiar, los constructores de viviendas, el tratamiento concomitante integrado para la salud mental y los trastornos por el uso de sustancias, el tratamiento intensivo basado en el hogar, la terapia familiar multidimensional y la terapia familiar funcional. Los resultados demostrados para estos servicios incluyen efectos positivos sobre la hospitalización psiquiátrica, la sintomatología, el funcionamiento escolar, la justicia de menores y la participación en el bienestar infantil, el funcionamiento familiar, el uso de sustancias y la frecuencia e intensidad de las crisis (Bruns y Shepler, 2018; Moffett et al, 2017).

### ***Apoyo entre pares para padres y jóvenes***

Los servicios de apoyo entre pares son prestados por personas que tienen experiencia personal “de vida” con afecciones de salud mental y con los sistemas de servicios de orientación, ya sea como consumidores o como familiares o cuidadores (Fuhr et al., 2014). Los proveedores de apoyo entre pares se enfrentaron personalmente a los desafíos relacionados con la capacidad de afrontamiento ante afecciones graves de salud mental y, por lo tanto, están excepcionalmente calificados para ayudar a otras personas con desafíos similares. El apoyo entre pares de padres brinda servicios a familias o cuidadores de jóvenes con afecciones de salud mental, mientras que el apoyo entre pares de jóvenes brinda servicios a menores, jóvenes y adultos jóvenes con afecciones de salud mental de diferentes edades, por lo general desde la infancia tardía o la adolescencia temprana (Ansell e Insley, 2013; Center for Health Care Strategies, 2013).

El apoyo entre pares implica prestar servicios de modo que sean accesibles y aceptables para las familias y los jóvenes. Los servicios incluyen proporcionar apoyo individual o grupal, identificar y acceder a apoyos naturales, infundir confianza, ayudar en el desarrollo de objetivos, desempeñarse como defensor, enseñar habilidades de afrontamiento, brindar apoyo social o emocional y brindar



apoyo intensivo durante las crisis (Acri et al., 2017; Hoagwood et al., 2010; SAMHSA, 2017; Simons et al., 2016). Apoyar el alcance comunitario, la educación y la defensa de las voces de las familias y los jóvenes dentro de las agencias y los sistemas también puede ser parte de la función de un proveedor de apoyo entre pares (Simons et al., 2016).

Los proveedores de apoyo entre pares pueden asistir a las reuniones del equipo infantil y familiar y desempeñar una función de orientadores, ayudando a los jóvenes o las familias a orientarse en cuanto a la salud mental y otros sistemas de servicio a menores/jóvenes y familias (CMCS y SAMHSA, 2013). Los proveedores de apoyo entre pares para jóvenes también pueden ayudar a los jóvenes y adultos jóvenes en transición al colaborar entre los sistemas de salud mental para menores/jóvenes y adultos y otros sistemas que les brindan servicios (Simons et al., 2016).

Las revisiones sobre la eficacia de los servicios de apoyo familiar prestados por pares informaron impactos prometedores en la mejora del conocimiento, el funcionamiento familiar y las habilidades de crianza, así como en la autoeficacia y el empoderamiento para tomar medidas (Acri et al., 2017; Hoagwood et al., 2010; Kutash et al., 2011; Obrochta et al., 2011). Aunque se estudian con menos frecuencia, los hallazgos sobre el apoyo entre pares para jóvenes sugieren que tiene impactos positivos en indicadores tales como la participación, la idoneidad y la satisfacción con los servicios; la reducción de las hospitalizaciones; y la mejora del funcionamiento (Cené et al., 2016; Gopalan et al., 2017; Jackson, Walker y Seibel, 2015; Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health, 2016).

### **Cuidado de relevo**

El cuidado de relevo proporciona a los padres y otros cuidadores primarios atención a corto plazo planificada o de emergencia para sus hijos, lo que permite que los menores y jóvenes con necesidades de salud mental permanezcan en un entorno seguro y comprensivo, por lo general, en sus propios hogares (CMCS y SAMHSA, 2013). Además del apoyo en el hogar proporcionado por personas capacitadas, el cuidado de relevo se puede proporcionar en el hogar de otra familia o en un centro, como un hogar de crianza o un hogar grupal. En los sistemas de bienestar infantil, los objetivos declarados del cuidado de relevo son ofrecer alivio temporal a los cuidadores primarios, reducir el aislamiento social, mejorar la estabilidad familiar y reducir el riesgo de negligencia o abuso del menor o joven (Child Welfare Information Gateway, 2018). Estos servicios son prestados por cuidadores calificados que pueden ser capacitados por sistemas de bienestar infantil o salud mental, instituciones religiosas o programas formales de cuidados de relevo (Whitmore, 2017).

La Red Nacional de Relevo ARCH (2012) señaló que los servicios de relevo para las familias de menores y jóvenes con SED son un componente importante de la gama de servicios al proporcionar este alivio temporal para las familias y los cuidadores, y permitirles renovar sus energías y reducir el estrés asociado con las funciones de cuidado. El cuidado de relevo también beneficia a otros menores de la familia al brindarles la oportunidad de pasar tiempo de calidad con sus padres, y beneficia al menor o joven al evitar las colocaciones fuera del hogar y alentar experiencias sociales positivas con cuidadores que no sean sus familias. Las primeras investigaciones sobre el cuidado de relevo descubrieron que la necesidad es más alta para las familias de menores con deterioro funcional significativo y que promueve el bienestar en los padres, les permite cuidar mejor a sus hijos y da lugar a resultados positivos que incluyen menos colocaciones fuera del hogar y menos estrés para los cuidadores (Boothroyd et al., 1998; Bruns y Burchard, 2000; Focal Point, 2001).

### **Fondos flexibles**

Los fondos flexibles se pueden proporcionar utilizando mecanismos de financiación que incluyen fondos estatales y de subvenciones, y también están cada vez más cubiertos por Medicaid. Por lo general, los fondos flexibles se utilizan para comprar bienes o servicios no recurrentes que se adquieren para mejorar la capacidad de la familia o los cuidadores para satisfacer las necesidades de un menor o joven con SED que no están cubiertos por otras fuentes de financiación (CMCS y

SAMHSA, 2013). Los servicios pueden incluir educación, formación, actividades recreativas, membresía en clubes sociales o incluso gastos asociados con la transición del tratamiento residencial al hogar familiar o la vida independiente. Algunas de las primeras publicaciones describieron el beneficio de los fondos flexibles en la salud mental de menores/jóvenes y señalaron que la capacidad de las familias para determinar el mejor uso del dinero y la disponibilidad de los fondos antes de que ocurrieran las crisis eran fundamentales para el éxito de este tipo de apoyo (Dollard et al., 1994). La información derivada de la evaluación nacional del CMHI informó el desarrollo de una herramienta de recopilación de datos para rastrear cómo se usan los fondos flexibles. Las categorías de gastos incluyen artículos como vivienda, servicios públicos, modificación del entorno, alimentos/comestibles, ropa, actividades, apoyo educativo, guardería, transporte, servicios médicos, de salud mental para el menor/joven o familiar/cuidador, campamento y capacitación para el menor/joven o familiar/cuidador (Peart Boyce et al., 2015).

### ***Tratamientos específicos para el trauma y sistemas informados sobre el trauma***

Los menores y jóvenes con las necesidades de salud mental más graves a menudo sufrieron experiencias traumáticas significativas. La relación entre las experiencias adversas en la niñez, como el trauma y las necesidades posteriores de salud mental, se destacó en el estudio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers For Disease Control and Prevention, CDC) y Kaiser Permanente, el estudio de Experiencias Adversas en la Niñez (Adverse Childhood Experiences, ACE) que se realizó originalmente entre 1995 y 1997 (Felitti et al., 1998). Desde 2009, los CDC han recopilado datos sobre las ACE a través del [Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento \(Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS\)](#), una encuesta anual estatal de salud entre adultos en los Estados Unidos. En promedio, más del 60% de los adultos informaron al menos un ACE en su vida, mientras que aproximadamente el 20% informó tres o más ACE (CDC, 2016). Existe un amplio consenso de que descuidar el tratamiento del trauma puede disminuir significativamente la eficacia del tratamiento de salud mental y puede reducir los resultados positivos a largo plazo.

Teniendo en cuenta la prevalencia del trauma infantil, es importante tratar esto con tratamientos específicos para el trauma y, en términos generales, con sistemas informados sobre el trauma. Existen numerosas prácticas basadas en la evidencia que se han desarrollado como tratamientos específicos para el trauma, como la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma, el tratamiento integrativo del trauma complejo de la terapia de componentes de trauma y duelo (Trauma and Grief Component Therapy, TGCT) y la terapia de interacción entre padres e hijos (Parent Child Interaction Therapy, PCIT). Estas intervenciones tratan directamente el impacto y las consecuencias del trauma para facilitar la recuperación y prevenir la retraumatización. La [Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil](#) (National Child Traumatic Stress Network, NCTSN) describió estas intervenciones, incluidas aquellas que están basadas y respaldadas por la evidencia, así como las prácticas emergentes nuevas y prometedoras. La NCTSN también identificó componentes centrales en intervenciones centradas en el trauma, como el cribado de riesgos, las entrevistas motivacionales, la psicoeducación, la regulación emocional, las habilidades de crianza y la gestión del comportamiento, las habilidades de seguridad y las habilidades de prevención de recaídas.

Los sistemas informados sobre el trauma se extienden más allá de los tratamientos específicos e involucran políticas y prácticas de todo el sistema que abordan el trauma (Marsac et al., 2016). Perez (2018) señaló que “un programa, organización o sistema informado sobre el trauma advierte el impacto generalizado del trauma y comprende los posibles caminos para la sanación; reconoce los signos y síntomas del trauma en el personal, los clientes y otras personas involucradas con el sistema; y responde integrando plenamente el conocimiento sobre el trauma en las políticas, los procedimientos, las prácticas y los entornos”. Además, Perez señaló que las organizaciones y sistemas informados sobre el trauma reflejan los valores de SOC de estar basados en la comunidad, impulsados por la familia y guiados por los jóvenes, culturalmente receptivos y basados en la fortaleza. El Protocolo de Mejora del Tratamiento sobre la Atención Informada sobre el Trauma en

Servicios de Salud Conductual (2014) de SAMHSA especifica las estrategias necesarias para convertirse en un sistema u organización informado sobre el trauma, por ejemplo, mostrando compromiso organizativo y administrativo; utilizando principios basados en el trauma en la planificación estratégica; creando comités de supervisión informados sobre el trauma; realizando autoevaluaciones organizacionales; desarrollando políticas y procedimientos para garantizar prácticas informadas sobre el trauma y previniendo la retraumatización; incorporando cribados del trauma universales y rutinarios; y desarrollando colaboraciones informadas sobre el trauma. La mayoría de los expertos defienden tanto los tratamientos específicos para el trauma, como los sistemas informados sobre el trauma.

### ***Prácticas específicas prometedoras y basadas en la evidencia***

Existe un amplio consenso en toda la bibliografía y entre los expertos consultados para esta revisión de que prestar servicios basados en la evidencia es esencial para garantizar la eficacia del tratamiento (Hoagwood et al., 2001). Casi todos los expertos compartieron opiniones sobre las fortalezas y deficiencias de las prácticas basadas en la evidencia como una norma para la inclusión en una gama de servicios. Sin embargo, las opiniones variaron en cuanto a lo que constituye evidencia de eficacia suficiente (Hoagwood et al., 2001). Los expertos también resaltaron la necesidad de adaptar las prácticas basadas en la evidencia para que sean adecuadas para poblaciones culturalmente diversas (Green, 2008; Martínez, 2008: Outcomes Roundtable, 2011). Algunos citaron los desafíos asociados con el costo de implementar prácticas manuales basadas en la evidencia en los sistemas públicos de salud mental, señalando que es posible que algunos estados, comunidades, tribus y territorios no puedan adquirir intervenciones patentadas o financiar la capacitación continua y la supervisión de la fidelidad. Varios recomendaron un enfoque modular que identifique y capacite a los proveedores en los componentes básicos a través de múltiples prácticas basadas en la evidencia, lo que permite personalizar y adaptar la intervención a la persona o la población, según sea necesario (Chorpita et al., 2005; Weisz y Chorpita, 2012).

### ***Servicios de telesalud***

La Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) define la telesalud como “el uso de tecnologías de información electrónica y telecomunicaciones para apoyar la atención médica clínica a larga distancia, la educación relacionada con la salud de pacientes y profesionales, la salud pública y la administración de la salud”. La HRSA identificó tecnologías que se pueden utilizar para servicios de telesalud, incluidas las videoconferencias, Internet, imágenes de almacenamiento y reenvío, medios de transmisión y comunicación terrestre e inalámbrica. Se describe que la telesalud abarca un alcance más amplio de los servicios remotos que la telemedicina al ir más allá de los servicios clínicos prestados por la telemedicina para incluir funciones del sistema como capacitación, reuniones administrativas y otras actividades ([www.healthit.gov](http://www.healthit.gov)). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) definen la telesalud para los fines de Medicaid como el permiso de comunicación interactiva, bidireccional y en tiempo real entre los destinatarios del servicio y los proveedores de servicios en un sitio distante, mediante equipos de telecomunicaciones electrónicas que incluyen, como mínimo, equipos de audio y video (CMS, 2020).

El uso de los servicios de telesalud en general y su aplicación a la prestación de servicios de salud mental se ha extendido con el tiempo, en particular para brindar atención a poblaciones desatendidas en áreas rurales, fronterizas y urbanas. Estos servicios ayudan a abordar la escasez de profesionales de la salud mental, así como los obstáculos geográficos y de acceso. Las tecnologías de telesalud se utilizan para proporcionar consultas con los PCP y otros proveedores de servicios. Uno de los programas de la [Oficina para el Avance de la Telesalud](#) (Office for the Advancement of Telehealth, OAT) de la HRSA se centran en la creación de redes de telesalud conductual basadas en la evidencia para aumentar el acceso a los servicios de atención de salud conductual. La importancia y la utilización de la telesalud han aumentado drásticamente para abordar la pandemia de COVID-19, ampliando el alcance de los servicios a aquellas personas con acceso limitado y minimizando la

exposición al virus para clientes y proveedores. Los CMS emitieron un conjunto de herramientas sobre telesalud para proveedores e implementaron flexibilidades que amplían la cobertura de los servicios de telesalud durante la emergencia de salud pública, algunos de los cuales pueden convertirse en permanentes (CMS, 2020). Los proveedores de atención médica están autorizados a usar cualquier tecnología de comunicación remota de audio o video que esté disponible para comunicarse con los clientes, como Zoom, Apple FaceTime, el chat de video de Facebook Messenger, video de Google Hangouts o Skype. Las aseguradoras comerciales también aumentaron la cobertura de estos servicios en el contexto de la pandemia. El aumento en el uso de la telesalud ha dado lugar a nuevos recursos para apoyar el uso eficaz de los enfoques de telesalud, entre ellos, las directrices de las [mejores prácticas para la telesalud](#) publicadas por el Consejo Nacional de Salud del Comportamiento.

En una encuesta realizada por la Asociación Nacional de Directores Estatales de Programas de Salud Mental (National Association of State Mental Health Program Directors, NASMHPD) y la Asociación Nacional de Directores Estatales de Abuso de Alcohol y Drogas (National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors, NASADAD), las agencias estatales informaron que el uso de la telesalud tiene muchos beneficios más allá de prestar servicios de manera segura durante la pandemia (Gordon et al., 2021). Por ejemplo, los desafíos de transporte para las familias se reducen, la accesibilidad a los servicios en las zonas rurales y urbanas con escasez de proveedores aumenta, y algunos jóvenes y sus familias se sienten más cómodos con los servicios virtuales.

Se informaron reducciones en el estigma asociado con el tratamiento de salud mental, las citas perdidas y canceladas, y los conflictos con los horarios laborales y el cuidado de los niños. También se observó que las visitas a la sala de emergencias y las hospitalizaciones psiquiátricas se reducen como resultado de la disponibilidad inmediata de las intervenciones virtuales. Los proveedores indicaron que su capacidad aumentó y que la telesalud brinda una valiosa oportunidad para observar e involucrar a los jóvenes y las familias en sus propios entornos. En función de estos beneficios y la rentabilidad de estos servicios, es probable que el uso más amplio de las tecnologías de telesalud para proporcionar atención de salud mental continúe después de la pandemia.

## Enfoque de SOC revisado

---

La información y la consulta recopiladas mediante este proyecto sentaron las bases para esta actualización del enfoque de SOC con el objetivo de mejorar los resultados para menores, jóvenes y adultos jóvenes con SED o SMI, y tratar la salud mental y el bienestar de todos los jóvenes. A continuación, se presentan actualizaciones para: 1) la definición de un SOC; 2) los valores y principios que deben guiar a los SOC; 3) los elementos de infraestructura necesarios para organizar, apoyar y prestar servicios con éxito; y 4) los servicios y apoyos específicos que deben comprender la gama de servicios prestados dentro del marco de SOC. Estas actualizaciones reflejan el pensamiento y la ciencia de vanguardia, que incluyen:

- Incorporar los elementos del enfoque de la salud pública, incluidos los servicios integrales de salud mental basados en la escuela
- Incorporar los elementos del enfoque de integración asistencial de la salud y la salud mental, incluidas las estrategias para vincularse con los PCP
- Fortalecer la gama de servicios a fin de incluir el conjunto básico de servicios y apoyos esenciales descritos por SAMHSA y CMCS
- Incluir la telesalud como servicio esencial
- Especificar servicios que satisfagan las necesidades de los jóvenes de todo el espectro de edades, incluidos los menores, los jóvenes y los adultos jóvenes en edad de transición
- Revisar el lenguaje para reflejar la atención impulsada por los jóvenes y por la familia
- Resaltar la necesidad de servicios equitativos en los valores y principios fundamentales
- Agregar un componente de infraestructura centrado en la igualdad en salud y abordar las disparidades



## Definición

### Sistema de atención

Un sistema de atención es un espectro integral de servicios y apoyos eficaces para menores, jóvenes y adultos jóvenes con problemas de salud mental o en riesgo de padecerlo, u otras dificultades, y sus familias, que está organizado en una red coordinada de atención, desarrolla asociaciones significativas con familias y jóvenes, y es cultural y lingüísticamente receptivo para ayudarlos a prosperar en el hogar, en la escuela, en la comunidad y durante toda la vida. Un sistema de atención incorpora la promoción, prevención, identificación temprana e intervención temprana de la salud mental, además del tratamiento para abordar las necesidades de todos los menores, jóvenes y adultos jóvenes.

## Filosofía

### Filosofía: valores y principios

Valores fundamentales	Los sistemas de atención son:
1. Impulsados por la familia y los jóvenes	Impulsados por la familia y los jóvenes, con el apoyo de las familias y los jóvenes para determinar los tipos de tratamiento y apoyos proporcionados (con un aumento de la autodeterminación de los jóvenes/adultos jóvenes en función de la edad y el desarrollo), y su participación en las funciones de toma de decisiones en las políticas, procedimientos y prioridades a nivel del sistema.
2. Basados en la comunidad	Basados en la comunidad, con servicios y apoyos proporcionados en el hogar, la escuela, la atención primaria y los entornos comunitarios en la mayor medida posible, y con la responsabilidad de la gestión del sistema y la rendición de cuentas dentro de una infraestructura de apoyo y adaptación de estructuras, procesos y relaciones a nivel comunitario o regional.
3. Cultural y lingüísticamente competentes	Culturalmente y lingüísticamente receptivos, con agencias, servicios y apoyos adaptados a la diversidad cultural, racial, étnica y lingüística de los jóvenes y las familias a las que atienden para brindar atención que satisfaga las necesidades individuales, incluidas las determinadas por la cultura y el idioma, y para garantizar la equidad en el acceso, la calidad y la eficacia de los servicios.
Principios rectores	Los sistemas de atención están diseñados para:
1. Una gama integral de servicios y apoyos	Garantizar la disponibilidad y el acceso a una amplia y flexible gama de tratamientos, servicios y apoyos eficaces y de alta calidad para los jóvenes y sus familias que aborden sus necesidades emocionales, sociales, educativas, de salud física y de salud mental, incluidos los apoyos naturales e informales.
2. Servicios y apoyos individualizados y basados en fortalezas	Prestar servicios y apoyos individualizados adaptados a las fortalezas, preferencias y necesidades únicas de cada joven y familia, que se rigen por un proceso de planificación basado en las fortalezas y un plan de servicio individualizado desarrollado en colaboración con los jóvenes y sus familias.
3. Prácticas basadas en la evidencia y evidencia basada en las prácticas	Garantizar que los servicios y apoyos incluyan prácticas emergentes, prometedoras, respaldadas por la evidencia y basadas en la evidencia a fin de garantizar la eficacia de los servicios y mejorar los resultados para los jóvenes y sus familias, así como intervenciones respaldadas por la evidencia basada en las prácticas proporcionada por diversas comunidades, profesionales, familias y jóvenes.

Filosofía: valores y principios	
4. Informados sobre el trauma	Prestar servicios que estén informados sobre el trauma, incluidos los tratamientos específicos del trauma respaldados por la evidencia, e implementar políticas y prácticas en todo el sistema que aborden el trauma.
5. Entorno natural menos restrictivo	Brindar servicios y apoyos dentro de los entornos menos restrictivos y naturales que sean adecuados para las necesidades de los jóvenes y sus familias, incluidos hogares, escuelas, atención primaria, atención ambulatoria y otros entornos comunitarios.
6. Asociaciones con las familias y los jóvenes	Garantizar que los líderes familiares y juveniles y las organizaciones dirigidas por la familia y los jóvenes sean socios integrales a nivel del sistema en políticas, gobernanza, diseño e implementación del sistema, evaluación y control de calidad en sus comunidades, estados, tribus, territorios y naciones.
7. Colaboración interinstitucional	Garantizar que los servicios se coordinen a nivel del sistema, con vínculos entre los sistemas y agencias que atienden a los jóvenes a través de los límites administrativos y de financiación (por ejemplo, educación, bienestar infantil, justicia de menores, uso de sustancias, atención primaria) y con mecanismos de colaboración, gestión a nivel del sistema y tratamiento de los obstáculos entre sistemas para la atención coordinada.
8. Coordinación de la atención	Proporcionar coordinación de la atención al nivel de la prestación de servicios que se adapte a la intensidad de las necesidades de los jóvenes y sus familias para garantizar que los múltiples servicios y apoyos se presten de manera coordinada y terapéutica, y que puedan desplazarse por todo el sistema de servicios y apoyos de conformidad con sus necesidades y preferencias cambiantes.
9. Integración de la salud y la salud mental	Incorporar mecanismos para integrar los servicios prestados por los proveedores de atención primaria de salud y servicios de salud mental para aumentar la capacidad de los profesionales de atención primaria y proveedores de salud conductual a fin de responder mejor a los problemas de salud física y mental.
10. Servicios y apoyos adecuados para el desarrollo	Prestar servicios y apoyos adecuados para el desarrollo, incluidos servicios que promuevan resultados socioemocionales óptimos para los menores y sus familias, y servicios y apoyos para jóvenes y adultos jóvenes a fin de facilitar su transición a la adultez y a los sistemas de servicios para adultos según sea necesario.
11. Enfoque de salud pública	Incorporar un enfoque de salud pública que incluya la promoción, prevención, identificación temprana e intervención temprana de la salud mental, además del tratamiento, para mejorar los resultados a largo plazo, incluidos los mecanismos en las escuelas y otros entornos a fin de identificar problemas lo antes posible e implementar actividades de promoción y prevención de la salud mental dirigidas a todos los menores, jóvenes y adultos jóvenes y sus familias.

Filosofía: valores y principios	
12. Equidad en la salud mental	Prestar servicios y apoyos equitativos que sean accesibles para los jóvenes y las familias, independientemente de su raza, religión, nacionalidad, género, expresión de género, orientación sexual, discapacidad física, condición socioeconómica, geografía, idioma, condición migratoria u otras características; eliminar las disparidades en el acceso y la calidad de los servicios; y garantizar que los servicios sean sensibles y receptivos para todas las personas.
13. Basado en los datos y la rendición de cuentas	Incorporar mecanismos para garantizar que los sistemas y servicios estén basados en datos, con mecanismos continuos de rendición de cuentas y mejora de la calidad para rastrear, supervisar y administrar el logro de los objetivos; fidelidad a los valores y principios de SOC; utilización y calidad de los servicios y apoyos clínicos; equidad y disparidades en la prestación de servicios; y los resultados y los costos a nivel del menor, la familia y el sistema.
14. Protección y defensa de los derechos	Proteger los derechos de los jóvenes y las familias mediante políticas y procedimientos, y promover esfuerzos eficaces de defensa en colaboración con organizaciones de promoción y dirigidas por pares.

## Infraestructura

Elementos de infraestructura	
Estructuras de punto de responsabilidad para la política de SOC y para la gestión y supervisión del sistema	Estructura o proceso de divulgación, información y derivación
Financiación para infraestructura, servicios y apoyos de SOC	Amplia red de proveedores para una amplia gama de servicios
Estructura o proceso para administrar la atención y los costos para las poblaciones de alta necesidad (por ejemplo, entidad de administración de la atención, salud domiciliaria)	Estructura o proceso para la capacitación, asistencia técnica, asesoría y desarrollo de la fuerza laboral
Estructura o proceso para las asociaciones/acuerdos interinstitucionales	Estructura o proceso para implementar y supervisar intervenciones prometedoras y basadas en la evidencia
Estructura o proceso para integrar la atención primaria de la salud y la atención de la salud mental	Estructura o proceso para lograr la equidad en salud mental y eliminar las disparidades en el acceso, la calidad de los servicios y los resultados para diversas poblaciones
Estructura o proceso para las asociaciones con organizaciones o líderes familiares	Estructura o proceso para la rendición de cuentas y la mejora de la calidad, incluida la medición y la supervisión de la utilización, la calidad, los resultados, la equidad y el costo de los servicios, incluida la utilización de medicamentos psicotrópicos
Estructura o proceso para las asociaciones con organizaciones o líderes juveniles	Estructura o proceso para las comunicaciones estratégicas
Puntos de acceso/entrada definidos para la atención	Estructura o proceso para la planificación estratégica y la identificación y resolución de obstáculos

## Gama de servicios y apoyos

Gama de servicios y apoyos	
<b>Servicios de apoyo y tratamiento basados en el hogar y la comunidad</b>	<b>Intervenciones residenciales</b>
Cribado	Hogares familiares de tratamiento
Evaluación y diagnóstico	Hogares grupales terapéuticos
Terapia ambulatoria: individual, familiar y grupal	Servicios de tratamiento residencial
Terapias con medicamentos	Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados
Coordinación de la atención por niveles	Servicios residenciales de crisis y estabilización
Coordinación de atención intensiva (p. ej., mediante el proceso integral)	Desintoxicación médica para pacientes hospitalizados
Tratamiento intensivo de salud mental en el hogar	Intervenciones residenciales por uso de sustancias (incluidos los servicios residenciales para padres con menores)
Servicios de respuesta ante crisis: no móviles (las 24 horas del día, los 7 días de la semana)	<b>Promoción, prevención e intervención temprana</b>
Respuesta a crisis y estabilización móviles	Intervenciones de promoción de la salud mental
Apoyo entre pares para padres	Intervenciones de prevención
Apoyo entre pares para jóvenes	Cribado de afecciones de salud mental y uso de sustancias
Tratamientos específicos para el trauma	Intervención temprana
Tratamiento de día, ambulatorio e intensivo	Promoción, prevención e intervención temprana basados en la escuela
Servicios de salud mental basados en la escuela	<b>Servicios especializados para jóvenes y adultos jóvenes en edad de transición</b>
Servicios de relevo (incluido el relevo ante crisis)	Educación y empleo subvencionados
Servicios ambulatorios para trastornos por el uso de sustancias	Vivienda subvencionada
Tratamiento por uso de sustancias asistido por medicamentos	Apoyo entre pares para jóvenes y adultos jóvenes
Tratamiento integrado de salud mental y por uso de sustancias	Coordinación de atención especializada (incluido el enfoque en las habilidades de vida y autodeterminación)
Servicios de asistente terapéutico conductual	Servicios de bienestar (p. ej., ejercicio, meditación, interacción social)
Capacitación en habilidades de manejo del comportamiento	<b>Servicios especializados para menores y sus familias</b>
Educación juvenil y familiar	Cribado, evaluación y diagnóstico en la primera infancia
Consulta de salud mental (p. ej., atención primaria, educación)	Orientación familiar
Mentoría terapéutica	Visitas domiciliarias
Telesalud (audio y video)	Terapias de padres e hijos
Terapias complementarias y de bienestar (p. ej., terapias de artes creativas, meditación)	Grupos de crianza
Servicios sociales y recreativos (p. ej., programas después de la escuela, campamentos, centros sociales)	Consulta de salud mental para lactantes y menores en la primera infancia
Fondos flexibles	Jardín de infantes terapéutico
Transporte	Guardería terapéutica



## Conclusión

---

Estas revisiones al enfoque de SOC están destinadas a proporcionar orientación sobre cómo brindar un mejor servicio a los jóvenes y sus familias. Es importante continuar el proceso de revisión y actualización del enfoque, reconociendo que el campo está en constante evolución y que continuamente surgen nuevos enfoques a lo largo del tiempo. En consecuencia, esta actualización debe considerarse dinámica, con flexibilidad para cambiar y adaptarse a los avances en el campo basados en la experiencia y la investigación.

La implementación y sostenibilidad del enfoque del SOC implica un cambio significativo en todos los sistemas que sirven a los jóvenes y sus familias (Hodges et al., (2010). Se han identificado cinco áreas de estrategia principales como esenciales para el cambio de sistema (Stroul & Friedman, 2011). La construcción de SOC efectivos requiere múltiples estrategias en cada una de estas áreas, junto con estrategias para abordar los desafíos de implementación:

- Implementación de cambios en las políticas y asociaciones
- Desarrollo o ampliación de servicios y soportes
- Creación o mejora de estrategias de financiación
- Ofrecimiento de cursos de capacitación, asistencia técnica y desarrollo de la fuerza laboral
- Comunicaciones estratégicas

La flexibilidad es esencial en la forma de implementación del enfoque de SOC en todos los estados, comunidades, tribus y territorios con diferentes estructuras, características geográficas, culturas, recursos, fortalezas y desafíos. Este enfoque actualizado es integral y representa la filosofía, infraestructura y gama de tratamientos y apoyos ideales para niños, jóvenes y adultos jóvenes con SED o SMI. El objetivo es desarrollar la capacidad de brindar atención integral y de alta calidad, reconociendo que las jurisdicciones establecerán prioridades basadas en factores ambientales y de recursos. Se espera que la descripción de un enfoque del SOC en evolución y la descripción de estas nuevas actualizaciones apoyen los esfuerzos para mejorar la prestación de servicios y los resultados para los jóvenes y sus familias.

## Referencias

---

- Acri, M., Hooley, C. D., Richardson, N. y Moaba, L. B. (2017). Peer models in mental health for caregivers and families. *Community Mental Health*, 53, 241-249.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2010). A guide to building collaborative mental health care partnerships in pediatric primary care. AACAP.
- American Academy of Pediatrics. (2009). The future of pediatrics: Mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics*, 124(1), 410-421.
- Ansell, D. I. e Insley, S.E. (2013). Youth peer-to-peer support: A review of the literature. YouthMOVE National.
- Anthony, B. y Biss, C. (2016). Changing landscape: Integration of behavioral health and primary care. Presentation at Annual Meeting of Child, Adolescent, and Families Division, National Association of State Mental Health Program Directors.
- ARCH National Respite Network (2012). The Technical Assistance Center for Lifespan Respite Fact Sheet Number 34.
- Averill, O. H. y Rinaldi, C. (2013). Research brief: Multi-Tier System of Supports (MTSS). Urban Special Education Leadership Collaborative.
- Barbot, B., Bick, J., Bentley, M.J., Balestracci, K.M., Woolston, J.L., Adnopolz, J.A. y Grigorenko, E.L. (2016). Changes in mental health outcomes with the intensive in-home child and adolescent psychiatric service: a multi-informant, latent consensus approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 25, 33-43.

- Batsche, Elliott, J., Graden, J., Grimes, J., Kovaleski, J., Prasse, D., et al. (2005). Response to intervention: Policy considerations and implementation. National Association of State Directors of Special Education.
- Boothroyd, R. A., Kuppinger, A. D., Evans, M. E., Armstrong, M. I. y Radigan, M. (1998). Understanding respite care use by families of children receiving short-term, in-home psychiatric emergency services. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 353-376.
- Bostic, J. y Cullins, L. (2018). Early identification of mental health problems saves lives. *American Academy of Pediatrics, District of Columbia Chapter*. <http://aapdc.org/early-identification-of-mental-health-problems-saves-lives/>
- Brauner, C. y Stephens, C. B. (2006) Estimating the Prevalence of Early Childhood Serious Emotional/Behavioral Disorders: Challenges and Recommendations. *Public Health Rep*. 2006 May-Jun; 121(3), 303–310. <https://doi.org/10.1177/003335490612100314>
- Bruns, E. y Burchard, J. (2000). Impact of respite care services for families with children experiencing emotional and behavioral problems. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 3(1), 39-61.
- Bruns E. y Shepler, R. (2018). Defining and establishing quality standards for in-home behavioral health treatment. Presentation at National Association of State Mental Health Program Directors Children, Youth and Families Division 2018 Meeting, July 24, 2019, Washington, DC.
- Bruns, E. J. y Suter, J. C. (2010). Summary of the wraparound evidence base. In E. J. Bruns y J. S. Walker (Eds.), *The resource guide to wraparound*. National Wraparound Initiative, Research and Training Center for Family Support and Children's Mental Health.
- Bruns, E. J., Walker, J. S. y The National Wraparound Initiative Advisory Group (2008). Ten principles of the wraparound process. In E. J. Bruns y J. S. Walker (Eds.), *The resource guide to wraparound*. National Wraparound Initiative, Research and Training Center for Family Support and Children's Mental Health.
- Carpenter, R. A., Falkenburg, J., White, T. P. y Tracy, D. K. (2013). Crisis teams: Systematic review of their effectiveness in practice. *The Psychiatrist*, 37, 232-237.
- Cené, C.W., Johnson, B.H., Wells, N., Baker, B., Davis, R. y Turchi, R. (2016). A narrative review of patient and family engagement: The “foundation” of the medical “home”. *Medical Care*, 54(7), 697-705.
- Center for Health Care Strategies. (2011). Care management entities: A Primer [Fact sheet]. <https://www.chcs.org/media/CHIPRACMEPrimer.pdf>
- Center for Health Care Strategies. (2013). Family and Youth Peer Support Literature Review. <https://www.chcs.org/resource/family-and-youth-peer-support-literature-review/>
- Center for Integrated Health Solutions, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (n.d.). A quick start guide to behavioral health integration for safety-net primary care providers. <https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2020/01/Website-Resources.pdf?daf=375ateTbd56>
- Center for Integrated Health Solutions, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2013). Integrating Behavioral Health and Primary Care for Children and Youth: Concepts and Strategies. [https://static1.squarespace.com/static/545cdfce4b0a64725b9f65a/t/553e7ef4e4b09e24c5c935db/1430159092492/13\\_June\\_CIHS\\_Integrated\\_Care\\_System\\_for\\_Children\\_final.pdf](https://static1.squarespace.com/static/545cdfce4b0a64725b9f65a/t/553e7ef4e4b09e24c5c935db/1430159092492/13_June_CIHS_Integrated_Care_System_for_Children_final.pdf)
- Center for Integrated Health Solutions, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). Back to the Basics: What You Need to Know About Primary and Behavioral Health Care Integration (webinar). <https://www.youtube.com/watch?v=Una9ZIOhEbE>
- Center for Integrated Health Solutions, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Six levels of collaboration/integration [Infographic]. [https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2020/01/CIHS\\_Framework\\_Final\\_charts.pdf?daf=375ateTbd56](https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2020/01/CIHS_Framework_Final_charts.pdf?daf=375ateTbd56)

- Center for Medicaid and CHIP and Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013). Coverage of behavioral health services for children, youth, and young adults with significant mental health conditions. *Joint Informational Bulletin*.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2020). State Medicaid & CHIP Telehealth Toolkit: Policy Considerations for States Expanding the Use of Telehealth. COVID-19 Version. <https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/downloads/medicaid-chip-telehealth-toolkit.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (2016). About Behavioral Risk Factor Surveillance System ACE Data. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/cestudy/ace-brfss.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Improving access to children's mental health care. <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/access.html>
- Child Welfare Information Gateway (2018). Respite Care Programs. <https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/prevention-programs/respite/>
- Chorpita, B. F., Daleiden, E.L. y Weisz, J.R., (2005). Modularity in the design and application of therapeutic intervention. *Applied Preventive Psychology*, 11(3), 141-156.
- Clarke, A. M., Kuosmanen, T. y Barry, M. M. (2015). A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions. *Journal of Youth and Adolescence*, 44, 90-113.
- Cook, J. R. y Kilmer, R. P. (2004). Evaluating systems of care: Missing links in children's mental health research. *Journal of Community Psychology* 32, 655–674.
- Dollard, N., Evans, M. E., Lubrecht, J. y Schaeffer, D. (1994). The use of flexible service dollars in rural community-based programs for children with serious emotional disturbance and their families. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2, 117-125.
- Inglés, K., Lieman, R.B. y Fields, S. (2016). Services in support of community living for youth with serious behavioral health challenges: Intensive in-home services.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. y Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14, 245-258.
- Fuhr, D.C., Salisbury, T. T., De Silva, M. J., Atif, N., van Ginneken, N., Rahman, A. y Patel, V. (2014). Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1691-1702.
- Focal Point. (2001). Respite care for children with serious emotional disturbance and their families: A way to enrich family life. *A National Bulletin on Family Support and Children's Mental Health*, 15(2), 26-30.
- Gopalan, G., Lee, S. J., Harris, R. y Acri, M. y Munson, M. (2017). Utilization of peers in services for youth with emotional and behavioral challenges: A scoping review. *Journal of Adolescence*, 55, 88-115.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In *Preventing Mental Disorders: A Research Perspective*, pp. 20-26. Rockville, MD, US: National Institute of Mental Health.
- Gordon, S. Y., Savicki, K. y Tadehara, E. (4 de marzo de 2021). Maximizing telehealth services to reach youth and families. Presentation for Training Institutes LIVE! Institute for Innovation and Implementation, University of Maryland School of Social Work. <https://www.youtube.com/watch?v=ixzq6mXPpu4&list=PLvwWJsRJoLMN35PMZ6zcTKef-c8TpPbBr&index=10>
- Green, L. W. (2008). Making research relevant: If it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence? *Family Practice*, 25 (Suppl 1), i20-24.

- Hoagwood, H., Burns, J., Kiser, L., Ringeisen, H. y Schoenwald, S. (2001). Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health Services. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.9.1179>
- Hoagwood, K. E., Cavaleri, M. A., Serene Olin, S., Burns, B. J., Slaton, E., Gruttadaro, D. y Hughes, R. (2010). Family support in children's mental health: A review and synthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 1-45.
- Hodges, S., Ferreira, K., Israel, N. y Mazza, J. (2010). Systems of care, featherless bipeds, and the measure of all things. *Evaluation and Program Planning*, 33, 4-10.
- Hoover, S., Lever, N., Sachdev, N., Bravo, N., Schlitt, J., Acosta Price, O., Sheriff, L. y Cashman, J. (2019). Advancing Comprehensive School Mental Health: Guidance From the Field. National Center for School Mental Health. University of Maryland School of Medicine
- Hoover Stephan, S., Sugai, G., Lever, N. y Connors, E. (2015). Strategies for Integrating Mental Health into Schools via a Multitiered System of Support. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Volumen 24, Número 2, 211-231 <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.12.002>
- Howell, E. y McFeeters, J. (2008). Children's mental health care: Differences by race/ethnicity in urban/rural areas. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19, 237-247.
- Institute of Medicine (1988). *Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health*. National Academies Press (US).
- Interdepartmental Serious Mental Illness Coordinating Committee [ISMICC] (2017). The way forward: Federal action for a system that works for all people living with SMI and SED and their families and caregivers.
- Jackson, S., Walker, J. S. y Seibel, C. (2015). Youth & young adult peer support: What research tells us about its effectiveness in mental health services. Research and Training Center for Pathways to Positive Futures, Portland State University.
- Kataoka, S. H., Zhang, L. y Wells, K. B. (2002). Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1548-1555.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Knitzer, J. (1982). Unclaimed Children: The Failure of Public Responsibility to Children and Adolescents in Need of Mental Health Services. Children's Defense Fund.
- Kutash, K., Duchnowski, A. J. y Green, A. L. (2011). School-based mental health programs for students who have emotional disturbances: Academic and social-emotional outcomes. *School Mental Health*, 3, 191-208.
- Kutash, K., Duchnowski, A. J., Green, A. L. y Ferron, J. M. (2011). Supporting parents who have youth with emotional disturbances through a parent-to-parent support program: A proof of concept study using random assignment. *Administrative Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 412-427.
- Kutash, K., Garraza, L. G., Ferron, J. M., Duchnowski, A. J., Walrath, C. y Green, A. L. (2013). The relationship between family education and support services and parent and child outcomes over time. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(4), 264-276.
- Lieberman, R., Zubritsky, C., Martinez, K., Massey, O., Fisher, S., Kramer, T., Koch, R. y Obrochta, C. (2010). Issue brief: *Using practice-based evidence to complement evidence-based practice in children 's behavioral health*. ICF Macro, Outcomes Roundtable for Children and Families. <http://cfs.cbcs.usf.edu/docs/publications/OutcomesRoundtableBrief.pdf>
- Manley, E., Schober, M., Simons, D. y Zabel, M. (2018). Making the case for a comprehensive children's crisis continuum of care. National Association of State Mental Health Program Directors.



- Manteuffel, B., Stephens, R. L., Brashears, F., Krivelyova, A. y Fisher, S. K. (2008). Evaluation results and systems of care: A review. En B.A Stroul y G. M. Blau (Eds.), *The system of care handbook: Transforming mental health services for children, youth, and families* (pp. 25-69). Baltimore: Brookes.
- Marsac, M. L., Kassam-Adams, N., Hildenbrand, A. K., Nicholls, E., Winston, F. K., Leff, S. S. y Fein, J. (2016). Implementing a trauma-informed approach in pediatric health care networks. *JAMA Pediatrics*, 170, 70-77.
- Martinez, K. (2008). Evidence Based Practices, Practice Based Evidence, and Community Defined Evidence in Multicultural Mental Health. Presentado en NAMI Annual Conference, Orlando, Florida. <https://www.racialequitytools.org/resourcefiles/Evidencebasedppt.pdf>
- McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S. y Amminger, G.P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: Implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current Opinions in Psychiatry*, 24, 301-306.
- Miles, J., Espiritu, R. C., Horen, N. M., Sebian, J. y Waetzig, E. (2010). A public health approach to children's mental health: A conceptual framework. Washington, DC: Georgetown University Center for Child and Human Development, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.
- Moffett, S., Brotnow, L., Patel, A., Adnopoz, J. y Woolston, J. (2017). Intensive home-based programs for youth with serious emotional disturbances: A comprehensive review of experimental findings. *Child and Youth Services Review*, 85(C), 319-325.
- Mrazek, P.J. y Haggerty, R.J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of Mental Disorders. National Academies Press (US).
- National Center for School Mental Health Services [NCSMH]. (2019). Advancing comprehensive school mental health systems: Guidance from the field. [www.schoolmentalhealth.org/AdvancingCSMHS](http://www.schoolmentalhealth.org/AdvancingCSMHS)
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). Achieving Behavioral Health Equity for Children, Families, and Communities: Proceedings of a Workshop. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25347>
- National Institute of Mental Health [NIMH]. (2017). Integrated care. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/integrated-care/index.shtml>.
- Obrochta, C., Anthony, B., Armstrong, M., Kalil, J., Hust, J. y Kernan, J. (2011). Issue brief: Family-to-family peer support: Models and evaluation. ICF Macro, Outcomes Roundtable for Children and Families. [https://www.ffcmh.org/sites/default/files/Issue Brief - Family to Family Peer Support Outcomes Roundtable 2011.pdf](https://www.ffcmh.org/sites/default/files/Issue%20Brief%20-%20Family%20to%20Family%20Peer%20Support%20Outcomes%20Roundtable%202011.pdf)
- Olson, J. R., Benjamin, P. H., Azman, A. A., Kellogg, M. A., Pullman, M. D., Suter, J. C. y Bruns, E. J. (2021, En prensa). Systematic review and meta-analysis: Effectiveness of wraparound care coordination for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://jaacap.org/action/showPdf?pii=S0890-8567%2821%2900155-6>
- Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health (2016). Youth peer support in a mental health context. *Evidence In-Sight*. <http://www.excellenceforchildandyouth.ca/resource-hub/evidence-in-sightdatabase>.
- Outcomes Roundtable (2011). Issue Brief: Using Practice-Based Evidence to Complement Evidence-Based Practice in Children's Mental Health. <http://cfs.cbcs.usf.edu/docs/publications/OutcomesRoundtableBrief.pdf>
- Peart Boyce, S., Pires, S.A. y Stroul, B. (2015). Financing tools for systems of care: A series of practical guides, analyzing service use and costs at the individual child level. The Technical Assistance Network for Children's Behavioral Health.



- Perez, A. (2018). Implementing trauma-informed systems of care. Presentation at National Association of State Mental Health Program Directors Children, Youth and Families Division 2018 Meeting, July 24, 2018, Washington, DC.
- Perou, R., Bitsko R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., Hedden, S.L., Crosby, A. E., Visser, S. N., Schieve, L. A., Parks, S. E., Hall, J. E., Brody, D., Simile, C. M., Thompson, W. W., Baio, J., Avenevoli, S., Kogan, M. D. y Huang, L. N. (2013). Mental health surveillance among children: United States, 2005-2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Pires, S. (2010). *Building systems of care: A primer*. 2.º Edición. National Technical Assistance Center for Children's Mental Health, Georgetown University Center for Child and Human Development.
- Pires, S., Fields, S. y Schober, M. (2018). Care integration opportunities in primary care for children, youth, and young adults with behavioral health needs: Expert convening. National Technical Assistance Network for Children's Behavioral Health, University of Maryland School of Social Work.
- Pumariega, A.J., Winters, N.C. y Huffine, C. (2003). The evolution of systems of care for children's mental health: Forty years of community child and adolescent psychiatry. *Journal of Community Mental Health*, 39, 399-425.
- Ringeisen, H., Stambaugh, L., Bose, J., Casanueva, C., Hedden, S., Avenevoli, S., Blau, G., Canino, G., Carter, A., Colpe, L., Copeland, W. E., Fisher, P. W., Kaufman, J., Merikangas, K., Narrow, W., Stroul, B. y West, J. (2017). Measurement of childhood serious emotional disturbance: State of the science and issues for consideration. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 25, 195-210.
- Rzucidlo, S.E. y Campbell, M. (2009). Beyond the physical injuries: Child and parent coping with medical traumatic stress after pediatric trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 16, 130-135.
- Schurer Coldiron, J., Bruns, E. y Quick, H. (2017). A comprehensive review of wraparound care coordination research, 1986-2014. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 1245-1265.
- Simons, D., Hendricks, T., Lipper, J., Bergan, J. y Masselli, B. (2016). Providing youth and young adult peer support through Medicaid. Center for Health Care Strategies and YouthMOVE for the National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.  
<http://www.chcs.org/media/Providing-Youth-and-Young-Adult-Peer-Support-through-Medicaid.pdf>
- Stroul, B. (2002). Issue brief: Systems of care: A framework for system reform in children's mental health. Georgetown University Child Development Center, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.
- Stroul, B. (2020). The System of Care Approach: Improving Outcomes for Children, Youth, and Young Adults with Mental Health Challenges and Their Families. Presentado en Kentucky FIVE Regional Kick-Off, febrero de 2020.
- Stroul, B. y Friedman, R. M. (1986). A system of care for children and youth with severe emotional disturbances (rev ed.). Georgetown University Child Development Center, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.
- Stroul, B. A. y Friedman, R. M. (2011) Issue brief: Strategies for expanding the system of care approach. Technical Assistance Partnership for Child and Family Mental Health.
- Stroul, B. A., Blau, G. M. y Friedman, R. M. (2010). Updating the System of Care concept and philosophy. Georgetown University Center for Child and Human Development, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.
- Stroul, B., Goldman, S., Pires, S. y Manteuffel, B. (2012). Expanding systems of care: Improving the lives of children, youth, and families. Georgetown University Center for Child and Human Development, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.
- Stroul, B. y Le, L. (2017). Herramienta de calificación para la implementación del enfoque del sistema de atención para niños, jóvenes y adultos jóvenes con problemas de salud conductual y sus familias: Guía para la autoevaluación. Georgetown University Center for Child and Human development, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.

- Stroul, B., Pires, S., Boyce, S., Krivelyova, A. y Walrath, C. (2015). Issue Brief: Return on investment in systems of care for children with behavioral health challenges. Georgetown University Center for Child and Human Development, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1993). Aviso final [Definiciones definitivas para:  
(1) Children with a serious emotional disturbance, and (2) adults with a serious mental illness]. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/federal-register-notice-58-96-definitions.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). Family, Parent, and Caregiver Peer Support in Behavioral Health. [https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs\\_campaigns/brss\\_tacs/family-parent-caregiver-support-behavioral-health-2017.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tacs/family-parent-caregiver-support-behavioral-health-2017.pdf)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). Research Brief. The integration of behavioral health into pediatric primary care settings. <https://www.nashp.org/wp-content/uploads/2019/09/The-Integration-of-Behavioral-Health-into-Pediatric-Primary-Care-Settings.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). The Comprehensive Community Mental Health Services for Children with Serious Emotional Disturbances Program. 2017 Report to Congress. Rockville, MD: Autor. <https://store.samhsa.gov/product/The-Comprehensive-Community-Mental-Health-Services-for-Children-with-Serious-Emotional-Disturbances-Program-2017-Report-to-Congress/PEP20-01-02-001>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). Strategic Plan FY 2019 - FY 2023. [https://www.samhsa.gov/sites/default/files/samhsa\\_strategic\\_plan\\_fy19-fy23\\_final-508.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/samhsa_strategic_plan_fy19-fy23_final-508.pdf)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Center for Medicaid and CHIP. (2019). Guidance to states and school systems on addressing mental health and substance use services in schools. *Joint Informational Bulletin*. Stephan, S. H., Sugai, G., Lever, N. y Connors, E. (2015). Strategies for integrating mental health into schools via a multitiered system of support. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 211-231.
- Taylor C. & Goodman, J. (2021, April 1) Using Data for Equity: Creating and Expanding Capacity for Data-Driven Decision Making. Presentation for Training Institutes LIVE! Institute for Innovation and Implementation, University of Maryland School of Social Work. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=WvYrV42tSc&list=PLvwWJsRJoLMN35PMZ6zcTKef-c8TpPbBr&index=13>
- University of South Florida. (2011). Implementing a multi-tiered system of support for behavior: Recommended practices for school and district leaders. <https://flpbis.cbcs.usf.edu/foundations/MTSS.html>
- Urdapilleta, O., Kim, G., Wang, Y., Howard, J., Varghese, R., Waterman, G., Busam, S. y Palmisano, C. (2012). National evaluation of the Medicaid demonstration home and community-based alternatives to psychiatric residential treatment facilities, final evaluation report. IMPAQ International.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2013). Report to the President and Congress Medicaid Home and Community-Based Alternatives to Psychiatric Residential Treatment Facilities Demonstration. <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/delivery-systems/institutional-care/downloads/prtf-demo-report.pdf>

- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services (2015). The Comprehensive Community Mental Health Services for Children with Serious Emotional Disturbances, Report to Congress, 2015.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2017). Cooperative Agreements for Expansion and Sustainability of the Comprehensive Community Mental Health Services for Children with Serious Emotional Disturbances (System of Care Expansion and Sustainability Cooperative Agreements), Funding Opportunity Announcement. No. SM-17-001. Catalogue of Domestic Assistance (CFDA) No. 93.104, Rockville, MD.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2019). Grants for Expansion and Sustainability of the Comprehensive Community Mental Health Services for Children with Serious Emotional Disturbances (System of Care Expansion and Sustainability Grants), Funding Opportunity Announcement. No. SM-19-009. Catalogue of Domestic Assistance (CFDA) No. 93.104, Rockville, MD.
- Walker, J.S. y Baird, C. (2019). Wraparound for older youth and young adults: Providers' views on whether and how to adapt Wraparound. National Wraparound Initiative and Research and Training Center on Pathways to Positive Futures.
- Weisz, J. R. y Chorpita, B. F. (2012). "Mod squad" for youth psychotherapy: Restructuring evidence-based treatment for clinical practice. En P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (p. 379–397). Guilford Press.
- Whitmore, K. E. (2017). The concept of respite care. *Nursing Forum*, 52, 180-187.
- Williams, N. J., Scott, L. y Aarons, G. A. (2018). Prevalence of serious emotional disturbance among U.S. children: A meta-analysis. *Psychiatric Services*, 69(1), 32-40.
- World Health Organization [WHO]. (2004). Summary report: Prevention of mental disorders - effective interventions and policy options. World Health Organization.
- Zechmeister, I., Kilian, R., McDaid, D. y the MHEEN group (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health* 8, 20.

## Apéndice A: Lista de organizaciones de expertos consultadas

Expertos en la materia de las siguientes organizaciones proporcionaron aportes y comentarios en coyunturas clave a lo largo de este proyecto:

- Center for Evaluation and Program Improvement, Vanderbilt University
- Center for Learning and Working During the Transition to Adulthood, Department of Psychiatry, University of Massachusetts Medical School
- Change Matrix
- Department of Child and Adolescent Psychiatry, New York University
- Family Run Executive Directors Leadership Association
- Georgetown University Center for Child and Human Development
- Human Service Collaborative
- Judge Baker Children's Center, Harvard University
- Management & Training Innovations
- National Alliance on Mental Illness
- National Association of State Mental Health Program Directors
- National Center for School Mental Health
- National Federation of Families for Children's Mental Health
- National Network to Eliminate Disparities in Behavioral Health
- National Wraparound Implementation Center
- National Wraparound Initiative
- Oklahoma Department of Mental Health and Substance Abuse Services
- Research and Training Center for Pathways to Positive Futures, Regional Research Institute, Portland State University
- SAMHSA Center for Substance Abuse Prevention
- SAMHSA Mental Health Promotion Branch
- SAMHSA Office of Behavioral Health Equity
- SAMHSA Office of Management, Technology, and Operations
- School Mental Health Assessment Research and Training (SMART) Center, University of Washington
- Technical Assistance Network for Children's Behavioral Health, Institute for Innovation and Implementation, University of Maryland School of Social Work
- University of Washington School of Medicine
- Utah Department of Human Services
- Youth MOVE National

## Para versión en español:

---

### **Cita sugerida:**

Stroul, BA, Blau, G.M. y Larsen, J. (2021). La evolución del enfoque del sistema de atención. Traducido por el Centro Nacional de Capacitación y Asistencia Técnica [National Training and Technical Assistance Center], 2022. Santa Rosa, California: Centro de Soluciones de Investigación Aplicada [Center for Applied Research Solutions] (CARS).

### **Agradecimientos:**

Apoyada por el Centro de Servicios de Salud Mental, SAMHSA, DHHS bajo el Contrato No. 1H79SM082983, el Centro Nacional de Capacitación y Asistencia Técnica [National Training and Technical Assistance Center] (NTTAC) tradujo La Evolución del Enfoque del Sistema de Atención al español. La versión en inglés de este documento fue publicada originalmente por el Instituto para la Innovación y la Implementación, Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Maryland [The Institute for Innovation and Implementation, School of Social Work at the University of Maryland] en 2021 y recibió el apoyo del Centro de Servicios de Salud Mental, SAMHSA, DHHS bajo el Contrato No. HHSP233201860076A.

Para obtener más información sobre NTTAC, visite: [www.nttacmentalhealth.org](http://www.nttacmentalhealth.org)

---

### **Acknowledgements:**

Supported by the Center for Mental Health Services, SAMHSA, DHHS under the Contract No. 1H79SM082983, the [National Training and Technical Assistance Center](http://www.nttacmentalhealth.org) (NTTAC) translated *The Evolution of the System of Care Approach* into Spanish. The English version of this document was originally published by The Institute for Innovation and Implementation, School of Social Work at the University of Maryland in 2021 and was supported by the Center for Mental Health Services, SAMHSA, DHHS under Contract No. HHSP233201860076A.

For more information about NTTAC, visit: [www.nttacmentalhealth.org](http://www.nttacmentalhealth.org)



## Para [versión inglesa](#):

---

### Cita sugerida:

Stroul, B.A., Blau, G.M. y Larsen, J. (2021). The Evolution of the System of Care Approach. Baltimore: The Institute for Innovation and Implementation, School of Social Work, University of Maryland.

### Colaboraciones:

**Beth A. Stroul, M.Ed.**, presidenta, Management & Training Innovations

**Gary M. Blau, Ph.D.**, director ejecutivo, The Hackett Center for Mental Health, Meadows Mental Health Policy Institute

**Justine Larson, M.D., M.P.H., DFAACAP**, directora médica, Schools and Residential Treatment, Sheppard Pratt

### Agradecimientos:

Este documento fue parcialmente apoyado por el Center for Mental Health Services (Centro de Servicios de Salud Mental), SAMHSA, DHHS en virtud del Contrato n.º HHSP233201860076A, por Write Brain LLC y por el Institute for Innovation and Implementation (Instituto de Innovación e Implementación) de la University of Maryland Baltimore School of Social Work (Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Maryland, Baltimore). Agradecemos la contribución de Marie Rowland, PhD, y su personal en Write Brain en la fase inicial de este trabajo.

### Descargo de responsabilidad:

Los puntos de vista, las opiniones y el contenido reflejados en esta publicación pertenecen a los autores y colaboradores, y no reflejan necesariamente los puntos de vista, opiniones o políticas de SAMHSA o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Department of Health and Human Services, DHHS). El listado de recursos enumerados en este documento no es exhaustivo y la inclusión de un recurso no constituye un respaldo por parte de SAMHSA o DHHS. Este documento se elaboró con fines informativos únicamente. Todo el material que aparece en este documento es de dominio público y puede ser reproducido o copiado sin permiso de SAMHSA o DHHS. Se agradece la cita de la fuente; sin embargo, esta publicación no puede ser reproducida o distribuida por una tarifa sin la autorización específica y por escrito de la Oficina de Comunicaciones, SAMHSA, DHHS.

---

### Acknowledgements:

This document was partially supported by the Center for Mental Health Services, SAMHSA, DHHS under the Contract No. HHSP233201860076A by Write Brain LLC and by the Institute for Innovation and Implementation of the University of Maryland Baltimore School of Social Work. The contribution of Marie Rowland, PhD, and her staff at Write Brain in the initial phase of this work is gratefully acknowledged. Disclaimer The views, opinions, and content of this publication are those of the authors and contributors and do not necessarily reflect the views, opinions, or policies of SAMHSA or the United States Department of Health and Human Services (DHHS). Resources listed in this document are not all inclusive and inclusion of a resources does not constitute an endorsement by SAMHSA or DHHS. This document is intended for information purposes only. All material appearing in this document are in the public domain and may be reproduced or copied without permission from SAMHSA or DHHS. Citation of the source is appreciated, however, this publication may not be reproduced or distributed for a fee without the specific, written authorization of the Office of Communications, SAMHSA, DHHS.