

## 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

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 que medida el programa cumple sus funciones, desarrollándose según lo previsto en términos de estructuras y funcionamiento y, a través de ello, en que 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 que 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 reafirmo0.1083(a)46(e)0.0926 d01(c

- 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 bási-

CUADRO 1. Estudio del TAPS (Continuación)

Y variables de los dispositivos de origen y de acogida  
Situación dentro de la comunidad y accesibilidad  
Modelos de funcionamiento  
Coste

Estudiándose además la situación de diversos grupos específicos, entre otros el colectivo de pacientes considerados «difíciles de situar»

Dio lugar a un número importante de publicaciones tanto en una serie específica con más de 40 artículos como en otro tipo de publicaciones

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

En él se desarrollan varios instrumentos útiles para la evaluación de los programas residenciales

### *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

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
BELS (Basic Everyday Living Skills)	Desarrollado por el TAPS para la evaluación en entornos residenciales  Valora el funcionamiento en autocuidados, habilidades domésticas, habilidades comunitarias y relaciones sociales  Dos puntuaciones, una relacionada con el desempeño y otra con la capacidad de atención	Presentación original de O'Driscoll y o.s., 1993 <sup>58</sup>  Versión en castellano y validación de fiabilidad de Escamilla et al., 2000 <sup>78</sup>

A nivel internacional se describen en la literatura algunos procedimientos basados en el empleo de algunos

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 de recuperación 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**

*Variables sociodemográficas*

Habitualmente: edad, sexo, nivel educativo, tipo de convivencia, ingresos, situación jurídica,...

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

*Variables clínicas*

Diagnóstico y Sintomatología

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>.

Por su utilidad en contextos cotidianos hay que mencionar:

HONOS (Health of the Nations Outcome Scale)

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.

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

Publicación original de Wing y ots., 1994<sup>104</sup>  
 Versión en castellano (sin validación) de Uriarte y ots.,1999<sup>105</sup>  
 BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)  
 Escala clásica de evaluación con varias versiones (10, 18 y 14 items) , aplicable preferentemente a personas con Esquizofrenia y muy utilizada en distintos estudios  
 Publicación original de Overal y ots., 1962<sup>106</sup>  
 Validación de la versión española incluida en la de la escala PANS en Peralta y ots., 1994<sup>107</sup>  
 Uso de servicios  
 Se trata de describir la utilización de recursos sanitarios y sociales, especialmente  
 Episodios de hospitalización (n.º y duración)  
 Intervenciones específicas (fármacos, psicoterapia, programas de rehabilitación, ...)  
 Habitualmente mediante cuestionarios elaborados específicamente

ISSN 1695-0889 (e) 0.100269(r)tp

Spec F Cor m... caso de esa... población...

### *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.

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>).

## **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

## 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

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 psicossocial 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 psicossocial. Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave. Madrid, AEN, 2003.
25. Knudsen HC, Thornicroft G (h).(a)0.0942531(-)-39.802(M)0.108754(.0.0996908(-)-39.802(P)0.101503(r)50.101503( )5105128(a)0.0942578783(-)333TJ -165.

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

103. Salvador L, Romero C, Atienza C, González F. Esquizofrenia. En Bulbena A, Berrios 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

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.