

ADMINISTRADORES DE CASO Y SUS CLIENTES: PERCEPCIONES DE LAS INTERVENCIONES USADAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE CASOS PRENATALES

CASE MANAGERS AND THEIR CLIENTS: PERCEPTIONS OF INTERVENTIONS USED IN PRENATAL CASE MANAGEMENT

L. Michele Issel.*

PhD, RN. Clinical Associate Professor. University of Illinois at Chicago. School of Public Health. Chicago. Estados Unidos.

Artículo recibido el 20 de marzo, 2005. Aceptado en versión corregida el 12 de agosto, 2005

RESUMEN

En los Estados Unidos, el programa federal de seguros de salud, llamado Medicaid, paga atención médica a personas de bajos recursos, incluyendo mujeres embarazadas. En muchos estados, Medicaid reembolsa a la Administración de Caso (AC). El objetivo de este estudio es obtener la información descriptiva necesaria para definir operacionalmente las intervenciones de la AC. Un diseño cualitativo, con entrevistas semi-estructuradas, fue utilizado en dos estudios por separado de la AC prenatales. Los datos de 2 estudios fueron utilizados para identificar las intervenciones implementadas durante la AC prenatales. Los clientes mencionaron un promedio de 4.9 ± 1.0 tipos de intervenciones y los Administradores de Caso mencionaron un promedio de 4.7 ± 1.1 tipos de intervenciones. Las clientas mencionaron más a menudo la coordinación, educación y ayuda, mientras que los Administradores de Caso nombraron mayoritariamente la coordinación, educación y monitoreo. La semejanza total en la frecuencia de los tipos de intervención mencionados por las clientas y los Administradores de Caso implica que los tipos de intervención del NILT tienen validez para la AC en mujeres embarazadas en alto riesgo y bajos ingresos. El uso de seis de los siete tipos de intervención del NILT y la semejanza de categorías entre los Administradores de Caso y las clientas, proporcionan evidencia sobre la importancia del NILT para la AC prenatal. **Palabras clave:** Administradores de instituciones de salud, Atención prenatal, Mujeres embarazadas, Medicaid, Investigación cualitativa.

ABSTRACT

In the United States, Medicaid, a federally funded health insurance program, covers low-income individuals, including pregnant women. In many states, Medicaid reimburses for case management. The purpose of these studies was to obtain descriptive information necessary to operationally define case management interventions. A qualitative design with semi-structured interviews was used in two separate studies of prenatal case management. Data from the two studies were used to identify interventions used during prenatal case management. Case management clients mentioned an average of 4.9 ± 1.0 types of interventions and case managers mentioned 4.7 ± 1.1 types of interventions. Clients mentioned coordination, education and monitoring more often, whereas case managers were more likely to mention coordination, education and monitoring. The overall similarity in the frequency of types of interventions mentioned by clients and case managers implies that the NILT typology of interventions has validity for use in prenatal case management of high risk, low income women. The use of the six of the seven types of NILT interventions and the similarity of categories between clients and case managers provides evidence about the applicability of NILT for prenatal case management. **Key words:** Case managers, Prenatal care, Pregnant women, Medicaid, Qualitative study.

* Dirección de contacto: University of Illinois at Chicago, School of Public Health, 1603 West Taylor Street (MC 923), Chicago, Illinois, USA, 606012. e-mail: issel@uic.edu

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una época durante la cual los factores de riesgo llegan a ser críticos para la madre y el recién nacido. Para asegurar un resultado óptimo del embarazo, los gobiernos y las organizaciones de cuidado médico establecen varios programas y políticas sanitarias. En los Estados Unidos, el programa federal de seguros de salud, llamado Medicaid, paga la atención médica a personas de bajos recursos, incluyendo mujeres embarazadas. En muchos estados, Medicaid reembolsa a la Administración de Caso (AC).

La AC es un servicio multidisciplinario, centrado en la comunidad y diseñado para aumentar el uso apropiado de los servicios sociales y de salud, con atención simultánea a los múltiples problemas médicos y sociales de los individuos dentro de un contexto familiar y comunitario (Issel y Anderson, 1999). La AC ayuda a los clientes de poblaciones vulnerables, tales como mujeres embarazadas que estén en riesgo médico o social. El administrador de caso coordina servicios entre proveedores y asiste a clientes para que tengan acceso a los servicios; sin embargo, estos no proporcionan cuidado directo. La AC en mujeres embarazadas se utiliza extensamente, pero existe poco esfuerzo para supervisar la calidad y la eficacia de este servicio.

Hay poco conocimiento y evidencia de las intervenciones específicas usadas para obtener beneficios para los clientes. No obstante, esos parámetros con datos son necesarios para supervisar la calidad de los programas de la AC. Las opiniones de los administradores de caso y de los clientes permiten identificar qué acciones son necesarias para mejorar la salud y el bienestar de las clientes embarazadas de alto riesgo. El objetivo de esta investigación es obtener la información descriptiva necesaria para definir operacionalmente lo que constituye las intervenciones de la AC.

MARCO CONCEPTUAL

La AC ofrece un servicio a mujeres embarazadas de alto riesgo, considerando las condiciones físicas, o riesgos psicosociales asociados a resultados negativos del embarazo. Los programas prenatales de la AC se asocian generalmente al mejoramiento en la salud de la mujer y resultados positivos del nacimiento cuando: el administrador realiza visitas domiciliarias (Olds, Henderson, Tatelman y Chamberlain, 1988; Buescher, Roth, Williams y Goforth, 1991; Hardy, King y Repke, 1987), o cuando las visitas proveen de los programas comunitarios (Korenbrot, Showtack, Lommis y Brindis, 1989; Alexander, Weiss, Husley y Papiernick, 1991). Sin embargo, otros estudios han encontrado resultados contradictorios a los de la AC en relación a mejorías en el nacimiento (Thompson, Curry y Burton, 1998).

Usualmente, las mujeres que reciben la AC son de bajos recursos, no tienen ayuda del padre del hijo, tienen problemas de nutrición, estrés (González-Calvo, Jackson, Hasford, Woodman y Remington, 1997), o tienen un cuidado prenatal inadecuado (Homan y Korenbrot, 1998). Los metaanálisis demuestran que la visita domiciliar se relaciona con una disminución en: el índice de partos por cesárea, el número de recién nacidos de bajo peso (menos de 1.500 gramos) y hospitalizaciones prenatales (Hodnett y Fredricks, 2003). También, las visitas domiciliarias se asocian a una incidencia más baja de lesiones durante la niñez, cumplimiento del calendario de vacunas (Hodnett y Roberts, 2003) y mejoramiento del ambiente familiar de los infantes (Kendrick et al. 2000). Todos los resultados apuntan a una contribución en el bienestar del niño. Por otra parte, estos autores describen una amplia diferencia en los resultados dependiendo si la visita a domicilio fue hecha por una enfermera o un promotor de salud y de la congruencia de las intervenciones proporcionadas durante la etapa prenatal y postparto.

Las descripciones de las mujeres se refieren a una diversidad de riesgos y de necesidades que los Administradores de

Casos enfrentan durante las intervenciones específicas a sus clientes. Los escasos programas prenatales que utilizan AC y cuyas descripciones están disponibles, se refieren a algunas intervenciones tales como: coordinación de los servicios (Poland, Giblin, Waller y Bayer, 1991; Bradley y Martin, 1994; Randolph y Sherman, 1993), educación (Hardy, 1987), o intervención psicosocial (Homan y Korenbrot, 1998). Sin embargo, estas publicaciones describen los programas, no las intervenciones realizadas con los clientes. Otro es el caso de González-Calvo y colaboradores (1997), quienes enumeran las intervenciones que fueron mencionadas en los expedientes de administración, pero no se sabe cuántos expedientes de Administradores de Casos fueron revisados en su estudio, ni la confiabilidad de obtención y codificación de los datos. Otros estudios han observado la estructura de las visitas domiciliarias sin investigar las intervenciones específicas durante estas visitas (Boyd, 1999), o la administración de tales programas (Issel, 1997), por lo tanto no existe ninguna descripción empírica de las intervenciones específicas usadas por los Administradores de Casos. Las pautas de Medicaid para el reembolso incluyen dos actividades: el proceso de reclutamiento en la AC y el cierre del caso. Estas podrían ser vistas como actividades administrativas tanto como empíricas. Por lo tanto, surge la duda de cuáles serían las intervenciones que se utilizan en la AC.

Una tipología simple, pero inclusiva y válida de los tipos de intervención, es el léxico de la intervención de los cuidados de enfermería y la taxonomía NILT (Nursing Intervention Lexicon and Taxonom) (Grobe y Hughes, 1993). El NILT resultó particularmente conveniente para el estudio de la AC, ya que los tipos de intervenciones se reconocen fácilmente, aplicándose a situaciones más allá de los aspectos severos asociados al cuidado. Esto es diferente a otras tipologías que se enfocan en los actos clínicos realizados con los clientes que necesitan asistencia médica (Morehead, McClosky y

Bulechek, 1993). Además, Issel (1997), en un estudio de la AC, encontró que la cantidad de tiempo para hacer intervenciones podría ser capturado por el NILT. Los siete tipos de intervenciones del NILT son: coordinar (administración del ambiente del cuidado), educar (provisión de información del cuidado), apoyo (cuidado terapéutico psicosocial), entrenar o guiar (comprensión cognoscitiva y control del cuidado terapéutico), monitoreo (vigilancia del cuidado), determinar (establecer la necesidad de cuidados) y actos clínicos (aspectos terapéuticos del cuidado). Se ha validado (Grobe y Hughes, 1993) y demostrado confiabilidad con el estadístico Kappa de Cohen el cual arrojó de 0.77 a 0.88 (Hughes et al. 2002). Entonces, el NILT ha sido utilizado con datos de cuidado médico domiciliario (Grobe, Hughes, Robinson, Adler y McCorkle, 1996). Las premisas fundamentales del NILT son que las acciones realizadas con clientes pueden ser agrupadas confiablemente en otros escenarios o ambientes. Esto hace del NILT un marco posible para analizar de manera sistemática las acciones de los Administradores de Caso en programas de administración de Medicaid.

METODOLOGÍA

Se utilizó un diseño cualitativo con entrevistas semiestructuradas en dos estudios por separado de la AC prenatales. Los datos de cada estudio fueron utilizados para identificar las intervenciones implementadas durante la AC prenatales. Para ambas investigaciones, los protocolos fueron revisados y aprobados por el comité de ética y protección de sujetos de estudio de la Universidad de Illinois en Chicago. Se solicitó consentimiento informado a cada uno de los participantes del estudio antes de ser entrevistados. Se seleccionó la metodología cualitativa ya que el uso de entrevistas permite explorar y clarificar la respuesta de los participantes proporcionando un cuadro más completo. El rigor científico fue mantenido utilizando los métodos cualitativos establecidos para asegurar validez y confiabilidad.

Estudio 1. Se entrevistaron veinticuatro (24) Administradores de Caso que trabajaban en dos agencias de salud del gobierno del condado al suroeste de Estados Unidos y en una organización privada de salud. Las agencias fueron seleccionadas con el fin de tener en la muestra poblaciones urbanas y rurales, con programas de AC con distintos tiempos de ejecución y que utilizaran diferentes modelos de AC; de esta manera se aumenta la validez externa y la transferencia de los resultados.

Todo el personal de cada agencia seleccionada y que proveía servicios prenatales de AC, fue invitado a participar tras la presentación del estudio en las reuniones del personal. Se analizaron las respuestas a las preguntas de la entrevista: “¿Dígame lo que usted hace como Administrador de Caso?”; y “¿Cuáles son las intervenciones de AC que usted utiliza?”. Preguntas de prueba o inquisitivas fueron utilizadas en la entrevista cuando era necesario clarificar declaraciones y para obtener información adicional con respecto a las acciones del personal que realizaba la AC. La definición de la categoría *intervenciones ofrecidas* fue “aquellas acciones o actividades que usted practica para hacer una diferencia en las vidas de sus pacientes”. Las entrevistas fueron hechas en privado en las oficinas de los participantes.

Se entrevistaron enfermeras (n = 13), trabajadores sociales (n = 7) y promotores de AC (n = 4). El índice de participación fue de un 88%. Las razones de aquellos que no participaron en el estudio fueron que no estaban disponibles o no trabajaron el día en que las entrevistas fueron realizadas. Las características del grupo en estudio se observan en la tabla 1.

Estudio 2. Este estudio fue realizado dos años más tarde con 24 mujeres que habían recibido AC prenatal, de una de las agencias de salud gubernamental del condado al suroeste de EE.UU. que participó en el estudio 1, una organización privada de salud y un gran hospital urbano. Los criterios de inclusión fueron que las clientas hubieran tenido su parto dentro del mes previo al es-

tudio o que estuvieran en su noveno mes de embarazo habiendo recibido un mínimo de tres meses de AC. Las clientas fueron entrevistadas en sus casas. Las preguntas de la entrevista fueron referentes a la AC del embarazo más reciente.

Algunas de las preguntas realizadas a las clientas fueron: “¿Cómo la ayudó el Administrador de Caso?” y “¿Qué hizo su Administrador de Caso que marcó la diferencia para usted?”. Preguntas de prueba o inquisitivas fueron utilizadas para clarificar declaraciones y obtener información adicional con respecto a las acciones tomadas por el personal de AC. Las características del grupo en estudio se observan en la tabla 1.

Las participantes no solo tenían problemas obstétricos, como gestación múltiple, diabetes gestacional, preeclampsia y embarazo molar anterior, sino que también tenían problemas médicos generales, como esclerosis múltiple e hipertensión arterial. Además las clientas tenían problemas sociales, como embarazo indeseado, bajos ingresos, falta de seguro médico, dificultades familiares y embarazo durante la adolescencia.

En ambos estudios, las entrevistas fueron grabadas, transcritas palabra por palabra y luego revisadas para asegurar que la transcripción fuera adecuada. Usando las transcripciones completas, los sujetos y verbos de cada frase fueron puestos entre paréntesis para codificar intervenciones si el sujeto se refería al Administrador de Caso. Los datos sobre las intervenciones de cada estudio fueron analizados separadamente usando análisis de contenido etnográfico. Se escogió el análisis de contenido etnográfico (Tesh, 1990; Morse, 1994), similar al estilo de análisis descrito por Miller y Crabtree (1992), ya que permite incorporar categorías existentes, tales como el NILT y las intervenciones específicas requeridas por pautas de Medicaid, tales como la evaluación. El análisis de contenido etnográfico, permitió el uso de la verificación reflexiva de los tipos de intervención del NILT, así como el desarrollo de categorías dentro de cada tipo de intervención de acuerdo a lo encontrado en

TABLA 1
 CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO 1 (n = 23) Y ESTUDIO 2 (n = 24).

CARACTERÍSTICAS	ESTUDIO 1 ADMINISTRADORES DE CASO	ESTUDIO 2 CLIENTES
Edad promedio (años)	40 + 9.2	24.3 + 7.6
Pertenencia étnica (n / %)		
Anglo	18 / 78%	11 / 45.8%
Hispano	2 / 9%	5 / 20.8%
Africano-americano	3 / 13%	4 / 16.7%
No responde	—	4 / 16.7%
Nivel de enseñanza (n / %)		
Secundaria o menos	1 / 4.3%	15 / 62.5%
Alguna universidad	1 / 4.3%	6 / 25%
Diploma de enfermera	6 / 26.1%	0 / 0%
Bachillerato en arte o ciencias de Enfermería	7 / 30.5%	1 / 4.2%
Máster en ciencias de Enfermería y Máster en artes	2 / 8.7%	0 / 0%
No responde	6 / 26.1%	4 / 8.3%
Paridad	—	1.8 + 1.4
Meses recibiendo AC (meses)	—	5.2 + 1.7
Número promedio de casos atendidos	33 + 18 casos	—

las entrevistas. Cada categoría proporcionó los detalles descriptivos del tipo de intervención del NILT cuando fueron utilizadas en la AC prenatal. Este proceso de desarrollar y definir las categorías descriptivas para cada uno de los siete tipos de intervenciones fue realizado por separado para cada estudio.

Después de concluido el análisis de datos de cada estudio, se compararon, buscando similitudes y diferencias, los tipos de intervención NILT y las categorías descriptivas (tabla 2). Las categorías de intervención del NILT estuvieron presentes en ambos estudios. La similitud de las categorías descriptivas fue considerable, por lo tanto, se desarrolló un nuevo conjunto de categorías para cada tipo de intervención usando la técnica reflexiva de análisis de contenido etnográfico. Por ejemplo (administradores contactan a médico), una categoría descriptiva del tipo de intervención de coordinación fue identificada primero en las entrevistas de las clientas y luego usada para reanalizar las entrevistas

de los Administradores de Caso. Las definiciones derivadas de las categorías descriptivas fueron utilizadas para recodificar datos de las entrevistas de los dos estudios. Los resultados son presentados en relación a los tipos de intervención NILT y las categorías descriptivas utilizadas en ambos estudios.

Se realizaron varios pasos para evaluar validez y confiabilidad en cada estudio. La validez en la indagación naturalística fue asegurada a través de la confiabilidad a los datos originales. En este estudio, la validez fue asegurada usando el significado manifestado en las declaraciones de los participantes y no forzando datos para ajustarlos a las categorías de intervenciones del NILT. Más bien, las categorías fueron revisadas en su definición con el fin de reflejar los datos de las entrevistas. La saturación de las categorías fue alcanzada después de que aproximadamente el 75% de las entrevistas habían sido analizadas, prestando una mayor credibilidad de los resultados.

TABLA 2
DEFINICIONES DE LOS TIPOS DE INTERVENCIÓN CON EL EJEMPLO
DE LOS VERBOS ENCONTRADOS EN LOS DATOS.

TIPOS DE INTERVENCIÓN DEL NILT	DEFINICIONES	VERBOS ENCONTRADOS EN LAS ENTREVISTAS
Coordinar	Las acciones para aumentar el acceso a y la disponibilidad de recursos necesitados por los clientes	Refiera, dar libros y pañales, hablar con otros proveedores
Educar	Acciones para informar y aumentar el conocimiento y habilidades específicas de los clientes.	Contestar las preguntas, dar instrucciones, explicar, hablar de
Apoyar	Acciones para proporcionar alivio psicológico a los clientes.	Actuar como un amigo, estar disponible, dar consejo, tranquilizar, respetar
Entrenar	Acciones para aumentar la confianza de los clientes en cuando al autocuidado y la capacidad de autodeterminación.	Dar estímulo, decir que "usted puede hacerlo", ser positivo, ayudar a ver y utilizar alternativas
Monitorear	Acciones de ser vigilantes para los cambios y la estabilidad del estado del cliente y el uso de recursos.	Estar pendiente, ver si obtuvo los servicios, preguntar "cómo le va?"
Determinar	Acciones para determinar las necesidades, problemas y fortalezas de los clientes.	Preguntar si hay problemas o necesidades, determinar las necesidades
Actos Clínicos	Acciones para afectar directamente el estado fisiológico de los clientes.	[ninguno en estos datos]

La confiabilidad de las definiciones de las categorías fue asegurada estableciendo correlación entre codificadores. Cada codificador usó las definiciones para cada uno de los tipos de intervención con el fin de codificar asignando intervenciones a una sola categoría. Para establecer la confiabilidad de la codificación, el 10% de todas las declaraciones entre paréntesis de ambos estudios ($n = 86$) fueron seleccionadas al azar y luego independientemente codificadas por cuatro enfermeras expertas en cuidado prenatal. Las enfermeras no recibieron ningún entrenamiento especial en la codificación o en las categorías, sin embargo, se les proveyó de las definiciones y ejemplos de declaraciones que correspondían a la ca-

tegoría. Se utilizó la estadística Kappa de Cohen (Cohen, 1960), para determinar porcentaje de acuerdo entre codificadores. Entre las cuatro enfermeras la estadística kappa de Cohen se extendió de 0.67 al 0.79, indicando una confiabilidad intercodificador moderada alta.

RESULTADOS

Los clientes mencionaron un promedio de $4,9 \pm 1$ tipos de intervenciones y los Administradores de Caso mencionaron un promedio de $4,7 \pm 1.1$ tipos de intervenciones. La tabla 3 señala el número y porcentaje de participantes en cada estudio y cada tipo de intervención y categoría descriptiva mencionada.

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADMINISTRADORES DE CASO (n = 23) Y DE LAS CLIENTAS (n = 24)
SEGÚN CADA TIPO DE INTERVENCIÓN Y CATEGORÍA DESCRIPTIVA MENCIONADA.

TIPOS DE INTERVENCIÓN Y CATEGORÍAS	ESTUDIO 1 ADMINISTRADORES DE CASO	ESTUDIO 2 CLIENTES
Coordinación (n / %)	23 / 100%	23 / 96%
Hablar con otra agencia /proveedor	18 / 78%	18 / 75%
Darle al cliente un doctor	10 / 43%	10 / 42%
Referir	22 / 96%	14 / 58%
Dar artículos tangibles	4 / 17%	7 / 29%
Educación (n / %)	19 / 83%	23 / 96%
Explicar sobre los servicios	11 / 48%	10 / 42%
Educación sobre salud	9 / 39%	18 / 75%
Contestar preguntas	4 / 17%	11 / 46%
Apoyo (n / %)	14 / 61%	23 / 96%
Ser un amigo	12 / 52%	16 / 67%
Estar disponible para el cliente	6 / 26%	18 / 75%
Dar ayuda emocional	3 / 13%	7 / 29%
Aceptar a cliente como es	1 / 4%	7 / 29%
Dar confianza	1 / 4%	4 / 17%
Entrenar (n / %)	16 / 70%	20 / 83%
Establecer responsabilidades (contrato)	3 / 13%	3 / 12%
Animar	12 / 52%	15 / 63%
Ayudar a solucionar problemas	8 / 35%	13 / 54%
Monitorear (n / %)	19 / 83%	18 / 75%
Chequear el estado físico	3 / 13%	4 / 17%
Cómo le va	6 / 26%	15 / 63%
Cerciorarse que obtuvo los servicios	17 / 74%	4 / 17%
Determinar (n / %)	16 / 70%	12 / 50%
Determinar las necesidades del cliente	16 / 70%	12 / 50%
Actos Clínicos	—	—

La *coordinación* fue mencionada por el 96% de clientas y 100% de los Administradores de Caso, haciendo de esta el tipo de intervención mencionada con más frecuencia. Del total de categorías mencionadas, dos fueron mencionadas con similar frecuencia por los Administradores de Caso y las clientas: *administradores hablan con otra agencia* (78%, 75%) y *darle al cliente un doctor* (43%, 42%). La categoría *administradores hablan con otra agencia* reflejó el grado en el cual los Administradores de Caso trabajaron recíprocamente con empleados de otras agencias en un esfuerzo por proporcionar acceso

a ese servicio para el cliente. En la categoría *darle al cliente un doctor*, los Administradores de Caso se refirieron a los médicos en términos de conectar a las clientas a una clínica, mientras que las clientas hablaron de ser enviadas a un médico general de su preferencia. *Referir* fue mencionada con mayor frecuencia por los Administradores de Caso (96%) que por los clientes (58%). Hubo también una diferencia con respecto a una categoría mencionada con menor frecuencia, *dar artículos tangibles*, la cual fue mencionada por un 17% de los Administradores de Caso y un 29% de las clientas. Los artículos tan-

gibles entregados a los clientes por los Administradores de Caso, incluyeron cosas tales como entrega de leche, boletos de micro, libros y alimento.

La educación fue el segundo tipo de intervención mencionada con mayor frecuencia por Administradores de Caso (83%) y las clientas (96%). Aproximadamente el mismo porcentaje de las clientas (42%) y de los Administradores de Caso (48%) mencionaron la categoría descriptiva de *explicar sobre los servicios*, la cual consistía principalmente en Administradores de Caso entregando información e instrucciones de cómo acceder a servicios sociales o de salud. Las clientas, superando más de dos veces el número de Administradores de Caso, mencionaron la categoría *educar sobre salud* (75%, 39%) y *contestar a las preguntas* (46%, 17%). Los tópicos de la salud tratados tienden a centrarse en el embarazo, efectos de estilos de vida, y cuidado infantil.

El apoyo fue mencionado con mayor frecuencia por las clientas (96%) que por los Administradores de Caso (61%), y fue el tipo de intervención mencionada con menor frecuencia por los Administradores de Caso. Hubo cinco categorías descriptivas de apoyo y cada categoría fue mencionada por un número mayor de clientas que de Administradores de Caso. La mayor discrepancia estuvo en la categoría de *estar disponible para el cliente*, que fue mencionada tres veces más por clientas (75%) que por el Administrador del Caso (26%); esta categoría reflejó el grado en el cual las clientas son capaces de establecer contacto personal o telefónico con los Administradores de Caso, o como sentían que el administrador de caso podría ser contactado si era requerido. Las clientas mencionaron que teniendo el número del *beeper* del Administrador de Caso y la rapidez con la cual los mensajes telefónicos eran contestados, los hizo más accesible, y por lo tanto las clientas se sintieron más apoyadas y menos solas. *Dar ayuda emocional* fue mencionada más de dos veces por las clientas (29%) que por los Administradores de Caso (13%), incluyendo acciones relacionadas a consejería y psicoterapia.

Otras dos categorías descriptivas de apoyo, *aceptar al cliente como es* y *dar confianza*, fueron mencionadas casi exclusivamente por las clientas, no obstante los porcentajes fueron menores (29% y 17%, respectivamente). *Aceptar al cliente* refleja las acciones de los Administradores de Caso, que demuestra que no juzgó a la clienta o la situación de la clienta. *Dar confianza* se refiere a acciones de los Administradores de Caso que ayudaron a las clientas a creer en un resultado positivo para el embarazo o la situación de vida.

Una categoría de ayuda mencionada por ambos, clientas (67%) y Administrador de Caso (52%), fue *ser un amigo*. *Ser un amigo* incluye los comportamientos de Administradores de Caso que eran considerados como los actos de un amigo y que generalmente demostraron preocupación por la clienta. Las clientas y los Administradores de Caso hablaron de los sentimientos de amistad, teniendo un mutuo entusiasmo respecto al embarazo y mostrando preocupación por la clienta. Un Administrador de Caso dijo: "yo solo intento ser su amigo. Tú sabes, llegar a conocerlas muy bien de tal manera que puedas mirarlas como a una amiga, conversar con ellas, saber acerca de ellas y su familia de manera que ellas piensen que realmente tú te preocupas".

Otro Administrador de Caso, dijo: "estamos intentando animarlas para que asistan a una clase de capacitación laboral. Motivándolas a obtener un poco de educación y la manera en que lo hacemos, es desde el punto de vista de un amigo".

Entrenar, al igual que la categoría apoyo, fue mencionado por un número mayor de clientas (83%) que de Administradores de Caso (70%). La categoría *entrenar* como una intervención, se refiere a acciones que motivaron el autocuidado de la clienta y facilitaron la solución de problemas. Las clientas mencionaron con mayor frecuencia las categorías *Animar* (63%) y *ayudar a solucionar el problema* (54%). Los Administradores de Caso las mencionaron solo en un 52% y un 35% respectivamente.

Un número pequeño pero similar de clientes (12%) y de Administradores de Caso (13%) mencionó *establecer responsabilidades*. Este número tan bajo es algo sorprendente ya que el desarrollo de un contrato mutuo es un requisito de Medicaid para el reembolso.

El monitoreo fue mencionado casi igualmente por clientas (75%) y por los Administradores de Caso (83%), aunque la única categoría descriptiva mencionada igualmente por los clientes (17%) y los administradores de caso (13%) fue *chequear el estado físico*. Esto exigió a los Administradores de Caso a preguntar por cambios en los aspectos físicos o clínicos de la vida de la clienta. Más del doble del número de clientas (63%) que de Administradores de Caso (26%) mencionaron *cómo le va*, categoría en la que los Administradores de Caso investigaban sobre cualquier posible cambio. En contraste, cuatro veces más el número de Administradores de Caso (74%) que de clientas (17%) mencionaron *cerciorarse que obtuvo los servicios*, categoría que reflejó que el Administrador de Caso preguntaba específicamente si la clienta utilizó un servicio social o de salud específico.

Determinar fue la intervención mencionada con menor frecuencia por las clientas (50%) y la segunda menos mencionada por los Administradores de Caso (70%). Las clientas se refirieron a *determinar* como el hecho de ser cuestionadas si necesitaban alguna cosa, pero los Administradores de Caso se refirieron a determinar como el hecho de crear una lista de los problemas de la clienta y el repaso de la lista de necesidades establecida al inicio de la AC.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos de las entrevistas con Administradores de Caso y clientas generan un entendimiento de las intervenciones realizadas durante la AC en mujeres embarazadas. Los datos de las clientas demuestran que reconocen lo que hace el Administrador de Caso. Las clientas mencionaron más a menudo la coordinación,

educación y ayuda, mientras que los Administradores de Caso mencionaron mayoritariamente la coordinación, educación y monitoreo. Sin embargo, las diferencias en el porcentaje de las clientas y de los Administradores de Caso, que mencionaron las intervenciones de NILT, se pueden solamente considerar como sugerencias, dado el diseño de cada estudio. Es necesario que el diseño de otros estudios incluya a ambos, los Administradores de Caso y sus clientes, para realizar un análisis que permita evaluar las diferencias de percepción entre ambos con respecto a la frecuencia del uso de cada intervención.

La alta frecuencia de la coordinación que fue mencionada era esperada, dado el mandato de Medicaid que la AC mejore el acceso de los clientes a los servicios y el bajo nivel socioeconómico de las clientas. Sin embargo, varias clientas contaron historias detalladas de dificultades para encontrar un médico que fuese de su preferencia y que aceptara Medicaid. Para estas clientas, tener un médico que les guste estuvo directamente relacionado con el continuar asistiendo al médico para el cuidado prenatal. Esto es consistente con la investigación anterior que encontró una asociación entre el tratamiento dado por el proveedor y lo adecuado del cuidado prenatal (Lia-Hoagberg et al., 1990). Además de las intervenciones de coordinación, *darle al cliente un doctor*, las clientas en este estudio necesitaban atención individualizada, tales como *educación sobre servicios de salud*, *animar* y *ayuda para acceder a las agencias* (hacer referencias, *hablar a otra agencia*). Estos tipos de intervenciones usadas parecían reflejar factores del cliente tales como falta de conocimiento, y factores de la agencia de cuidado médico, tales como falta de disposición de los proveedores para aceptar a las clientas. Esto sugiere la necesidad de investigar el grado en el cual las intervenciones son utilizadas, por qué las clientas son incapaces de acceder a los servicios y el porqué las agencias de servicio son inaccesible a los clientes, según lo sugerido por Issel (1997).

Ni los Administradores de Caso ni los clientes mencionaron la categoría *haciendo actos clínicos*, que es congruente con la política de Medicaid de no reembolsar los actos clínicos como parte de la AC. Este hecho aumenta la credibilidad de los resultados. Además, justifica el argumento de que la AC es distinta a la administración clínica de caso que incluye normalmente actos clínicos tales como proveer medicamentos u otros tratamientos.

La gama de las intervenciones usadas también refleja la complejidad de la AC. Es decir, durante el curso de AC prenatal existe una variedad de formas necesarias de intervenir para mejorar la salud y satisfacer las necesidades sociales de clientas embarazadas en riesgo elevado. El uso de diferentes tipos de intervención en esta población sugiere un acercamiento autónomo creativo y altamente profesional, que parezca las intervenciones utilizadas con los problemas del cliente. La investigación adicional justifica el proceso por el cual los factores de riesgo del cliente llevan al uso de intervenciones específicas de los Administradores de Casos. Por lo tanto, los próximos estudios podrían enfocarse en la asociación entre las intervenciones utilizadas en la AC con los resultados del embarazo, e identificar los mecanismos específicos de las intervenciones utilizadas que contribuyen a los resultados de salud para la mujer embarazada y el recién nacido.

Centrarse en los clientes, *estar disponible y ser un amigo en la AC* es congruente con la importancia del apoyo social (Smilkstein, Helsper-Lucas, Ashworth, Montano y Pagel, 1984; Villar, Farnot, Barros, Victoria, Lange y Belizan, 1992; Segui, Potvin, St.Denis y Loiseil, 1995) y autoestima (Higgins, Murray y Williams, 1994) durante el embarazo. El alto porcentaje de clientas que mencionaron estas categorías refuerza la visión que la AC aborda más allá de las necesidades físicas o financieras de las clientas.

Cada una de las seis intervenciones fue mencionada por la mayoría de las clientas y los Administradores de Caso. La semejanza total en la frecuencia de los tipos de interven-

ción mencionados por las clientas y los Administradores de Caso implica que los tipos de intervención del NILT tienen validez para la AC en mujeres embarazadas en alto riesgo y bajos ingresos. El uso de seis de los siete tipos de intervención del NILT y la semejanza de categorías entre los Administradores de Caso y las clientas, proporcionan evidencia sobre la importancia del NILT para la AC prenatal. Este estudio también contribuye al desarrollo de una teoría de las intervenciones de la AC dado que las taxonomías están consideradas como formas primitivas de teoría (Rich, 1992).

Los resultados de este estudio tienen implicancias para los administradores de los programas de AC. La congruencia total entre los Administradores de Caso y las clientas sugiere que los tipos de intervención del NILT se pueden utilizar para documentar las intervenciones, debido particularmente a que una colección de datos basada en el NILT podría ser utilizada fácilmente por los Administradores de Caso (Issel, 1997). Para verificar el uso de la intervención con los clientes, los administradores de programa podrían utilizar los tipos de intervención del NILT para desarrollar cuestionarios dirigidos a las clientas, sobre los procesos de cuidado ofrecidos. Los datos sobre el uso de intervenciones se podrían asociar a los factores de riesgo del cliente, los resultados de salud y del bienestar, y el costo del cuidado para determinar la eficacia del programa y la viabilidad de las intervenciones. Conclusiones más exactas sobre la eficacia de la AC o lo apropiado de las intervenciones, dados los factores de riesgo específicos del cliente, se pueden formular si los datos se basan en el NILT que es más preciso.

El NILT proporciona una base empírica sobre la cual diseñar estudios de supervisión y evaluación de programas de la AC prenatal. Aplicando las definiciones presentadas en este estudio de intervenciones, las agrupaciones de la actividad de Medicaid permitirían un programa de supervisión más exacto e investigaciones empíricas en el efecto de cada tipo de intervención usado en la AC.

Las descripciones de los Administradores de Caso no se parearon con las descripciones de las clientas entrevistadas debido a que los dos estudios fueron realizados en forma separada (dos años). Por lo tanto, no había manera de establecer una correlación directa entre las clientas y las respuestas de los Administradores de Caso. Según lo mencionado anteriormente, esta es una línea necesaria en investigación. El tamaño de la muestra en cada estudio fue pequeño, lo cual presenta un problema de generalización en estudios cuantitativos. Sin embargo, la saturación de las categorías fue alcanzada, indicando así un nivel aceptable de generalización para esta investigación cualitativa. Otra limitación en la investigación de ambos estudios fue el enfoque en solo un tipo de servicio proporcionado a las mujeres embarazadas en Medicaid. Así, la validez de las categorías descriptivas para otros tipos de AC o para otras poblaciones es desconocida. Las diferencias en las proporciones en-

tre Administradores de Caso y clientas que mencionaron categorías específicas de intervención pueden ser una cuestión de memoria o que, en efecto, refleja el hecho de la importancia relativa puesta en ese acto por los administradores y las clientas del caso. Se requiere investigación adicional para determinar el proceso subyacente que conduce a estas diferencias, y estimar exactamente la proporción real de intervenciones usadas durante la AC.

Todas las intervenciones mencionadas por los Administradores de Caso y las clientas se podrían cifrar en las categorías del NILT, indicando que el NILT tiene validez para los servicios de AC prenatales. Las percepciones de las clientas y de los Administradores de Casos son críticas para entender los tipos y las características de las intervenciones utilizadas, pudiendo ser la base para desarrollar programas eficientes de AC y obtener buenos resultados para los clientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, G. R., Weiss, J., Hulsey, T. C., & Papiernik, E. (1991). Preterm birth prevention: An evaluation of programs in the United States. *Birth*, 18, 160-169.
- Boyd, M. E. (1999). Questioning the quality of maternal caregiving during home visitation. *Image*, 31, 27-32.
- Bradley, P. J., & Martin, J. (1994). The impact of home visits on enrollment patterns in pregnancy related services among low income women. *Public Health Nursing*, 11, 392-398.
- Buescher, P. A., Roth, M. S., Williams, D., & Goforth, C. M. (1991). Evaluation of the impact of maternity care coordination on Medicaid birth outcomes in North Carolina. *American Journal of Public Health*, 81, 1625-1629.
- Cohen, J. A. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational Psychology and Measurement*, 20 (1), 37-46.
- González-Calvo, J., Jackson, J., Hanford, C., Woodman, C., & Remington, N. S. (1997). Nursing case management and its role in perinatal risk reduction: Development, implementation, and evaluation of a culturally competent model for African-American women. *Public Health Nursing*, 14, 190-206.
- Grobe, S. J., & Hughes, L. C. (1993). The conceptual validity of a taxonomy of nursing interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1942-1961.
- Grobe, S. J., Hughes, L. C., Robinson, L., Adler, D. C., & McCorkle, R. (1996). Patterns of home nursing care for elderly prostate patients derived using a language-based nursing intervention taxonomy (NILT). *Proceedings from the Workgroup of European Nurse Researchers*, Stockholm, Sweden.
- Hardy, J. B., King, T. M., & Repke, J. T. (1987). The Johns Hopkins Adolescent Pregnancy Program: An evaluation. *Obstetrics and Gynecology*, 69, 300-306.
- Higgins, P., Murray, M. L., & Williams, E. M. (1994). Self-esteem, social support, and satisfaction differences in women with adequate and inadequate prenatal care. *Birth*, 21 (1), 20-33.

- Homan, R. K., & Korenbrot, C. C. (1998). Explaining variation in birth outcome of Medicaid-eligible women with variation in the adequacy of prenatal support services. *Medical Care*, 36, 190-201.
- Hodnett, E.D., & Roberts, I. (2003). Home based social support for socially disadvantaged mothers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Recuperado el día 7 de diciembre 2003 de la base de datos The Cochrane Library.
- Hodnett, E.D., & Fredericks, S. (2003). Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Recuperado el día 2 de diciembre 2003 de la base de datos The Cochrane Library.
- Hughes, L. C., Robinson, L. A., Cooley, M.E., Muamah, I., Grobe, S. J., & McCorkle, R. (2002). Describing an episode of home nursing care for the elderly postsurgical cancer patients. *Nursing Research*, 51, 110-118.
- Issel, L. M. (1997). Measuring case management interventions: Development of a tool. *Nursing Case Management*, 2, 132-138.
- Issel, L. M. (1997). Doing the work of case management. *Healthcare Supervisor*, 15 (3), 39-50.
- Issel, L. M. & Anderson, R. A. (1999). The case against case management. *Health Care Management Review*, 24(3):64-72.
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., et al (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disability in Children*, 82, 443-451.
- Korenbrot, C. C., Showstack, J., Loomis, A., & Brindis, C. (1989). Birth weight outcomes in a teenage pregnancy case management program. *Journal of Adolescent Health Care*, 10, 97-104.
- Lia - Hoagberg, B., Rode, P., Skovholt, C. J., Oberg, C. N., Berg, C., Mullett, S., et al. (1990). Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. *Social Science and Medicine*, 30, 487-495.
- Miller, W. L., & Crabtree, B. J. (1992). Clinical Research. In N. K. Densin & Y.S. Lincoln, (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. (pp. 340-352). Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Morse J. M. (1994). Designing funded qualitative research. In N.K. Densin, & Y. S. Lincoln, (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp.220-235). Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Morehead, S. A., McClosky, J. C., & Bulechek, G.M. (1993). Nursing interventions classification: A comparison with the Omaha System and the Home Healthcare Classification. *Journal of Nursing Administration*, 23 (10), 23-29.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelman, R., & Chamberlin, R. (1988). Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: A randomized trial of nurse home visitation. *American Journal of Public Health*, 78, 1436-1445.
- Poland, M. L., Giblin, P. T., Waller, J. B., & Bayer, I. S. (1991). Development of a paraprofessional home visiting program for low-income mothers and infants. *American Journal of Preventive Medicine*, 7, 204-207.
- Randolph, L. A., & Sherman, B. R. (1993). Project CONNECT: An interdisciplinary partnership to confront new challenges facing at-risk women and children in New York City. *Journal of Community Health*, 18(2), 73-81.
- Rich, P. (1992). The organizational taxonomy: Definitions and design. *Academy of Management Review*, 17, 758-781.
- Segui, L., Potvin, L., St. Denis, M., & Louisell, J. (1995). Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 85, 583-589.
- Smilkstein, G., Helsper-Lucas, A., Ashworth, C., Montano, D. & Pagel, M. (1984). Prediction of pregnancy complications: An application of the biopsychosocial model. *Social Science and Medicine*, 18, 315-321.
- Tesh, R. (1990). *Qualitative research: Analysis types and software tools*. New York: The Falmer Press.
- Thompson, M., Curry, M. A., & Burton, D. (1998). The effect of nursing case management on the utilization of prenatal care by Mexican-Americans in Rural Oregon. *Public Health Nursing*, 15, 82-90.
- Villar, J., Farnot, U., Barros, F., Victoria, C., Langer, A., & Belizan, J. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. *New England Journal of Medicine*, 327, 1266-1271.

Administradores de casos y sus clientes

Esta investigación ha sido financiada en parte por Sigma Theta Tau, la Beca Centenaria de Ed y Molly y los fondos del Biomedical Research Small Grant (BRSG).

Una versión anterior de este trabajo fue presentado en la séptima Conferencia Nacional de Investi-

gación en Administración de Enfermería, ciudad de Kansas, el 31 de octubre de 1997.

Agradecimientos a Alicia Naveas y Dra. Lillian Ferrer por su ayuda en la traducción, y a Bobbie Sterling, quien ayudó en la recolección de datos.