

# Capítulo 14. Evaluación en Entornos Residenciales Comunitarios

Marcelino López, Luis Fernández, Margarita Laviana

## Introducción

El alojamiento, junto a distintos procesos relativos a la vida cotidiana que habitualmente se organizan en torno a él, es un área privilegiada de intervención dentro de la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves<sup>1-4</sup>. Y ello tanto por la importancia que este área tiene en la vida de todas las personas, como por las especiales dificultades que en ella encuentran muchas de las que padecen ese tipo de problemas de salud.

Durante mucho tiempo, e incluso hoy en una parte todavía considerable de países y regiones del mundo, el problema del alojamiento de un número importante de estas personas se ha planteado en conexión directa con el de la atención sanitaria de las mismas, ya sea bajo formas de reclusión institucional, ya de tratamiento y rehabilitación. Así, desde visiones basadas en modelos institucionales «totales» se considera resuelto el problema del alojamiento o, como mucho, se plantea para grupos minoritarios y con esquemas de transición (las famosas «estructuras intermedias»). Pero también algunas visiones, formalmente más «modernas» pero todavía bastante «totales», de la rehabilitación incluyen la vivienda como una más del conjunto de estructuras y prácticas que tratan de regular de manera global la vida de dichas personas. Solo más recientemente, aunque es verdad que de manera creciente, el alojamiento va siendo reconocido como un área específica, relacionada pero no confundida con otras áreas de la atención comunitaria intersectorial a dichas personas<sup>2, 3, 5, 6</sup>. Área que, en concreto, mantiene estrechas relaciones con los distintos sentidos en los que, en el contexto tecnológico de la Atención Comunitaria, utilizamos el término *rehabilitación*<sup>1</sup>, lo que justifica su inclusión en un Manual como este.

Si el término «rehabilitación» tiene sentidos y niveles de uso diversos, lo mismo sucede con el de «evaluación», que suele hacer referencia en este contexto al menos a dos aspectos interrelacionados pero diferenciados: el de la identificación y medida de determinadas características de las personas y el de la valoración del propio programa y sus distintos componentes<sup>7, 8</sup>. Por ello y tratando de servir de guía para el trabajo en entornos residenciales, el capítulo, tras dedicar un breve apartado a situar algunos de esos aspectos conceptuales y terminológicos, revisa las principales características de los programas residenciales para personas con trastornos mentales graves, haciendo hincapié en sus implicaciones para ese doble sentido del término «evaluación». Y finalmente, en lo que corresponde al contenido central del texto, se presentan la estrategia y metodología que nos parece más útil para esta actividad, incluyendo información sobre algunas de las escasas experiencias internacionales relevantes, así como de algunos de

los instrumentos disponibles que nos parecen más útiles en nuestro entorno.

Intentando siempre tener en cuenta las posibilidades de desarrollo en el contexto habitual de estos programas en España y a partir de la experiencia, limitada pero esperamos que útil, de nuestro trabajo en Andalucía<sup>10-16</sup>.

## La evaluación en el contexto residencial. Algunas precisiones previas

De acuerdo con lo que acabamos de decir, vamos en primer lugar a repasar brevemente algunos de los aspectos conceptuales y terminológicos implicados en el tema, a fin de evitar confusiones y facilitar el entendimiento del núcleo central de nuestra exposición.

### Atención residencial y rehabilitación

La provisión de un alojamiento razonablemente adecuado a las características y necesidades de las personas con trastornos mentales graves que tienen dificultades para asegurárselo por sí mismas, es el objetivo de lo que denominamos habitualmente programas residenciales<sup>2, 5, 9, 17, 18</sup>. Programas que solemos incluir en un apartado más amplio de programas de apoyo social, con determinadas características comunes, entre otras su relación con los distintos sentidos del término *rehabilitación*<sup>1, 2, 19-21</sup>.

De manera general hablamos de programas de apoyo social para referirnos a un conjunto de estructuras e intervenciones, que tratan de facilitar que personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos mentales graves puedan desarrollar una vida comunitaria lo más adecuada posible, ayudándoles a cubrir determinadas necesidades básicas que el resto de las personas cubrimos directamente o con el apoyo de nuestro entorno familiar. Se trata de proveer así apoyo, con un fuerte componente de relación social, en aspectos como el alojamiento, el empleo, la ocupación, y en general la vida comunitaria<sup>1, 19, 20</sup>. Provisión que se realiza en coordinación con la atención sanitaria pero no confundiendo con ella y huyendo en lo posible de planteamientos omnicomprendivos y estigmatizantes.

Esos programas y, en concreto los centrados en el alojamiento, mantienen relaciones complejas con el campo de la rehabilitación psicosocial, en todos y cada uno de los sentidos en que cabe utilizar el término. De hecho, si lo empleamos como referencia general, incluyendo una *filosofía* y una *estrategia* global de intervención orientada a la recuperación de las personas con este tipo de problemas<sup>1, 20-22</sup>, la vivienda es, junto al empleo y las relaciones sociales, uno de los polos básicos sobre los que se articulan los

esfuerzos intersectoriales para permitirles una vida ciudadana autónoma y satisfactoria<sup>1, 4</sup>. A su vez, si usamos la palabra rehabilitación para identificar un específico nivel de *cuidados*, la vivienda sigue siendo un área clave para la atención comunitaria, prolongando la atención sanitaria y enlazando con la integración social, en tanto que garantía de permanencia activa en el entorno comunitario<sup>1, 2</sup>.

Pero también si hablamos, en un nivel más concreto, de *programas específicos* de rehabilitación<sup>1, 21-24</sup>, hay que incluir el ámbito residencial aunque solo sea por las posibilidades que ofrece para el entrenamiento, «en vivo», en el ejercicio de muchos hábitos necesarios para la recuperación y la vida ciudadana. Y, finalmente, si hacemos referencia a *servicios o dispositivos*, también los programas residenciales deben contar con espacios propios, al menos en una parte de sus componentes, además de relacionarse estrechamente con los espacios específicos de la rehabilitación sanitaria<sup>2, 9, 11</sup>.

### *La evaluación en el marco de programas de intervención sanitaria y social*

Por su parte, hablamos de evaluación como un aspecto esencial de todos los programas de intervención sanitaria y social, especialmente en este marco de atención comunitaria, que enfatiza el carácter tecnológico y ya no artesanal de las intervenciones<sup>1, 7</sup>. Evaluar significa así incorporar metodología científica y procedimientos técnicos acreditados, al menos en relación con los dos aspectos básicos, interrelacionados pero diferenciados, a los que hemos hecho referencia anteriormente.

Sobre la base de un significado común (valorar un aspecto o una situación comparándola con otra que tomamos como referencia o estándar), se puede pretender, en un sentido más general, evaluar el programa o, en un sentido más concreto, algunas características de las personas que lo utilizan<sup>25</sup>. Es decir, por un lado, se trata de valorar en qué medida el programa cumple sus funciones, desarrollándose según lo previsto en términos de estructuras y funcionamiento y, a través de ello, en qué medida alcanza los resultados para los que se estableció<sup>8, 25</sup>. Y, por otro, para que el programa funcione se necesita hacer valoraciones sobre distintos aspectos de las personas a las que atiende, para determinar, por ejemplo, quien necesita acceder y permanecer en él, cuales son las necesidades concretas que se deben cubrir y en qué medida la atención dispensada contribuye a satisfacer de manera correcta esas necesidades<sup>8, 25, 26</sup>.

Aspectos del funcionamiento individual que permiten también dar respuesta a algunas de las preguntas que debemos hacernos para la evaluación del programa y sus distintos componentes e intervenciones.

La importancia de la evaluación es, en ambos sentidos, cada vez más evidente, aquí como en muchos otros campos de la intervención sanitaria y social, especialmente cuando se trata de servicios que, por un lado, atienden a personas concretas y, por otro, consumen recursos públicos, habitualmente escasos y susceptibles, por tanto, de usos alternativos que deben justificarse razonablemente. En general, la atención comunitaria en salud mental necesita una aproximación tecnológica que supere el exceso de artesanado,

rutina y endeble fundamentación científica y técnica de no pocas de sus prácticas profesionales y, en ese sentido, la necesidad de evaluación no deriva ni única ni principalmente del interés de «administradores» y «políticos», responsables ante los ciudadanos a la hora de pedir cuentas de nuestro trabajo, sino que debería ser una exigencia cotidiana del conjunto de los y las profesionales<sup>7, 21, 27</sup>. De hecho, en el nivel «macro», la evaluación de nuestras intervenciones no solo debe incorporar plenamente esa exigencia «externa» sobre el uso de recursos públicos, sino que tenemos que considerarla como un insustituible mecanismo de aprendizaje y autocorrección, que debe formar parte indisociable de todas y cada unas de nuestras actuaciones<sup>27</sup>.

Y, por otro lado, en el nivel «micro», necesitamos identificar y medir con el mayor rigor posible distintos aspectos individuales sobre los que vamos a trabajar. Y ello, tanto para programar de manera específica nuestras intervenciones, como para comprobar los resultados concretos de las mismas sobre las personas a las que pretendemos apoyar<sup>25, 26</sup>.

Sin embargo, las dificultades reales del tema no deben ser obviadas, ni con carácter general, dada la persistencia de problemas conceptuales, metodológicos e instrumentales diversos, ni, de manera específica en nuestro país, que sigue teniendo un evidente retraso en el desarrollo de este tipo de programas y un todavía escaso énfasis en la aplicación de metodologías de evaluación.

Ante ello, en primer lugar, parece que es preciso un esfuerzo por «desacralizar» el tema<sup>7</sup>. Aunque la evaluación es un campo de desarrollo con aspectos complejos y metodológicamente sofisticados, también tiene dimensiones cotidianas compatibles con la práctica habitual de los profesionales, si se hace un pequeño esfuerzo de sensibilización y aprendizaje metodológico. En realidad, incluso incorporando aspectos de investigación (en definitiva intentar dar respuesta de manera sistemática a preguntas de interés para nuestra práctica), bastantes aspectos de la evaluación de lo que hacemos deben formar parte de nuestras intervenciones y pueden cubrirse con un cierto rigor, pero no necesariamente con procedimientos excesivamente complejos.

En segundo lugar, habría que recordar algunos elementos de metodología general que pueden ser útiles, adaptándolos a nuestro peculiar campo de trabajo. Así, en lo que respecta al programa, parece necesario tener en cuenta algunos aspectos que nos limitamos a enumerar como mero recordatorio y cuya descripción detallada puede obtenerse de cualquiera de los textos o manuales generales disponibles<sup>25, 28-31</sup>.

- a) Los tres «niveles» o «dimensiones» clásicas de la evaluación, referidos por los términos estructura, proceso y resultados. Cada uno de ellos remite a procedimientos distintos, como son el seguimiento o monitorización de las actividades relevantes del programa mediante un sistema de información con indicadores periódicos, la definición de estándares de calidad en una serie de dimensiones o criterios clave para establecer la estructura y funcionamiento deseables en distintos dispositivos e intervenciones, y la evaluación de resultados propiamente dicha. Siendo, sin embargo, este último nivel el que puede permitir dar res-

- puestas razonables al segundo (estableciendo estándares de calidad en función de que dan lugar a resultados útiles) y orientar el desarrollo del primero (identificando actividades e indicadores de funcionamiento relevantes, precisamente por su contribución a obtener dichos resultados).
- b) Los distintos aspectos que cabe incluir también dentro de la evaluación de resultados, según intentemos medir eficacia, efectividad, eficiencia, equidad, satisfacción, etc.
  - c) Los diferentes diseños metodológicos que ofrece la Epidemiología a la hora de evaluar programas y servicios sanitarios y sociales, según se trate de estudios descriptivos u observacionales, analíticos (cohortes, «casos y controles») o experimentales (ensayos controlados), en un orden de validez y fiabilidad creciente en sus resultados, pero también con condiciones de realización cada vez más complejas, no siempre posibles en los contextos reales de funcionamiento de estos programas.
  - d) La aplicabilidad creciente de metodología denominada «cualitativa», que puede permitir aproximaciones razonables a aspectos subjetivos y complejos no siempre fácilmente abordables con metodología cuantitativa, pero que requieren procedimientos igualmente rigurosos si queremos que vayan más allá de la simple opinión personal.

Y finalmente hay que señalar también el desarrollo de instrumentos que permiten medir variables relevantes, entre las que se incluyen tanto algunas referidas a las personas (sociodemográficas, clínicas, habilidades personales, funcionamiento social, satisfacción) como al propio programa (ubicación de los dispositivos, modelos de funcionamiento, mecanismos de coordinación)<sup>25</sup>

Aspectos sobre los que volveremos posteriormente al presentar nuestras propuestas sobre estrategia y metodología, ya en el caso concreto del programa residencial.

## Los programas residenciales para personas con trastornos mentales graves

El segundo aspecto a considerar es el de las principales características de los programas residenciales, tal y como han ido configurándose en distintos países con mayores niveles de desarrollo de la atención comunitaria a personas con este tipo de problemas. Aunque en este campo la regla es la diversidad, hay algunos aspectos que parecen ir conformando un razonable consenso y que deberán por tanto servirnos de referencia. Dado que en otras ocasiones hemos presentado nuestra visión con más detalle<sup>2, 13</sup>, vamos ahora a resumirla como punto de partida para presentar luego nuestras propuestas de evaluación.

Un repaso sistemático de la bibliografía profesional sobre alojamiento de personas con trastorno mental grave confirma el creciente interés por el tema y su consideración como un componente básico de la Atención Comunitaria<sup>2, 3, 5, 13, 17</sup>. Pero permite también constatar que, además de la existencia de problemas terminológicos no resueltos (nombres distintos para un mismo tipo de alojamiento y uso del mismo nombre para hacer referencia

a distintos tipos), hay una importante diversidad de programas, con importantes variaciones en términos de estructura, dotación, mecanismos de gestión y dinámicas de funcionamiento<sup>2, 3, 5, 13, 17, 32-35</sup>. Tampoco son siempre coincidentes las visiones de los diversos agentes implicados (profesionales, familiares y usuarios), coexistiendo a veces perspectivas contrapuestas, oscilantes entre dos polos: el de la rehabilitación y el, aparentemente superado pero todavía presente, de la segregación social<sup>1, 2</sup>.

Sin embargo, a pesar de esa diversidad, hay suficientes elementos para establecer una síntesis, aunque sea provisional, que nos resulte de utilidad. En conjunto, aunque los rigurosos criterios de los revisores de la Colaboración Cochrane<sup>36</sup> siguen reclamando la necesidad de ensayos aleatorios, la información disponible permite calificar algunos programas residenciales como «prácticas emergentes basadas en la evidencia»<sup>37</sup> y, en general, considerar que hay bases razonables para defender su desarrollo.

De hecho la justificación de este tipo de programas (como en general la del conjunto de intervenciones de apoyo social) es doble<sup>1, 21</sup>. Por una parte, porque que hay información empírica razonable sobre su contribución a mejorar, en grados diversos, la estabilidad clínica, el funcionamiento social, las redes sociales y la satisfacción de las personas que los utilizan, además de experiencias consistentes con respecto a la utilidad de un alojamiento para el control de la medicación y la rehabilitación de muchas de esas personas, aunque solo sea mediante el aprendizaje «in vivo» de conductas útiles para la vida en la comunidad<sup>2, 3, 17</sup>. Y, por otra, en la medida en que el alojamiento es en cualquier caso un elemento clave para asegurar la permanencia activa en la comunidad, satisfaciendo una necesidad vital importante, que afecta a sectores minoritarios pero significativos del colectivo de personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves<sup>1, 2, 4</sup>.

## Evolución de los programas residenciales

Los programas han tenido una evolución básicamente similar en la mayoría de los países con sistemas consolidados de atención comunitaria en salud mental, generando cambios progresivos tanto en los modelos de funcionamiento, como en la tipología de dispositivos y en la de las personas que los utilizan<sup>2, 5, 6, 18</sup>.

Así, desde una situación inicial en que el alojamiento era una prolongación de la atención sanitaria, que buscaba (bajo el nombre de «estructuras intermedias», casas «a medio camino», dispositivos de entrenamiento, o similares) espacios alternativos al Hospital Psiquiátrico o lugares para intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras, se fue pasando progresivamente a la provisión de alojamientos, considerados como «hogares donde vivir»<sup>38</sup>, con el mayor nivel de normalidad y autonomía posible.

Pero también, desde esa nueva perspectiva, se va pasando desde un modelo de «continuum residencial», que ofrece una gradación de dispositivos con distintos niveles de apoyo y programa itinerarios individuales hacia niveles de mayor autonomía, a otro de «apoyo residencial», que da mucho más peso a las preferencias personales, fomenta la utilización de la vivienda propia y establece mecanismos de apoyo flexibles y adaptados a la diversidad de necesidades de las personas afectadas<sup>2, 6, 9, 12, 18, 39-41</sup>. Modelos que

tienen implicaciones alternativas en relación con aspectos funcionales relevantes.<sup>18, 34</sup>

Y, paralelamente, se produce una evolución en la tipología de residentes, desde una población inicial de personas con largos periodos de institucionalización y situaciones bastante homogéneas en términos de dependencia y «conformismo», a un abanico más amplio que combina personas con diferentes niveles de autonomía y dependencia, diferentes situaciones familiares y más diversas procedencias<sup>2, 6, 9, 12, 18</sup>. Nueva población que presenta también mayores exigencias en términos de calidad, intimidad y capacidad de elección<sup>2, 14, 16</sup>. Y son en gran medida esos cambios en las personas los que están en el origen de la evolución de los modelos de atención.

### Tipología y dotación de dispositivos

La información disponible muestra también grandes variaciones territoriales, tanto en el número como en la tipología de estructuras o dispositivos residenciales, reflejando las dificultades metodológicas que, como luego veremos, afectan a la evaluación de necesidades de atención y complican a su vez las posibilidades de extrapolación de las experiencias internacionales<sup>2, 5, 13, 17, 31, 42, 43</sup>.

Pero también varían considerablemente distintos aspectos de la estructura y funcionamiento de estos programas<sup>2, 4, 5, 39, 44-46</sup>. Así, en lo que respecta a las funciones básicas que asumen, son habituales las de residencia, manutención, relaciones sociales y apoyo interpersonal, pero su combinación y mecanismos de cobertura son variables, como lo es la presencia de funciones de rehabilitación o, la utilización en algunos casos, de algún espacio residencial como alternativa a la hospitalización, de corta o de larga estancia<sup>47-49</sup>. Y, por último, varía la temporalidad de utilización de los dispositivos, con distintas combinaciones de uso temporal y permanente, pero con una tendencia creciente a esta última, especialmente en los modelos de «apoyo residencial»<sup>13, 50</sup>.

En lo que se refiere a la gradación de alternativas residenciales suele ser tanto más compleja cuanto mayor es la envergadura del programa y su tiempo de desarrollo. Lo habitual es que haya, al menos, modalidades de apoyo en el propio domicilio, pequeñas unidades sin personal permanente, y unidades con personal, que enlazan en algunos programas con unidades sanitarias o de carácter mixto. Aunque, según los contextos, sean muy diferentes tanto los nombres como las posibilidades intermedias (que intentan adaptarse a la extrema variabilidad de necesidades del colectivo) con las que cuentan los programas, siendo también habituales los solapamientos entre unos y otros tipos<sup>2, 3, 9, 18, 31</sup>.

Muy relacionada con la tipología se encuentra la dotación de recursos humanos, que presenta igualmente mucha diversidad en relación con el tipo de dispositivo pero también con las pautas locales, encontrándonos con ratios residente/personal que van desde más de 20 hasta menos de uno. Tampoco hay homogeneidad en los niveles de cualificación ni en los mecanismos, generalmente escasos, de formación, aunque hay un interés creciente por la aplicación del concepto «emoción expresada», tanto para entender las interacciones entre usuarios y personal como para orientar la formación de este.<sup>2, 3, 5, 13, 51-56</sup>

Finalmente, también son variables las dependencias administrativas y los mecanismos de financiación y gestión de los programas según sean públicos, privados pero sin fines de lucro o privados en sentido estricto. Varían también los niveles y mecanismos de coordinación con los servicios de salud mental, tendiendo a disminuir los sistemas que mantienen una dependencia sanitaria en sus estructuras residenciales<sup>2, 12</sup>.

### Efectos sobre los residentes

Aunque, como ya hemos señalado, no hay ensayos controlados con distribución aleatoria<sup>36</sup> hay sin embargo una evidencia razonable para caracterizar el efecto de distintos programas residenciales sobre las personas con trastornos mentales graves que los utilizan<sup>2, 3, 5, 12, 14-16</sup>. Así, tanto estudios de gran envergadura (entre los que destaca el realizado en el Reino Unido por el TAPS<sup>33, 38, 57, 58</sup>, liderado por Julian Leff y cuyas principales características se resumen en el Cuadro 1) como otros más limitados y parciales, ponen de manifiesto una imagen bastante consistente en relación con los efectos que un alojamiento razonable tiene a la hora de mejorar incluso la situación clínica, pero especialmente el funcionamiento personal y social, los contactos y redes sociales y, en general todo lo que hace referencia a la «calidad de vida» y el nivel de satisfacción de dichas personas<sup>2, 3, 5, 12, 14-16</sup>. Efectos positivos que guardan relación con factores diversos, entre los que se han estudiado el tamaño de los dispositivos (mejor cuanto más pequeños), o distintos aspectos de funcionamiento interno, como los modelos de atención (entre los polos «custodial» y «rehabilitador» o de «recuperación») o la participación de los residentes en la toma de decisiones<sup>2, 3, 5, 59-69</sup>.

Hay que señalar también el papel de los niveles de actividad, describiéndose incluso algún efecto «paradójico», relacionado con la probable existencia de un grupo de pacientes con afectación importante pero que se benefician de entornos con menos personal y menores niveles de exigencia y actividad. Además de la repercusión, ya mencionada, de los niveles de emoción expresada y de los entornos vecinales, incluyendo los efectos del estigma social<sup>70-74</sup>.

CUADRO 1. Estudio del TAPS<sup>33, 38, 57, 58</sup>

<p>Estudio longitudinal desarrollado por el «Team for the Assessment of Psychiatric Services» desde el año 1985, liderado inicialmente por Julian Leff y continuado por Noam Trieman</p> <p>Su objetivo fué evaluar el proceso de cierre de dos Hospitales Psiquiátricos (Friern y Claybury) en la región de Londres, comparando la situación de las residentes antes y después de la salida</p> <p>Se estudian 770 pacientes de más de un año de estancia, excluyendo aquellos diagnosticados de Demencia, y considerando:</p> <p>Variables individuales de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico y situación clínica</li> <li>Funcionamiento social</li> <li>Habilidades para la vida diaria</li> <li>Redes sociales</li> <li>Actitudes y satisfacción</li> </ul>
---

CUADRO 1. Estudio del TAPS (Continuación)

<p>Y variables de los dispositivos de origen y de acogida Situación dentro de la comunidad y accesibilidad Modelos de funcionamiento Coste</p> <p>Estudiándose además la situación de diversos grupos específicos, entre otros el colectivo de pacientes considerados «difíciles de situar»</p> <p>Dio lugar a un número importante de publicaciones tanto en una serie específica con más de 40 artículos como en otro tipo de publicaciones</p> <p>Y sus principales conclusiones son que el cambio No afecta mucho a la sintomatología positiva Mejora la sintomatología negativa y el funcionamiento social Incrementa las redes sociales Aumenta la satisfacción Permite atender a distintos grupos de pacientes, incluso con graves problemas Y supone un coste medio razonable, si bien la atención en la comunidad de un reducido grupo de pacientes más complejos supone un coste superior</p> <p>En él se desarrollan varios instrumentos útiles para la evaluación de los programas residenciales</p>
--

### Un intento de síntesis operativa

Si resumimos aún más esa información, intentando que pueda servirnos de guía para el diseño de una estrategia de evaluación, a través de una definición de lo que podríamos llamar «estándar de referencia» con el que comparar los datos que se obtengan, tendríamos que poner el acento en los siguientes aspectos:

1. Una fracción de las personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos mentales graves necesita en algún momento de su evolución algún tipo de apoyo residencial, aunque no parece existir un procedimiento objetivo, riguroso y consensado que permita su identificación previa ni a efectos de planificación ni de determinación de prioridades.
2. Aunque los modelos de prestación están en evolución, desde la atención comunitaria se pone el énfasis en aspectos de rehabilitación y recuperación frente los paliativos y custodiales. Y, desde esa orientación, lo razonable parece hoy una combinación de estructuras diversas, con distintos tipos de apoyo presencial, y de sistemas de sostenimiento en el propio domicilio, siendo esta última la opción preferible siempre que sea posible.
3. El programa debe mantener una cierta autonomía en relación con la atención sanitaria, pero necesita una buena coordinación con ella, dentro de una planificación conjunta y una atención personal coordinada.
4. Aunque los dispositivos no son un espacio sanitario, si permiten apoyar el desarrollo de una serie de funciones vitales básicas, además de contribuir al desarrollo de habilidades necesarias para la vida cotidiana («rehabilitación» no especializada)

5. Y, por último, para cumplir sus funciones, el alojamiento debe buscar entornos vecinales normales (donde vive el resto de la población), que permitan el acceso a los servicios y a las oportunidades de relación y participación social. Y los dispositivos específicos deben basarse en funcionamientos participativos, tener un tamaño pequeño y un régimen de actividades adaptado a las necesidades concretas de los residentes en un entorno funcional lo más parecido a un auténtico hogar.

### La evaluación en el contexto residencial. Estrategia general y metodología

En ese contexto y teniendo en cuenta nuestra posición con respecto a la evaluación, consideramos que básicamente debemos integrar distintas aproximaciones en una estrategia general, que pretende obtener de manera sistemática la información relevante para garantizar un correcto funcionamiento del programa, tanto en sus niveles «macro» como «micro». En ese sentido, las preguntas relevantes a las que deberíamos intentar contestar son al menos las siguientes:

1. ¿Quién necesita atención residencial, en términos de población y de personas concretas?
2. ¿Reciben atención todas las personas que lo necesitan y, si no es así, quienes son las que la reciben y las que no?
3. ¿Qué tipo de necesidades concretas presentan las personas que son atendidas?
4. ¿Qué respuestas da el programa a esas distintas necesidades en términos de dispositivos, intervenciones internas y coordinación con otros servicios y programas de atención y a que coste?
5. ¿Qué repercusiones tiene el programa sobre las personas que reciben atención y sobre el conjunto de las personas con trastornos mentales graves?

Cada una de estas preguntas tiene a su vez diferentes dimensiones, cuya exploración requiere por su parte metodologías e instrumentos específicos que no siempre están disponibles en el contexto tecnológico actual ni, cuando lo están, cuentan siempre con una traducción, adaptación y validación en nuestro país. A continuación presentamos nuestra valoración sobre algunos de los que permiten contestar al menos a una parte importante de esas preguntas.

### La determinación de necesidades de atención

Como ya hemos mencionado este es un área solo parcialmente cubierta por la metodología disponible, tanto en sus aspectos poblacionales (determinación de necesidades de plazas de distintos tipos) como individuales (selección de las personas concretas que deben acceder a ellas y establecimiento de un orden de prioridad).

Con respecto al primer aspecto no hay actualmente un procedimiento riguroso que permita calcular cuantas personas de la población general necesitan o van a necesitar algún tipo de atención residencial en razón de padecer algún trastorno mental grave, contestando con ello una

pregunta clave para la planificación<sup>2, 3, 5, 12</sup>. Carencia que se refleja en la ya referida disparidad de tasas de plazas, que se añade a las diferencias de tipología en las prestaciones, entre distintos países, incluso aquellos que tienen un mayor nivel de desarrollo de la atención<sup>2, 5, 17, 23, 42, 75</sup>, y que se debe a una serie de dificultades a distintos niveles del proceso de estimación de esa necesidad.

Dificultades «macro» que enlazan con los aspectos «micro», ya que una de las más importantes es la carencia de una metodología rigurosa para determinar cuando una persona concreta diagnosticada de trastorno mental grave tiene necesidad de dicha atención, aunque aquí podemos encontrar al menos algunos instrumentos de relativa utilidad.

El problema básico es la ausencia de un modelo explicativo claro y preciso, que identifique las variables relevantes que intervienen en el hecho de que una persona con un trastorno mental grave necesite un espacio específico para vivir<sup>2, 3, 5, 12</sup>. Problema que está actualmente encima de la mesa en nuestro país en relación con la implantación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia<sup>76</sup>. Hay informaciones parciales que incluyen variables clínicas (gravedad y persistencia de los síntomas, dificultades de seguimiento de la atención sanitaria prescrita), de funcionamiento (funcionamiento social, habilidades básicas para la vida diaria) y de disponibilidad del entorno (apoyo familiar, redes sociales), que no siempre son fáciles de medir ni menos aún de combinar en algún tipo de algoritmo que permita valorar y decidir en consecuencia.

En concreto y con respecto al número de plazas necesarias, hay que mencionar que siguen siendo complicados y costosos, además de discutibles en no pocos aspectos, los

procedimientos de estimación de la prevalencia de personas con trastornos mentales graves y que no disponemos de metodologías consensuadas y precisas para establecer, dentro de ese colectivo, la fracción que necesita atención residencial. De hecho y como ya se ha mencionado, dicha fracción no es fija por depender de múltiples factores, entre ellos la gravedad de la enfermedad y discapacidad que genera en la persona afectada, la capacidad de contención del entorno familiar y comunitario, la estructura, dotación y capacidad de atención de los servicios de salud mental, etc. Factores que varían sustancialmente en territorios concretos y en su evolución temporal. De ahí, en el nivel «macro», la ya mencionada disparidad de cifras internacionales y la necesidad de cálculos locales concretos, contextualizados y flexibles, que solo pueden funcionar como «aproximaciones sucesivas», con importantes «intervalos de confianza»<sup>2, 3, 5</sup>.

Y también que, en el nivel «micro», la estimación de la necesidad y la decisión de acceso a un programa se toman todavía en función de procedimientos similares a la típica «decisión clínica»<sup>77</sup>, con un componente artesanal importante y su consiguiente variabilidad entre profesionales y servicios. En nuestro país tampoco el procedimiento formal del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia parece capaz de asegurar una validez y fiabilidad indiscutibles, si bien su funcionamiento puede estar resultando menos malo de lo que se preveía, teniendo en cuenta tanto algunos estudios iniciales sobre el Baremo, como su aplicación a poblaciones atendidas en nuestro programa residencial. Aspectos que están siendo analizados por nosotros pero sobre los que no disponemos todavía de información concluyente.

CUADRO 2. Instrumentos utilizados con fines de selección en el acceso

Nombre	Características	Validación y adaptación española
<p>BELES</p> <p>(Basic Everyday Living Skills)</p> <p>Habilidades básicas de la vida diaria</p>	<p>Desarrollado por el TAPPS para la evaluación en entornos residenciales</p> <p>Valora el funcionamiento en autocuidados, habilidades domésticas, habilidades comunitarias y relaciones sociales</p> <p>Dos puntuaciones, una relacionada con el desempeño y otra con la oportunidad de ejercerlo</p> <p>La información se obtiene de un miembro del personal</p>	<p>Presentación original de O'Driscoll y osts., 1993<sup>58</sup></p> <p>Versión en castellano y validación de fiabilidad de Jimenez y osts., 2000<sup>78</sup></p>
<p>LSP</p> <p>(Life Skills Profile)</p> <p>Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana</p>	<p>Desarrollado con fines tanto de investigación como de trabajo cotidiano. Se ha utilizado para predecir tipos de atención</p> <p>Valora habilidades necesarias para vivir en la comunidad incluyendo autocuidados, comportamiento social interpersonal y no personal, comunicación y contactos sociales y vida autónoma</p> <p>Hay una versión larga (39 ítems) y otras más reducidas, siendo importante la de 20 ítems que permite también valorar las subescalas</p> <p>La información se obtienen de una persona próxima</p>	<p>Versiones originales de Rosen y osts., 1989<sup>79</sup></p> <p>Rosen y osts., 2001<sup>80</sup></p> <p>Versiones en castellano y validación de Bulbena, Fernández de Larrinoa y osts., 1992<sup>81,82</sup></p> <p>Burgés y osts., 2007<sup>83</sup></p>
<p>Saint Louis Inventory of Community Living</p>	<p>Elaborado para predecir el nivel de atención residencial necesaria</p> <p>Valora el nivel de funcionamiento en 15 tipos de habilidades necesarias para la vida en la comunidad</p> <p>La información se obtienen de una persona próxima</p>	<p>Versión original en Fitz y osts., 1995<sup>84</sup></p> <p>Traducido (pero todavía no validado) por nosotros</p>

CUADRO 2. Instrumentos utilizados con fines de selección en el acceso (Continuación)

Nombre	Características	Validación y adaptación española
Saint Louis Inventory of Community Living	Elaborado para predecir el nivel de atención residencial necesaria Valora el nivel de funcionamiento en 15 tipos de habilidades necesarias para la vida en la comunidad La información se obtienen de una persona próxima	Versión original en Fitz y ots., 1995 <sup>84</sup>  Traducido (pero todavía no validado) por nosotros
Otros instrumentos utilizados (sin traducción ni validación española): Independent Living Skills Survey (ILSS) <sup>85</sup> Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH) <sup>86</sup> University of California, San Diego, Performance-Based Skills Assessment (UPSA) <sup>87</sup>		
BVD  Baremo de valoración de la Dependencia	Cuestionario oficial de medida de la situación de dependencia  Valora distintas dimensiones que implican dependencia para actividades de la vida diaria, con algunas especificidades relativas a personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental  Información directa de la persona y de alguien próximo	Sin validación oficial (algunos estudios en curso)
Cuestionarios de carga familiar Distintos instrumentos, la mayoría sin traducción ni validación española Hay versión española validada de:  IEQ (Involvement Evaluation Questionnaire) de Schene, que mide carga objetiva y ha sido utilizado en el estudio EPSILON (Wijngaarden y ots, 2000 <sup>88</sup> ; Thornicroft y ots, 2006 <sup>89</sup> )  FBIS-SF (Family Burden Interview Schedule- Short Form) de Tessler <sup>90</sup> , más completa y de fácil aplicación, cuya versión española (FICOS-II) es del grupo PSICOST (Vilaplana y ots., 2007) <sup>91</sup>		

A nivel internacional se describen en la literatura algunos procedimientos basados en el empleo de algunos instrumentos de evaluación de habilidades para la vida cotidiana, con resultados aceptables en términos de su capacidad predictiva sobre la adaptación de la persona a distintos entornos residenciales<sup>3, 5, 81-87, 92-95</sup>, aunque hasta el momento esos resultados no han sido replicados formalmente en nuestro contexto (Ver Cuadro 2). Nosotros hemos utilizado uno de ellos, el LSP<sup>79, 81, 82</sup>, en la ya referida evaluación inicial del funcionamiento del Baremo de Valoración de la Dependencia, cuyos resultados están todavía en fase de análisis.

Hay sin embargo una dimensión que, al menos en la teoría, parece clave para valorar la conveniencia de entrar en un programa residencial, que es la relativa a la «capacidad» y «disponibilidad» del entorno familiar<sup>89-92, 96, 97</sup>. Y sin embargo no es objeto de exploración sistemática ni dispone de instrumentos validados en función del objetivo residencial, más allá de medir la carga familiar en sentido general con instrumentos del tipo de los referidos en el Cuadro.

### *Características de las personas que pueden utilizar y utilizan el programa*

Por lo que acabamos de decir, habitualmente no estamos en condiciones de valorar fácilmente si todas las personas que necesitan atención residencial la reciben. Como una aproximación al tema podemos sin embargo analizar las características de las personas atendidas por los servicios de salud mental en un territorio concreto, recurriendo para ello a la aplicación de algunos de los instrumentos descritos en el apartado anterior y añadiéndole algún cuestionario general de evaluación de necesidades<sup>98</sup> que incorpore el área residencial. Aunque su capacidad predictiva a este respecto no está testada, el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN)<sup>99, 100</sup> puede dar una primera información al respecto (Cuadro 3). Otro instrumento alternativo de medición de necesidades, el Needs for Care Assessment MRC-NCA)<sup>98, 101</sup> es más complicado y no explora directamente el área residencial aunque si da información útil para identificar distintos tipos de necesidades que pueden cubrirse en el mismo.

CUADRO 3. Un instrumento de medición de necesidades que incluye el área residencial

Cuestionario	Características	Validación y adaptación española
CAN (Camberwell Assessment of Needs)  Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell	Desarrollado por el equipo del PRISM (Thornicroft)  Evalúa las distintas necesidades que presentan las personas con trastornos mentales graves, en 22 áreas funcionales incluyendo específicamente el alojamiento (además de otras áreas relacionadas con el mismo)  Dos versiones, una para investigación y otra “clínica”	Versión original de Phelan y ots. 1995 <sup>99</sup>  Versión española de Jimenez y ots., 1997 <sup>100</sup>

Se pueden valorar también, con idéntica metodología, las personas en situación de espera para acceder a un recurso residencial, es decir aquellas que han sido objeto de una indicación por parte del personal sanitario. Pero en ambos casos y especialmente en este último, es difícil eliminar lo que podemos denominar «sesgos de selección», ya que es fácil entender que el que una persona esté siendo atendida en un servicio de salud mental y haya sido derivada por éste al programa no asegura de manera indiscutible que dicha persona lo necesite, ni en general ni en mayor medida que otras que no han sido atendidas o derivadas.

Más fácil es valorar en que medida las personas que son atendidas tienen realmente necesidades de atención, determinando la gravedad de sus discapacidades en este área y comparando sus características, por un lado con la de las personas atendidas en servicios generales y por otro con diversos tipos de poblaciones institucionalizadas. Así, por ejemplo, en nuestro caso esa comparación ha permitido constatar que las personas atendidas en nuestro programa eran similares a las que anteriormente estaban recluidas en las instituciones tradicionales<sup>14, 15, 102</sup>, lo que parece garantizar que, al menos, se está atendiendo a personas necesitadas, además de mejorar su situación con respecto a la de generaciones anteriores.

Para ello y tal y como resume el Cuadro 4, es útil ordenar información sobre variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y de uso de servicios. Así como la medición de las repercusiones de la situación sobre la familia, utilizando algunos instrumentos ya referidos de carga familiar (Ver Cuadro 2).

CUADRO 4. Variables e Instrumentos para describir características de usuarios y usuarias

<p><i>Variables sociodemográficas</i></p> <p>Habitualmente: edad, sexo, nivel educativo, tipo de convivencia, ingresos, situación jurídica,...</p> <p>Hay distintos cuestionarios pero lo habitual es elaborar uno específico, a ser posible integrado en un Sistema de Información y con información compatible con la del Censo de Población, a fin de poder elaborar tasas con el referente de la población general</p>
<p><i>Variables clínicas</i></p> <p>Diagnóstico y Sintomatología</p> <p>Hay distintos instrumentos que permiten obtener un diagnóstico y sistematizar la sintomatología de manera precisa a efectos de investigación (PSE-SCAN, PANSS, etc.)<sup>26, 103</sup>.</p> <p>Por su utilidad en contextos cotidianos hay que mencionar:</p> <p>HONOS (Health of the Nations Outcome Scale)</p> <p>Elaborado en el Reino Unido por Wing, específicamente diseñado para su uso en el contexto cotidiano de los servicios. Evalúa tanto síntomas como algunos aspectos funcionales y suministra una puntuación que sirve en términos comparativos, utilizándose en servicios públicos de distintos países.</p>

CUADRO 4. Variables e Instrumentos para describir características de usuarios y usuarias (Continuación)

<p>Publicación original de Wing y ots., 1994<sup>104</sup></p> <p>Versión en castellano (sin validación) de Uriarte y ots., 1999<sup>105</sup></p> <p>BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)</p> <p>Escala clásica de evaluación con varias versiones (10, 18 y 14 ítems) , aplicable preferentemente a personas con Esquizofrenia y muy utilizada en distintos estudios</p> <p>Publicación original de Overal y ots., 1962<sup>106</sup></p> <p>Validación de la versión española incluida en la de la escala PANS en Peralta y ots., 1994<sup>107</sup></p> <p>Uso de servicios</p> <p>Se trata de describir la utilización de recursos sanitarios y sociales, especialmente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Episodios de hospitalización (n.º y duración)</li> <li>Intervenciones específicas (fármacos, psicoterapia, programas de rehabilitación, ...)</li> </ul> <p>Habitualmente mediante cuestionarios elaborados específicamente</p>
<p><i>Habilidades para la vida cotidiana</i> (Ver Cuadro 2)</p>
<p><i>Funcionamiento social</i></p> <p>SBS (Social Behaviour Schedule)</p> <p>Escala de Conducta Social</p> <p>También utilizada en el estudio del TAPS, permite evaluar distintas alteraciones de conducta que pueden generar dificultades de manejo en el contexto familiar o residencial, basándose en información del personal o persona próxima. Se obtienen perfiles generales y puntuaciones específicas para dos niveles de gravedad.</p> <p>Publicación original de Sturt y ots., 1986<sup>108</sup></p> <p>Traducción y validación española de Vazquez y ots., 1994<sup>109</sup></p> <p>SFS (Social Functioning Scale)</p> <p>Escala de Funcionamiento Social</p> <p>Desarrollada en el marco de programas de psicoeducación familiar pero útil para describir distintos aspectos del funcionamiento social (integración social, conducta interpersonal, autonomía en ejecución y en competencia, actividad prosocial y empleo)</p> <p>Publicación original de Birchwood y ots., 1990<sup>110</sup></p> <p>Traducción y validación española de Vazquez y ots., 2000<sup>111</sup></p>
<p><i>Redes Sociales</i></p> <p>SNS (Social Network Schedule)</p> <p>Utilizado también en el estudio del TAPS para medir la cantidad y calidad de contactos sociales de las personas, permitiendo obtener puntuaciones numéricas que pueden compararse.</p> <p>Publicación original de Leff y ots., 1990<sup>112</sup></p> <p>Hay alguna traducción española, pero no publicada formalmente ni validada</p> <p>QSRS (Questionario Sulla Rete Sociale)</p> <p>Cuestionario de Redes Sociales (CURES)</p> <p>Desarrollado para aplicar a familiares pero utilizable en este contexto</p> <p>Publicación original de Magliano y ots., 1998<sup>113</sup></p> <p>Traducido y validado por nosotros, en García Cubillana y ots., 2004<sup>114</sup></p>



### Características de los dispositivos residenciales

Otro aspecto importante es el de los dispositivos o estructuras de atención habitualmente existentes en un programa residencial concreto. Su evaluación parte de la descripción general, prolongándose habitualmente en algún conjunto de indicadores de estructura y procesos de funcionamiento del tipo de los recogidos en el Cuadro 5. Dada la variabilidad ya indicada de las estructuras de los programas en distintos contextos territoriales es prácticamente imposible disponer de instrumentos estandarizados, por lo que tendrán que elaborarse de manera específica en cada caso, aunque algunos aspectos puedan ser comunes<sup>11</sup>.

CUADRO 5. Indicadores habituales de estructura y funcionamiento

Distribución por tipos de dispositivo o programa (n.º, plazas...)
Estándares de calidad de estructura (superficie por residente, habitaciones individuales, dobles, etc...)
Estándares de calidad en funcionamiento (atención individual...)
Indicadores de funcionamiento y coordinación (entradas y salidas, rotación, tiempo de estancia...)
Costes (totales, parciales y por persona atendida)

Pero además de esta descripción inicial y la monitorización del desarrollo del programa, hay un instrumento que consideramos especialmente útil para obtener información relevante sobre dos aspectos claves del funcionamiento de los dispositivos. Se trata del Índice Ambiental<sup>115, 116</sup>, desa-

rollado por el ya mencionado estudio del TAPS<sup>58, 117</sup> y algunas de cuyas características se resumen en el Cuadro 6.

Como puede verse en el Cuadro, el instrumento tiene dos partes, la primera de ellas orientada a evaluar la localización del dispositivo en relación con determinados servicios básicos, intentando medir en que medida se integra en un entorno residencial o se localiza de manera aislada, al estilo de las instituciones tradicionales. Y la segunda, a través de un denominado «Índice de restrictividad», intenta valorar el funcionamiento del dispositivo situándolo en una escala que va desde el ambiente característico de un hogar individual o familiar pequeño al de una institución cerrada. A nosotros nos ha resultado útil tanto para caracterizar algunos aspectos funcionales de nuestras estructuras residenciales<sup>11, 13</sup>, como para orientar desde dicha información la formación del personal.

Otro área de interés aunque no fácil de explorar es la del personal, variable clave en programas sanitarios y sociales, aunque difícil de estudiar de manera sistemática y fiable. Hay que incluir aquí las descripciones tradicionales de «ratios» (personal por persona atendida o viceversa), la estructura funcional y jerárquica así como los perfiles profesionales y curriculares de las personas que trabajan en el programa<sup>13, 118-120</sup>. Pero sería útil poder considerar también el ya mencionado concepto de «emoción expresada»<sup>121-124</sup>, que intenta medir pautas de interacción emocional y que, al igual que en el caso de la familia, parece tener alguna relación con el efecto del programa y con la evolución de las personas atendidas<sup>2, 3 5, 13, 51-56, 123</sup>. Pero su medición es compleja si se quiere que sea válida y fiable, ya que el instrumento estándar, la entrevista de Camberwell<sup>125</sup> es complicado y costoso, y aunque hay instrumentos alternativos más fáciles de aplicar<sup>126, 127</sup>, no han sido utilizados en este campo y parecen plantear algunas dudas sobre la precisión de sus mediciones<sup>128</sup> (Cuadro 7).

CUADRO 6. Índice Ambiental

Instrumento	Características	Traducción y validación española
EI (Environmental Index) IA (Índice ambiental)	Desarrollado por el TAPS sobre la base de un instrumento previo de Wing  Trata de medir dos aspectos básicos de dispositivos residenciales (ver cuadros inferiores) y hospitalarios  Obtienen la información de la persona responsable del dispositivo	Versión original en O'Driscoll y ots, 1993 <sup>115</sup>  Versión española en Jordá y ots., 1990 <sup>116</sup>
<i>Accesibilidad a servicios comunitarios</i> Preguntas sobre distancias a pie y en transporte público a servicios básicos: Instalaciones comerciales Cines Cafeterías Jardines Otros servicios públicos Valorable de 0 a 28	<i>Ambiente y normas de funcionamiento</i> Preguntas sobre normas de funcionamiento interno que suponen restricciones en: Actividades Pertencencias Comidas Salud e Higiene Habitaciones Servicios  Valorable según un Índice de Restrictividad que puede ir de 0 (entorno sin restricciones) a 55 (entorno muy restrictivo)	

CUADRO 7. Exploración de los niveles de emoción expresada

Instrumento	Características	Traducción y adaptación española
CFI (Camberwell Family Interview) Entrevista familiar de Camberwell	Desarrollada a partir de trabajos de Brown y Wing y utilizada para medir el constructo Emoción expresada de Leff y Vaughn. Es válida y fiable, pero implica la grabación en video y una interpretación sistemática complicada, lo que la hace difícilmente compatible con el contexto cotidiano	Versión original de Brown y osts., 1966 <sup>129</sup> Vaughn y osts., 1976 <sup>125</sup>  Hay versión española aunque sin una publicación específica
Five Minutes Speech Muestra de habla de 5 minutos	Más simple pero con algunas dudas sobre su validez, por lo que suele utilizarse menos, a pesar de ser más compatible con el trabajo cotidiano	Versión original de Magaña y osts., 1986 <sup>126</sup>  Hay versión española aunque sin una publicación específica <sup>130</sup>

También en relación con el personal está el estudio de los niveles de sobrecarga de las personas que trabajan en el programa, utilizando para ello distintos instrumentos de evaluación de los denominados «riesgos psicosociales»<sup>131, 132</sup>. En el caso de las personas que trabajan en estructuras residenciales para personas con TMG se entremezclan factores generales con los derivados de la atención a personas con este tipo de problemas. Aunque no hay una metodología consensuada, nosotros hemos utilizado una batería de instrumentos incluyendo el «Cuestionario de Salud General» (GHQ) de Goldberg<sup>133</sup> y dos instrumentos específicos: uno de carga subjetiva en general, basado en el modelo clásico de «carga control» derivado del «Job Content Questionnaire» (JCQ)<sup>132, 134</sup> y otro centrado en la sobrecarga derivada del trabajo con personas con enfermedades mentales (MHPSS)<sup>135</sup>. Estudio del que estamos a punto de disponer de una primera presentación de resultados, que pretendemos utilizar para mejorar la organización del trabajo y la formación del personal, aspectos que es razonable suponer guardan relación con la atención que se dispensa en el programa, si bien esta suposición carece por el momento de información empírica concreta que la respalde.

Finalmente hay que hacer mención a los estudios de costes<sup>136, 137</sup>, difíciles de sistematizar de manera uniforme dadas las tantas veces mencionadas diferencias de estructura, dotación y funcionamiento de este tipo de programas. Hay que señalar evidentemente que el estudio debe tener en cuenta las características específicas de cada programa y dispositivo a la hora de calcular los costes directos y tomar en consideración datos sobre estándares de calidad en estructura y funcionamiento «interno» (plazas en cada dispositivo, «calidad hotelera», número y cualificación del personal adscrito, etc.) y «externo» (prestaciones sanitarias y sociales generales) a efectos comparativos con otros programas o alternativas de atención. Y añadir a la mera descripción o análisis de costes los datos referidos

a los resultados obtenidos, para dar lugar a los correspondientes indicadores de eficiencia (coste efectividad, coste utilidad y coste beneficio<sup>138</sup>).

### Necesidades a atender

En relación con las características concretas de las personas que pretende atender el programa tiene interés la evaluación específica de aquellas áreas de necesidad que pueden ser cubiertas, ya sea de manera interna, ya requiriendo la colaboración de otras áreas de atención, especialmente los servicios sanitarios generales y especializados en salud mental.

A este respecto en nuestro caso utilizamos, para la elaboración de un Plan Individual de Atención Residencial<sup>11</sup>, un instrumento ya mencionado (BELS)<sup>15, 58, 78</sup>, derivado también del estudio del TAPS. Para ello hemos mantenido la estructura del instrumento inicial, añadiéndole algunos ítems y eliminando otros, para explorar distintas áreas de necesidad y establecer las tareas y prioridades de atención (Cuadro 8).

El instrumento se rellena al inicio y se revisa al menos anualmente e incluye una puntuación numérica consensuada, permitiendo así obtener una información más útil para la programación, desarrollo y evaluación de la atención que la que podemos obtener con los instrumentos anteriormente referidos de evaluación de necesidades (Ver Cuadro 3).

Aunque su implantación es todavía irregular, en términos de la calidad de la información recogida, el instrumento está resultando muy útil para la organización de la atención dentro del programa y su encaje en la programación general de la atención, regulada en Andalucía por un protocolo común a servicios sanitarios y de apoyo social (Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave<sup>139</sup>).

CUADRO 8. Plan Individualizado de Atención Residencial (FAISEM)<sup>11</sup>

Áreas	Tipos de necesidades	Actividades
Situación de salud	Estado somático general Sintomatología psicopatológica Problemas de conducta Consumo de tóxicos Riesgo de suicidio	Detectar problemas y buscar atención sanitaria  Cooperar en la atención
Habilidades personales básicas	Autocuidados Habilidades domésticas Habilidades comunitarias Actividad y relaciones sociales	Evaluar coordinadamente con Salud Mental  Desarrollar programas de intervención coordinados, de bajo nivel de especialización
Otras áreas	Situación económica Relaciones sociales Sexualidad Educación Ocupación, actividad y empleo	Detectar problemas y buscar atención intersectorial (Salud, Servicios Sociales, Educación, Empleo, Otros programas de FAISEM)  Cooperar en la atención

## Resultados

El aspecto fundamental de la evaluación es sin embargo el de los resultados, es decir la valoración de en que medida lo que hacemos en el programa contribuye a cumplir los objetivos establecidos y, especialmente, en lo que se refiere a sus efectos sobre la situación concreta de las personas atendidas.

A este respecto hay, sin embargo, varios aspectos que contemplar. En primer lugar, hay que diferenciar los resultados generales del programa en relación con los objetivos establecidos en el mismo (personas atendidas, calidad de las estructuras e intervenciones, coste) y los resultados concretos alcanzados en relación con sus usuarios y usuarias así como con sus familias<sup>25</sup>. Digamos que en el primer caso estamos valorando resultados relativos a variables «internas» o «intermedias», cuya justificación está vinculada a las auténticas variables «finales» o de resultados en sentido estricto, que son lógicamente las relacionadas con las personas concretas objeto de atención<sup>140, 141</sup>. Pero también tendría sentido intentar medir los efectos del programa sobre el conjunto de la atención a las personas con trastorno mental grave, evaluando sus repercusiones sobre la aceptación social del colectivo (actitudes sociales y estigma<sup>70</sup>), si bien este último objetivo exigiría diseños metodológicos bastante más complejos.

En el caso de las personas atendidas, hay que considerar los efectos sobre los aspectos referidos anteriormente, a la hora de evaluar su situación y sus necesidades de atención en el momento de la entrada en el programa. Así, hay que medir de nuevo y comparar con el momento inicial parámetros clínicos, uso de servicios, habilidades sociales, funcionamiento social, redes sociales y satisfacción, tanto con el programa como, en sentido más general, con su situación global a través del concepto «calidad de vida»<sup>142-144</sup>. Aspectos que cuentan con algunos instrumentos útiles, unos ya mencionados (Cuadros 2 y 5) y otros resumidos en el Cuadro 9.

La evaluación se obtiene así comparando los valores iniciales y finales, siempre que se cumplan determinados requisitos metodológicos que determinan el grado de validez y

fiabilidad de la estimación del efecto causal<sup>28, 145, 146</sup>. Requisitos que tienen que ver, además de con las características de los instrumentos y la rigurosidad de su aplicación, con los distintos diseños de estudio empleados y sus estrategias para controlar potenciales factores de confusión: grupo control, aleatorización, etc<sup>28, 146</sup>. Y como siempre caben aquí distintos tipos de análisis según se pretenda obtener datos sobre eficacia (resultados en contextos «de laboratorio»), efectividad (resultados en contextos «reales» o cotidianos) y eficiencia (relacionando los resultados con los costes)<sup>28, 138</sup>.

CUADRO 9. Instrumentos de evaluación del efecto del programa

Instrumentos ya referidos en relación con <i>variables de situación y necesidades</i> (Cuadros 2 y 5)
Instrumentos para medir <i>grado de satisfacción</i>
<p>Cuestionarios generales de satisfacción con servicios de salud mental, por ejemplo: VSSS (Verona Services Satisfaction Scale)<sup>147</sup> Escala de Satisfacción con los Servicios Elaborada por el grupo de Tansella y con traducción castellana del grupo de Vázquez Barquero<sup>148</sup></p> <p>PAQ (Patient Attitude Questionnaire) CAU (Cuestionario de Actitudes del Usuario) Diseñado por el TAPS para valorar las opiniones de los usuarios y usuarias sobre distintos aspectos de los dispositivos residenciales y compararlos con los espacios de residencia previa (en su caso un Hospital Psiquiátrico pero adaptable a otras situaciones institucionales o familiares) Versión original en Thornicroft y osts., 1993<sup>149</sup> Traducción y validación española de nuestro equipo: García Cubillana y osts., 2006<sup>150</sup></p>
Instrumentos para medir <i>calidad de vida</i>
<p>Muchos instrumentos<sup>142, 151</sup> incluyendo como especialmente útil</p> <p>LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) Versión original de Oliver y osts., 1996<sup>152</sup> Versión española de Vázquez Barquero y osts.<sup>153, 154</sup></p>

## Una visión de conjunto y algunas conclusiones operativas

Para finalizar, vamos a intentar articular todo esto en un plan razonable de evaluación que pueda servirnos de ayuda para una tarea necesaria, como es la de hacer una valoración periódica de lo que hacemos, incluyendo la comparación sistemática entre los distintos modelos y programas concretos que estamos desarrollando en distintos territorios del Estado.

Como intenta resumir el Cuadro 10, podemos contemplar al menos 5 niveles distintos a la hora de plantearnos la evaluación en un contexto residencial, niveles que integran distintos tipos de información, obtenible con algunos de los instrumentos anteriormente mencionados. Los cuatro primeros hacen referencia a distintos aspectos de evaluación del programa y el quinto a evaluaciones individuales, que pueden servir tanto para dicha valoración global como para seleccionar personas, identificar necesidades y valorar los resultados a nivel individual.

CUADRO 10. Un inventario razonable para la evaluación en contextos residenciales

Tipo	Diseño	Variables	Instrumentos
Monitorización del programa	Sistema de información	Estructura (tipología, dotación, personal, costes directos) Funcionamiento (entradas, salidas, transiciones, características básicas de las personas atendidas) Resultados (uso de servicios, satisfacción)	Cuadros 4, 5 y 9
Plan de Calidad	Sistema de información Encuestas periódicas	Comparación con estándares de Estructura (variables "hoteleras", personal) Proceso (funcionamiento interno y coordinación) Resultados (evolución personal, satisfacción)	Cuadros 4,5,6 y 9
Evaluación sistemática	Estudio(s) específico(s) Necesidades Atención recibida Repercusiones	Necesidades atendidas y no atendidas Cumplimiento de objetivos marcados Resultados personales Costes (variables según el estudio)	Cuadros 2,3,4,5,6,7,8 y 9
Estudios puntuales y complementarios	Estudio(s) específico(s) muy variables  Parciales  Complementarios		
Evaluación individual	Previa al programa Entrada Revisión periódica Salida	Clínicas Utilización de servicios Funcionamiento personal y habilidades personales Redes sociales Satisfacción y Calidad de vida Entorno familiar	Cuadros 2,3,4,8 y 9

El primero y más básico es el que organiza algún tipo de descripción rutinaria del programa o de alguno de sus estructuras o componentes, de manera puntual o periódica mediante un clásico *Sistema de Información*. Aunque los aspectos contemplados van a ser lógicamente variables en función de muchos factores contextuales difíciles de sistematizar a priori, parece razonable que incluya información sobre la estructura del programa, indicadores de funcionamiento y, a ser posible, algunos indicadores de resultado en términos de repercusión sobre la situación de las personas atendidas.

Un paso más es el de las evaluaciones periódicas de la evolución de distintos estándares definidos en *Planes de Calidad*. Con distintos modelos de referencia y metodologías más o menos participativas<sup>11</sup>, se trata de instrumentos de utilidad creciente para sistematizar y mejorar de manera continuada un número importante de parámetros de referencia, habitualmente centrados también en aspectos de estructura, funcionamiento y, en menor medida, de resultados. A este respecto hay que mencionar, además de que la información proveniente de estudios de resultados debe tenerse en cuenta para definir los estándares de calidad, la conveniencia de al menos incluir la evaluación de los niveles de satisfacción, tanto de quienes utilizan el programa como de quienes lo aplican.

El siguiente paso, en este ranking de complejidad creciente, es el de las *evaluaciones sistemáticas* de los programas, partiendo de los niveles anteriores pero centrándose fundamentalmente en los resultados globales del mismo. Para ello debe intentar responder al mayor número posible de las preguntas de carácter general mencionadas anteriormente, incluyendo la valoración de las personas atendidas en relación con las que podrían necesitarlo, aspecto hoy por hoy cuando menos difícil como ya hemos señalado pero al que no deberíamos renunciar a enfrentarnos. Por supuesto debe incluir al menos la valoración de los resultados obtenidos en relación con las variables intermedias de estructura y funcionamiento fijadas en los programas, pero especialmente con las referidas a variables finales, es decir al impacto o repercusión de lo que se ha hecho sobre la situación de las personas atendidas. Y aquí entran los también clásicos parámetros de efectividad y eficiencia como dimensiones de mayor utilidad.

Pero, además de las aproximaciones sistemáticas, cabe desarrollar lógicamente *estudios puntuales* de distintos aspectos, unidades o componentes del programa, con distintos niveles de complejidad y utilidad. Este es también el marco para estudios experimentales evaluadores de intervenciones concretas, para la valoración específica de aspectos de detalle de los programas y también para el desarrollo de metodologías cualitativas, que ayuden a explorar aspectos más complejos y a establecer mejor la estrategia y metodología de futuros estudios.

Para gran parte de los estudios anteriores es necesario contar con *evaluaciones individuales* de distinto número y diferentes aspectos de las personas atendidas. Información que está igualmente en la base de la programación y desarrollo de intervenciones en el programa, identificando las necesidades de las personas y los efectos de lo que hacemos.

Aspectos múltiples que deberíamos ir cubriendo de manera progresivamente sistemática para poder comparar las diversas aproximaciones existentes y mejorar colectivamente nuestro trabajo. Aspectos que no siempre tienen res-

puesta hoy por hoy pero algunos de los cuales son perfectamente abordables como base de mejora y punto de partida de posteriores esfuerzos. Y aspectos para los que esperamos sean útiles las consideraciones anteriores y la información sobre metodología e instrumentos que hemos seleccionado.

## Bibliografía

1. López M, Laviana M. Rehabilitación, Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. Revista de la AEN, 2007, 27, 99:187-223.
2. López M, Lara L, Laviana M, Fernández L, García-Cubillana P, López A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. Archivos de Psiquiatría, 2004, 67, 2:101-128.
3. Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. Advances in Psychiatric Treatment, 2004, 10:180-188.
4. Saraceno B. La fine dell'Intrattenimento. Milano: Etas Libri, 1995.
5. Shepherd G, Murray A. Residential care. En: Thornicroft G, Szmulker G Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2001,;309-320
6. Carling PJ. Supports and rehabilitation for housing and community living. En: Flexer RW, Solomon PL. Psychiatric Rehabilitation in practice. Boston: Andover Medical Publisher, 1993: 99-118.
7. López M, Laviana M, Alavrez F, Gonzalez S, Vera MP. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. Revista de la AEN, 2004, 89:31-65.
8. Burti L, Yastrebov V. Procedures used in rehabilitation. En Sartorius N, De Girolamo G, Andrews G, German GA, Eismberg L. Treatment of mental disorders. A review of effectiveness. WHO / American Psychiatric Press, Washington, 1993: 289-336
9. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del programa residencial. Documentos de Trabajo, n.º 1 (2.ª edición). Sevilla, FAISEM, 2005
10. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Memoria de actividades 2007. (En prensa)
11. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Plan de calidad 2006-2010. Sevilla, FAISEM, 2006.
12. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): Descripción general del programa y del estudio. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 1:2-15.
13. López M, García-Cubillana P, Fernández L, Laviana M, Maestro JC, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (II): Características de los dispositivos residenciales. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 1: 16-27.
14. López M, Fernández L, García-Cubillana P, Jimeno V, Moreno B, Laviana M. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (III): Características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios por los residentes. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 1: 28-39.
15. López M, García-Cubillana P, Fernández L, Laviana M, Maestro JC, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (IV): Perfiles funcionales y redes sociales de los residentes. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 2: 44-55.
16. López M, García-Cubillana P, López A, Fernández L, Laviana M, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (IV): Actitudes y grado de satisfacción de los residentes. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 2: 56-63.
17. De Girolamo G, Bassi M. Residential facilities as the new scenario of long-term psychiatric care. Current Opinion in Psychiatry, 2004, 17:275-231.

18. Lara L, López M. Guía operativa 8: Programa residencial. En Caldas de Almeida JM, Torres F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005: 83-90.
19. Caldas de Almeida JM, Torres F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005.
20. López M, Lara L y Laviana M. La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. En Espino A y Olabarría B. La formación de los profesionales de la Salud mental en España. Madrid, AEN, 2003: 269-301.
21. López M, Laviana M. Programas intersectoriales de apoyo social. En Cangas A, Gil J, Peralta V. Esquizofrenia. Nuevas perspectivas en la investigación. PSICOM Editores, 2006, Capítulo 16.
22. Saraceno B. Psychosocial Rehabilitation as a Public Health Strategy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 20, 4, 10-15.
23. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid, AEN, 2002, Cuadernos Técnicos, n.º 6.
24. Gisbert C (Ed). El que hacer en rehabilitación psicosocial. Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave. Madrid, AEN, 2003.
25. Knudsen HC, Thornicroft G (Ed). *Mental Health Service Evaluation*. New York, Cambridge University Press, 1996.
26. Fernandez J, González J, Mayoral F, Touriño R. Evaluación funcional en rehabilitación psicosocial. Métodos e instrumentos. En Gisbert C (Ed). El que hacer en rehabilitación psicosocial. Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave. Madrid, AEN, 2003:57-106.
27. Cochrane AL. Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona, Salvat, 1985
28. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica (2.ª Ed.). Barcelona, Harcourt, 2000.
29. Philips C, Palfrey C, Thomas P. *Evaluating Health and Social Care*. London, MacMillan, 1994
30. Aparicio V (Ed.). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Madrid, AEN, 1993.
31. Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37: 301-315.
32. Faulkner A, Field V, Lindesay J. Residential care provision in mental health: the current picture and future uncertainties. *Journal of Mental Health*, 1993, 2: 57-64.
33. Leff J (Ed). *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley & Sons, 1997.
34. Lehman AF, Newman SJ. Housing. En: Breakey WR (Ed). *Integrated Mental Health Services*. Modern Community Psychiatry. New York: Oxford University Press, 1996: 300-309.
35. Ogilvie R J. The state of supported housing for Mental Health consumers: a literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 21 (2): 1222-131.
36. Clivers R, Macdonald GM, Hayes AA. Residencias de apoyo para las personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2008, 1. Oxford: Update Software. ([www.update-software.com](http://www.update-software.com)).
37. Bond GR, Salyers MP, Rollins AL, Rapp CA, Zippel AM. How evidence-based practices contribute to Community Integration. *Community Mental Health Journal*, 2004, 40, 6:569-586.
38. Bigelow D. Supportive homes for live versus treatment way-stations: an introduction to TAPS project 41. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34,4:403-405
39. Geller JL, Fisher WH. The linear continuum of transitional residences: debunking the myth. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, 7: 1070-1076.
40. Pyke J, Lowe J. Supporting people, not structures: changes in the provision of housing support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996, 19, 3: 5-12.
41. Ridgeway P, Zippel AM. The paradigm shift in residential services: from linear continuum to supported housing approach. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1990, 13:11-31.
42. Becker T, Hülsman S, Knudsen C, Nartiny K, Amaddeo F, Herran A et al. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37: 465-474.
43. Lelliot P, Audini B, Knapp M, Chisholm D. The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169: 139-147.
44. Trieman N. Residential care for the mentally ill in the community. En Leff J (Ed). *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley & Sons, 1997: 51-67.
45. Mowbray CT, Greenfield A, Freddolino AP. An analysis of treatment services provided in Group Homes for adults labelled mentally ill. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1992, 180, 9:551-559.
46. McCarty J, Nelson G. An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, 42, 12: 1254-1256.
47. Shepherd G. The «Ward-in-a-house»: residential care for the severely disabled. *Community Mental Health Journal*, 1996, 31, 1, 53-69.
48. Fenton W, Mosher L, Herrell JM, Blyler CR. A randomised trial of general hospital versus residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155: 516-522.
49. Goodwin R, Lyons JJ. An emerging housing program as an alternative to inpatient treatment for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 2001, 2, 1: 92-95.
50. Trieman N, Smith HE, Kendal R, Leff J. The TAPS Project 41: Homes for life? Residential stability five years after Hospital discharge. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34, 4:407-417.
51. Senn V, Kendal R, Trieman N. The TAPS PROJECT 38: level of training and its availability to carers within group homes in a London district. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1997, 32: 317-322.
52. Snyder KS, Wallace CJ, Moe K, Liberman RP. Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry*, 1994, 45: 1141-1143.
53. Van Humbeeck G, Van Auddenhove Ch, Pieters G, De Hert M, Storms G, Vertommen H et al. Expressed emotion in staff-patient relationships: the professionals and residents perspectives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001, 36: 486-492.
54. Willets LE, Leff J. Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy of a staff training programme. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 26: 1125-1133.
55. Ranz JM, Horen BT, McFarlane B, Zito JM. Creating a supportive environment using staff Psychoeducation in a supervised residence. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, 42, 11, 1154-1159.
56. Raskin A, Mghir R, Peszke M, York D. A psychoeducational program for caregivers of the chronic mentally residing in Community residences. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34, 4:393-402.
57. Leff J, Trieman N, Knapp M, Hallam A. The TAPS project. A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin*, 2000, 24: 165-168.
58. O'Driscoll C, Leff J. The TAPS project. 8: Design of the research study on the long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162 (Supp. 19):18-24.
59. Dickerson FB, Ringel N, Parente F. Predictors of residential independence among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1999, 50, 4: 515-519.
60. Downs MW, Fox JC. Social environments of adult homes. *Community Mental Health Journal*, 1993, 29, 1:15-23.
61. Goering P, Sylph J, Foster R, Boyles S, Babiak T. Supportive housing: a consumer evaluation study. *The International Journal of Social psychiatry*, 1992, 38, 2:107-119.
62. Goldstein JM, Dziobek JF, Clark R, Bassuk EL. Supportive housing for the chronically mentally ill. Matching clients with community environments. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990, 178, 7:415-422.
63. Mares AS, Young AS, McGuire J, Rosenheck RA. Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of Board and Care homes. *Community Mental Health Journal*, 2002, 38, 6:447-458.

64. Middelboe T, Makeprang T et al. A housing support programme for the mentally ill: need profile and satisfaction among users. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 98: 321-327.
65. Middelboe T. Prospective study of clinical and social outcome of stay in small group homes for people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171:251-255.
66. Nelson G, Hall GB, Walsh-Bowers R. Predictors of the adaptation of people with psychiatric disabilities in Group Homes, Supportive Apartments and Board-and-Care Homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1999, 22, 4: 381-389.
67. Nelson G, Hall GB, Walsh-Bowers R. The relationship between housing characteristics, emotional well-being and the personal empowerment of psychiatric consumers-survivors. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34, 1: 57-69.
68. Segal SP, Holschuh J. Effects of Sheltered care environments and residents characteristics on the development of social networks. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, 42, 11: 1125-1131.
69. Yeich S, Mowbray CT, Bybee D, Cooney M. The case for a «Supported Housing» approach: a study of consumer housing and support preferences. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1994, 18, 2: 75-86.
70. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la AEN*, 2008, 28, 101:43-83.
71. Autrey TD, Tefft B, Currie RF. Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental health residences who are neighbours. *Community Mental Health Journal*, 1995,31,1
72. Brockington I, Hall P, Levings J, Murphy C. The community tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162:93-99.
73. Piat M. Becoming the victim: a study on community reactions towards group homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2000, 24, 2:108-116.
74. Reda S. Attitudes toward community mental health care of residents in North London. *Psychiatric Bulletin*, 1995, 19:731-733.
75. De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181: 220-225.
76. López M, Laviana M, López A, Tirado C. El Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia y las personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 2007, 4, 1-2:11-27.
77. Bartlett C, Holloway J, Evans M, Owen J, Harrison G. Alternatives to psychiatric inpatient care. A case by case survey of clinical judgements. *Journal of Mental Health*, 2001, 10, 5:535-546.
78. Jiménez JF, Torres F, Laviana M, Luna JD, Trieman N, Rickard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del «Basic Everyday Living Skills» (BELS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2000,28 (5):284-288.
79. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1989, 15:325-337
80. Rosen A, Trauer T, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. Development of a brief form of the Life Skills Profile: the LSP-20. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001, 35:677-683
81. Bulbena A, Fernandez de Larrinoa P, Dominguez AI. Adaptación castellana de la escala LSP, Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1992, 20, 2:51-60
82. Fernández de Larrinoa P, Bulbena A, Domínguez A. Estudio de fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala LSP: Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1992, 20,2:71-75.
83. Burgés V, Fernandez A, Autonell J, Melloni F, Bulbena A. Adaptación y validación española del Life Skills Profile, forma abreviada (LSP-20): un instrumento para valorar las habilidades de la vida cotidiana en contextos clínicos reales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2007, 35, 2:79-88
84. Fitz D, Evenson RC. A validity study of the St. Luis Inventory of Community Living Skills. *Community Mental Health Journal*, 1995, 31, 4:369-377.
85. Wallace CJ, Liberman RP, Tauber R, Wallace J. The Independent Living Skills Survey: a comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally ill individuals. *Schizophrenia bulletin*, 2000, 26, 3:631-658.
86. Gibbons C, Dubois S, Ross S, Parker B, Morris K y ots. Using the Resident Assessment Instrument-Mental health (RAI-MH) to determine levels of care for individuals with serious mental illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2008, 35, 1:60-70
87. Mausbach BT, Harvey PD, Goldman SR, Jeste DV, Patterson TL. Development of a brief scale of everyday functioning in persons with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2007, 33, 6:1364-1372.
88. Wijngaarden B, Schene A, Koeter M, Vazquez-Barquero, Charlotte H y ots (EPSILON group). Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire-European version. *British journal of Psychiatry*, 2000, 39:s21-7
89. Thornicroft G, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene A y ots. International outcome measures in mental health. Quality of life, needs, service satisfaction, costs and impact of carers. London, Gaskell, 22006.
90. Tessler RC, Gamache GM. The Family Burden Interview Schedule-Short Form (FBIS-SF) En Tessler RC, Gamache GM (Ed). Toolkit for evaluating family experiences with severe mental illness. Cambridge, MA: Human Services Research Institute 1995:110-120.
91. Vilaplana M, Ochoa S, Martínez A, Villalta V, Martínez-Leal R y ots. (Grupo PSICOST). Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva (EFCOS-II) en familiares de pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2007, 35, 6:372-381
92. Durbin J, Cochrane J, Goering P, Macfarlane D. Needs-based planning: evaluation of a level of care Planning Model. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2001, 28, 1:67-80
93. Herman S, Mowbray C. Client typology based on functioning level assessment: utility for service planning and monitoring. *Journal of Mental Health Administration*, 1991, 18:101-115.
94. Fitz D, Evenson RC. Recommending client residence: a comparison of St. Louis Inventory of Community living and global assessment. *Psychiatric rehabilitation Journal*, 1999, 23, 2:107-112.
95. Mausbach BT, Bowie CR, Harvey PD, Twanley EW, Goldman MA y ots. Usefulness of the UCSD performance-based skills assessment (UPSA) for predicting residential independence in patients with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric research*, 2008, 42:320-327.
96. Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Swartz MS, Cañive JM, Lieberman JA. Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatric services*, 2006, 57, 8:1117-1125.
97. Harvey K, Catty J, Langman A, Winfield H, Clement S y ots. A review of instruments developed to measure outcomes for carers of people with mental health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2008, 117:164-176.
98. Torres F, Rosales C, Moreno B, Jiménez JF. Evaluación de las necesidades de los enfermos mentales. En Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P (Ed.). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona, Masson, 2000:545-554.
99. Phelan M, Slade M, Thornicroft G y ots. The Camberwell Assessment of Needs: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British journal of Psychiatry*, 1995, 167:589-595.
100. Jiménez JF, Moreno B, Torres F, Rodríguez R. Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Archivos de Neurobiología*, 1997, 60:113-124.
101. Brewin CR, Wing JK, Mangan SP, Brugha TS, MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*, 1987, 17:971-981.
102. Instituto Andaluz de Salud Mental. La población hospitalizada en Instituciones Psiquiátricas en Andalucía. Resultados del Censo de 1985. Sevilla, IASAM, 1987.

103. Salvador L, Romero C, Atienza C, González F. Esquizofrenia. En Bulbena A, Berríos G, Fernández de Larrinoa P (Ed.). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona, Masson, 2000:309-322.
104. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nations Outcome scales: research and development. *British journal of Psychiatry*, 1998, 172: 11-18.
105. Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la traducción española de la escala HoNOS. *Psiquiatría Pública*, 1999, 11, 4:93-101
106. Overall JE, Gorham. *The Brief Psychiatric Rating Scale*. Psychological Reports, 1962, 10:799-812
107. Peralta V, Cuesta MJ. Valoración de la Escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1994, 4:44-50.
108. Wykes T, Sturt D. The measurement of social behaviors in psychiatric patients. An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 148:1-11.
109. Vázquez AJ, Jiménez R. *Inventario de Conducta Social (Social Behavior Schedule): Fiabilidad y validez de un instrumento de evaluación para pacientes crónicos*. Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 1994, 22, 1:34-39.
110. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale: the development and validation of a scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:853-859.
111. Vazquez AJ, Jiménez R. Social Functioning Scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 2000, 93:247-256.
112. Leff J, O'Driscoll C, Dayson D, wills W, Anderson J. The TAPS Project 5: the structure of social-network data obtained from long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:848-852
113. Magliano L, Fadden G, Madianos M, Caldas de Almeida JM, Held T, Guiarnieri y ots. Burden of the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 33:405-412
114. García-Cubillana P, Luna JD, Laviana M, Fernández L, Perdiguero D, López M. Adaptación y fiabilidad del Cuestionario de Red Social, versión española del «Cuestionario sulla rete sociale» aplicado a personas con trastorno mental severo. *Revista de la AEN*, 2006, 26, 97:135-150.
115. O'Driscoll C, Leff J, The TAPS Project 8: design of the research study on the long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162 Supl 19:18-24
116. Jordá E, Espinosa J. El proceso de desinstitucionalización en la provincia de Valencia: estudio de los alojamientos utilizados mediante la Escala de prácticas restrictivas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1990, 17, 2: 77-87.
117. Trieman N, Leff J. The TAPS project, 36: the most difficult to place long-stay psychiatric in-patients outcome one year after relocation. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169: 289-292.
118. Rickard C, Trieman N, Torres F, Laviana M et al. Residential care for mentally ill people in Andalusia and London – a comparison of care environments, user's attitudes and cost of care. *Journal of Mental Health*, 2002, 11, 3: 327-333.
119. Senn V, Kendal R, Willetts L, Trieman N. Training level and training needs of staff. En Leff J. *Care in the community. Illusion or reality?* Chichester, Wiley & Sons, 1997:137-144.
120. Maestro JC, Torres F, Laviana M, Moreno B, Trieman N, Rickard C. Estudio de las alternativas residenciales para pacientes desinstitucionalizados en Granada y Sevilla. *Anales de Psiquiatría*, 2001, 17, 4: 143-152.
121. Leff J, Vaughn C. *Expressed Emotion in families. Its significance for mental illness*. New York, Guilford Press, 1985.
122. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed Emotion and psychiatry relapse: a meta-analysis. *Archive of General Psychiatry*, 1999, 55:547-552.
123. Van Audenhove C, Van Humbeeck. Expressed emotion in professional relationships. *Current opinion Psychiatry*, 2003, 16:431-435.
124. Touriño R, Inglott R, Baena E, Fernández J. *Guía de Intervención Familiar en la Esquizofrenia*. Barcelona, Glosa, 2004
125. Vaught C, Leff J. The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1976, 15:157-165
126. Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz AJ, Jenkins S, Falloon IRH. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 1986, 17, 3:203-212.
127. Hooley JM, Parker HA. Measuring expressed emotion. An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 2006, 20, 3:386-396.
128. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human Relations*, 1966, 19:241-263.
129. Muela JA, Godoy JF. Reactividad de la medida de la emoción expresada durante un ingreso. *IberPsicología*, 2003, 8.1.4. En [www.fedap.es/iberpsicologia](http://www.fedap.es/iberpsicologia)
130. Shimodera S, Mino Y, Inoue S, Izumoto Y, Kishi Y, Tanaka S. Validity of a Five-Minute Speech sample in measuring expressed emotion in the families of patients with schizophrenia in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 1999, 40, 5:372-376.
131. Theorell T. *Working conditions and Health*. En Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press, 2000:95-117.
132. Benavides FG, Benach J, Castejón J, Mira M, Serra C. La evaluación de riesgos laborales en la planificación de la prevención: una perspectiva epidemiológica. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2001, 4:24-31.
133. Goldberg D, Williams P. *Cuestionario de Salud General GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona, Masson, 1996.
134. Benavides FG, Gimeno D, Benach J, Martínez JM, Jarque S, Berra A, Devesa J. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta sanitaria*, 2002; 3, 16:222-229.
135. Cushway D, Tyler PA, Nolan P. Development of a stress scale for Mental Health professionals. *British journal of Clinical psychology*, 1996, 35, 2:279-295.
136. Knapp M, Beechan J, Hallam A, Fenyó A. The TAPS Project 18: the cost of community care for former long-stay psychiatric hospital residents. *Health and Social Care in the Community*, 1993, 2, 4:193-201.
137. Knapp M, Beechan J, Hallam A. The mixed economy of psychiatric reprovion. En Leff J (Ed.). *Care in the community. Ilusión o reality?* Chichester, Wiley & Sons, 1997.
138. Drummond ME, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*. (2.ª Edición). Madrid, Díaz de Santos, 2001.
139. *Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*. Sevilla, Consejería de Salud, 2006
140. Salvador-Carulla L. Routine outcome assessment in mental health research. *Current Opinion Psychiatry*, 1999, 12:207-210.
141. Tansella M, Thornicroft G. *Mental Health outcome measures (2nd Edition)* London, Gaskell, 2000.
142. Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 1997, 11:32-47.
143. Barry MM, Zissi A. Quality of Life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32, 1:38-47
144. Katsching H, Freeman H, Sartorius N (Ed). *Quality of Life in Mental Disorders*. Chichester, Wiley and Sons, 1997.
145. Rothman KJ (Ed.). *Causal inference*. Chesnutt hill, Epidemiology resources Inc, 1988.
146. Everitt BS, Wessely S. *Clinical trials in psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2004.
147. Ruggeri M, Lasalvia A, Dall'Agnola R, Wijngaarden B, Knudsen C, Leese M y ots. Development and reliability of the VSSS-EU. En Thornicroft G, Becker T, Knapp M, Knudsen C, Schene A, Tansella M, Vazquez-Barquero JL. *International outcome measures in mental Health*. London, Gaskell, 2006:146-156.



148. Artal J, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Gaité L, García E y ots. Evaluación de la satisfacción con los servicios de salud mental: la escala de Verona (VSSS). *Archivos de Neuropsiquiatría*, 1997, 60, 2:185-200
149. Thornicroft G, Gooch C, O'Driscoll, Reda S. The TAPS project 9: the reliability of the patient attitude Questionnaire. *British journal of psychiatry*, 1993, 162 Supplement 19:25-29.
150. García-Cubillana P, Fernández L, López M, Moreno B, Luna JD, Laviana M. Adaptación y fiabilidad del Cuestionario de Actitudes del Usuario, versión española del «Patient Attitude Questionnaire». *Archivos de Psiquiatría*, 2006, 69, 2: 117-132.
151. Lehman AF. Instruments to measuring quality of life in mental illness. En Katsching H, Freeman H, Sartorius N (Ed). *Quality of Life in Mental Disorders*. Chichester, Wiley and Sons, 1997:79-94.
152. Oliver J, Huxley P, Bridges K y ots. *Quality of Life and Mental Health Services*. London, Routledge, 1996.
153. Vazquez-Barquero JL, Gaité L, Herrán A, Serrano D, Schene AH, Ruggeri M, Huxley P. Development, and reliability of the LQoLP-EU. En Thornicroft G, Becker T, Knapp M, Knudsen C, Schene A, Tansella M, Vazquez-Barquero JL. *International outcome measures in mental Health*. London, Gaskell, 2006:124-129
154. Vazquez-Barquero JL, Gaité L, Ramírez N, García E, Borra C y ots. Desarrollo de la versión española del perfil de calidad de vida de Lancashire LQOLP. *Archivos de Neurobiología*, 1997, 60, 2:125-139.