

Evaluación de la Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente: la Experiencia de Madrid

Evaluation of the Care Program for People with Chronic and Severe Mental Illness: the Madrid Experience

Manuel Muñoz López
Universidad Complutense de Madrid

Sonia Panadero Herrero
Universidad Complutense de Madrid

Abelardo Rodríguez González
Consejería de Asuntos Sociales Comunidad de Madrid

Eloísa Pérez Santos
Universidad Complutense de Madrid

Resumen. En este artículo se presenta una experiencia de evaluación de programas de atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente llevada a cabo en la Comunidad de Madrid: la evaluación del Plan de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. En este caso se aborda la evaluación de una forma global, abarcando los distintos aspectos del Plan, aunque prestando una atención especial a la red de recursos que se incluyen en el mismo. Se describe el proceso de evaluación global explicando los objetivos, metodología y procedimientos seguidos, así como las fases del proceso, las tareas y actividades desarrolladas, los instrumentos aplicados y los procedimientos de evaluación establecidos. Se presentan también algunos de los resultados obtenidos mediante dicha evaluación durante el año 2006.

Palabras clave: enfermedad mental grave y persistente, evaluación de programas, rehabilitación psicosocial, esquizofrenia.

Abstract. This paper presents the experience of a program evaluation in Madrid –the evaluation of a social care program for people with chronic and severe mental illness. It is a global evaluation, including different aspects of the program –although a special attention is paid to the resources network. The evaluation process is described, including goals, methodology, phases, activities, instruments and procedures. Finally, some results are shown concerning evaluation in 2006.

Key words: program evaluation, services, chronic and severe mental illness, and schizophrenia.

Introducción

La atención a las personas con enfermedad mental

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al primer autor a la Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I. Campus de Somosaguas 28223 Madrid. E-mail: mmunoz@psi.ucm.es

grave y crónica ha sufrido una transformación muy importante durante los últimos años. Se ha pasado progresivamente del tratamiento sintomático de la enfermedad a la atención integral de las necesidades de las personas con enfermedad mental grave y persistente más allá de su sintomatología. Corrigan, Mueser, Bond, Drake y Solomon (2008) señalan como los

principios fundamentales del campo no se limitan al entrenamiento en habilidades sociales eje de la rehabilitación psicosocial durante toda una época, sino que se incluyen aspectos como los siguientes: auto-determinación, atención a las metas y preferencias del usuario, intervención centrada en el mundo real, rehabilitación centrada en las fortalezas de la persona, modificación del ambiente y apoyos en la línea señalada por la Organización Mundial de la Salud en su enfoque de la discapacidad (OMS, 2001), integración de la rehabilitación y el tratamiento, acercamiento basado en equipos multidisciplinares, enfoque de continuidad de cuidados, integración comunitaria u orientación hacia la recuperación. En esta misma dirección, hemos asistido al nacimiento de nuevos tipos de recursos y servicios para esta población (Lieberman, 1993; González y Rodríguez, 2002; Guinea et al., 2007; Prat, Gill, Barrett y Roberts, 2007).

Cuando se trata de analizar el estado actual de conocimiento acerca de la utilidad de los programas de Rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia surge la necesidad de realizar una diferenciación. Por un lado, aparecen los resultados obtenidos en los estudios experimentales de los distintos grupos de investigación, y por el otro, los obtenidos en la práctica clínica en sus ámbitos naturales de aplicación: es la diferenciación entre eficacia y efectividad (Hargreaves, Shumway, Hu y Cuffel, 1998; Nathan y Gorman, 2002).

La Psicología ha acumulado una evidencia empírica muy importante respecto a la eficacia de las intervenciones psicológicas (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Nathan y Gorman, 2002; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Haciendo un resumen de este tipo de datos, la evidencia acumulada parece indicar la eficacia de las intervenciones basadas en la Terapia de Conducta, el Aprendizaje Social y la Economía de Fichas para apoyar y reforzar los comportamientos sociales en las personas con esquizofrenia (Ayllon y Azrin, 1968; Baker, Hall, Hutchinson y Bridge, 1977; Kazdin, 1982; Menditto, Valdes y Beck, 1994; Mueser, Wallace y Liberman, 1995). También se ha acumulado evidencia respecto a la eficacia de los programas sociales (Lieberman y Green, 1992) o las estrategias cognitivas (Tarrier, Beckett y Harwood, 1993; Brenner, Roder, Hotel, Kienzle, Reed y Liberman, 1994). Sin embargo, la mayor evidencia se

centra en el apoyo a la eficacia de los entrenamientos en Habilidades Sociales para enseñar y mantener un funcionamiento psicosocial adecuado (Hogarty, Anderson, Reiss, et al., 1986; Eckman, Wirshing, Marder, Liberman, et al., 1992). Igualmente, existe evidencia que sustenta la eficacia de las intervenciones vocacionales (Bond, 1992) y familiares (Falloon, Boyd, McGill et al., 1985; Schooler, 1996). Todo ello se ha concretado en los denominados programas de Rehabilitación Psicosocial que engloban la mayoría de las técnicas eficaces en programas estructurados y adaptados a las necesidades de cada persona (Kopelowicz y Liberman, 1998; Liberman, 1988; Guinea et al., 2006; Corrigan, Mueser, Bond, Drake y Solomon, 2008). Sin embargo, la evidencia acumulada respecto a la efectividad en los ámbitos naturales de esas mismas líneas de tratamiento no es tan importante y en algunos casos es realmente escasa (Mueser et al., 1998; Nathan y Gorman, 2002). A pesar del patente crecimiento del número de programas de Rehabilitación Psicosocial para el tratamiento de la esquizofrenia, no ha habido un aumento equiparable en el conocimiento de la efectividad de estos programas en ámbitos naturales de aplicación. De esta forma, los intentos de evaluación de los programas de Rehabilitación Psicosocial han pasado por distintas fases que no pueden desligarse de la propia evolución conceptual de este modelo de intervención (Evans, Beyer y Todd, 1988; López, Muñoz y Pérez Santos, 1997). Se ha pasado gradualmente de la mera evaluación mediante el recuento de servicios o recursos disponibles para una población dada (Anthony y Liberman, 1986; Liberman, 1988), a la evaluación de los procesos implicados en los distintos programas evaluados (Bickman, 1989; Chen y Rossi, 1989; Lipsey y Pollard, 1989), pasando por la evaluación de los resultados de las intervenciones (Kopelowicz y Liberman, 1998).

Por otra parte, la evaluación o valoración de programas se ha convertido en un recurso social básico para contrastar la efectividad de los programas sociales (Scriven, 2003). De hecho, en opinión de algunos autores (Cohen y Franco, 1993) parece evidente que no hay posibilidad de llevar a la práctica políticas sociales eficaces y eficientes si no se evalúa su aplicación. Con este objetivo la valoración de programas, podría ser definida como un juicio de

valor sistemático realizado mediante procedimientos del método científico, que proporciona de manera válida y fiable, información pertinente que nos permite tomar decisiones concretas (Aguilar y Ander-Egg, 1992). Por lo tanto, la finalidad fundamental de la evaluación de programas de rehabilitación psicosocial, no será sólo la justificación de las políticas sociales y de gasto público, sino la de proporcionar criterios para la toma de decisiones en relación con la estructura y el funcionamiento de programas destinados a lograr la integración de las personas en la comunidad (Fernández Ballesteros, 1996; Wholey, Hatry y Newcomer, 2004). En definitiva, ayudar a valorar la efectividad de las intervenciones psicosociales en ámbitos naturales. La evaluación de programas de las intervenciones dirigidas a la enfermedad mental grave y persistente y a la esquizofrenia en particular ha empezado a ser un ámbito de aplicación importante incluso en nuestro contexto (Muñoz, 2003; Vázquez, Muñoz, Muñiz et al., 2000; Muñoz, Vázquez, Muñiz, et al., 1999; López, Muñoz y Pérez Santos, 1997; López, Laviana, García-Cubillana et al, 2005).

Evaluación del Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica

En la Comunidad de Madrid, se ha desarrollado una red de recursos de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica mediante un estilo de atención fundamentado en la filosofía de rehabilitación psicosocial y el apoyo a la integración social y laboral como eje director de la intervención (González y Rodríguez, 2002). Estos recursos comenzaron a desarrollarse a finales de los años 80' aunque han tenido un impulso muy importante a partir de la aprobación, en el año 2003, del Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid; uno de cuyos principales objetivos es aumentar la red de recursos disponibles de atención social y la organización y planificación de la atención y el apoyo a la integración social a este colectivo y sus familias. Para ello se ha diseñado y se está poniendo en marcha una red amplia y diversificada de centros y recursos de aten-

ción social para cubrir las diferentes necesidades psicosociales y sociales de las personas con enfermedad mental crónica y apoyar la mejora de su autonomía y calidad de vida y promover su integración social normalizada así como apoyar a sus familias. Esta red de centros y recursos del Plan trabaja en estrecha coordinación con la red de Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Consumo, como responsables de la atención psiquiátrica, rehabilitación y seguimiento de las personas enfermas con enfermedades mentales de larga duración y que constituyen el canal de derivación de usuarios a los recursos de la red de atención social. En la figura 1 aparecen los recursos que conforman esta red.

Desde la aprobación e inicio del Plan en mayo de 2003 hasta el final del año 2006 se habían triplicado las plazas de la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y persistente. Concretamente, se han creado un total de 2.965 nuevas plazas pasando de las 1.269 existentes en mayo de 2003 al inicio del Plan, a las 4.234 plazas al final del año 2006.

En este sentido, el mencionado Plan ofrece una importante oportunidad para el avance en el conocimiento de la efectividad de los programas y recursos de atención social de apoyo a la rehabilitación psicosocial, la rehabilitación laboral y la atención residencial comunitaria, al incorporar elementos de evaluación del Plan a lo largo de toda su implementación. Los instrumentos señalados en la evaluación del Plan son los propios de la Evaluación de Programas y remarcan la importancia de llevar a cabo distintos tipos de evaluación que permitan disponer de una panorámica global del funcionamiento del Plan.

La evaluación de un Plan tan amplio como el presente hace que se precise la utilización de distintas estrategias y acercamientos a la evaluación. Estrategias que permitan valorar el Plan desde sus inicios hasta su finalización en todos sus objetivos y procesos principales. El campo de la evaluación o valoración de programas sociales ha tenido un desarrollo muy amplio en los últimos años que ha desembocado en la identificación de distintos tipos de evaluación en función del momento, modo u objetivos de la misma. En este caso se ha preferido una organización derivada de los momentos de aplicación del propio Plan, desde su diseño, hasta su impacto una vez iniciada su aplicación. A continua-

Figura 1. Recursos de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica, de la Comunidad de Madrid en diciembre de 2006

CENTROS		Plazas	Centros
1. Recursos de apoyo a la rehabilitación psicosocial			
	Centros de Rehabilitación Psicosocial	1.440	19
2. Recursos de apoyo social e integración comunitaria			
	Centros de día de soporte social	710	22
	Equipos de apoyo social comunitaria	690	23
3. Recursos de rehabilitación laboral y apoyo a la investigación en el empleo			
	Centros de Rehabilitación Laboral	680	14
4. Programa de atención residencial y alojamiento con apoyo			
	Miniresidencias	415	16
	Pisos supervisados	177	44
	Plazas supervisadas en pensiones	22	-
5. Recursos de atención para personas con trastornos mentales sin hogar			
	Proyecto Rehabilitación e Inserción Enfermos Mentales Sin Hogar (PRISEMI)	62	-
	Centro de Atención Social específico de apoyo a la reinserción de enfermos mentales sin hogar	41	-

ción se recogen las principales fases seguidas para la evaluación del Plan. En cada caso se presenta un breve comentario descriptivo de la actividad realizada y un ejemplo de los principales resultados obtenidos (para una información más completa dirigirse a la Consejería de Familia y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid).

Planificación de la evaluación

La planificación de la evaluación abarca todo el proceso, desde sus inicios, colaborando con los técnicos de la Consejería durante el período de redacción del Plan para asegurar su posterior evaluabilidad y diseñando una propuesta de planificación de la evaluación del mismo durante todo su periodo de vigencia.

La metodología ha combinado la recogida de datos sistemática y continuada por parte de los centros, la explotación de documentos y la recogida de datos específicos por parte del equipo evaluador en aquellos casos en que se ha considerado conveniente para la elaboración de informes con carácter anual acerca de la situación y evolución del Plan. El funcionamiento central anual se ha reforzado con la ela-

boración y puesta en marcha de investigaciones evaluativas específicas con diseño propio que permitirán profundizar en diversos temas a lo largo del período de vigencia del Plan.

Se contemplaron diversos instrumentos y estrategias de evaluación susceptibles de ser utilizadas y combinadas a lo largo del trabajo de evaluación, concretamente:

1. *Análisis y explotación de los datos incluidos en las distintas memorias* elaboradas por los centros de forma anual. Las memorias incluyen generalmente información cuantitativa sobre el funcionamiento de los centros (número de usuarios, número y tipo de atenciones, horarios, diagnósticos, etc.). Aunque gran parte de las variables relevantes venían, de hecho, siendo contempladas en muchas de las memorias de los centros, fue necesario trabajar previamente con los contenidos de las mismas para lograr sacar el mayor partido a la información. Tras la revisión de las memorias de todos los centros se observaron algunos problemas a solucionar antes de poder explotar estas memorias en su totalidad y con unas correctas garantías de calidad de los datos.

Este trabajo de homogeneización de los datos fue, por tanto, un aspecto muy importante del proceso de evaluación. En este caso en particular, se aprovechó la oportunidad, además, para simplificar los contenidos de las memorias. Para ello el equipo de evaluación elaboró una propuesta de memoria para los diferentes tipos de recursos basadas en los propios contenidos de las memorias de los centros. Esas propuestas fueron discutidas en reuniones con los directores de cada tipo de centro y con los responsables de Plan de la Consejería hasta lograr consensuar un guión de memoria en el que se establecían de forma detallada los contenidos mínimos de las memorias y se clarificaban los términos incluidos en las mismas.

2. *Cuestionarios y entrevistas estructuradas con usuarios, familiares y profesionales*, muy útiles en la medida de aquellas variables del funcionamiento que afectan a los usuarios, así como en el ámbito de la medida de resultados de las intervenciones.
3. *Entrevistas en profundidad*, que se han adecuado en cada caso al problema o tipo de situación a tratar y tenían como objetivo principal el identificar las variables de funcionamiento y proceso del Plan, especialmente las relaciones establecidas entre las distintas estructuras implicadas en el Plan. Los informantes clave han sido usuarios, familiares, asociaciones, centros, y, en general, aquellas estructuras o grupos que pudieran aportar o jugar un papel relevante en las medidas evaluadas en cada ocasión.
4. *Sesiones o entrevistas de grupo*. Esta estrategia se muestra especialmente útil para la valoración del impacto y desarrollo global del Plan a su término.
5. *Otras técnicas*. El Plan establece algunos objetivos que quedan fuera del alcance de las técnicas habituales de medida en este tipo de programas, como aquellos que tienen que ver con cambios en la población general o en grupos amplios de la comunidad. En estos casos se han utilizado otras estrategias como por ejemplo el análisis de significado de diversos medios de comunicación.

Como ejemplo de la planificación realizada se incluye la tabla 1, en la cual se recogen algunos de los indicadores considerados para la evaluación de uno de los tipos de centros, los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), en las distintas fases de evaluación (implementación, proceso y resultados), así como su desarrollo temporal y el tipo de medidas empleadas para cada uno de ellos.

Desarrollo de la evaluación

A continuación se describe el trabajo realizado hasta el momento presentado en diferentes fases para su mejor comprensión, aunque en ningún caso deben considerarse fases consecutivas o estancas (Alvira, 1999).

1. Evaluación de la evaluabilidad

El primer paso en la evaluación de programas sociales tiene que ver con la estimación de la evaluabilidad, es decir, con las posibilidades para la evaluación del mismo. Se trata de anticipar las dificultades y/o facilidades que se van a encontrar a la hora de someter a contraste las distintas medidas o acciones incluidas en el programa, clarificar los propósitos de la evaluación y los puntos de vista de los implicados y de identificar las oportunidades de mejora del programa (Smith, 2005). En este caso se permitió al equipo de evaluación incorporarse a la redacción del Plan desde, prácticamente, sus orígenes. Este hecho facilitó el que la evaluación sirviera como herramienta de optimización de la redacción de los distintos objetivos, estrategias, programas y medidas incluidos en el Plan. El equipo colaboró en la redacción del Plan mediante la lectura crítica de los distintos borradores, sesiones de trabajo con los responsables de la redacción del Plan en la Consejería y propuestas de adaptación o modificación de medidas para facilitar su posterior evaluación a lo largo del período de puesta en marcha del Plan. Estas sugerencias fueron valoradas e incorporadas, en su caso, por los técnicos de la Consejería a lo largo del proceso de elaboración del Plan.

Tabla 1. Ejemplo de planificación de las distintas fases para los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)

ESTRATEGIA 1. DESARROLLO DE UNA RED SUFICIENTE DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL						
1. Programa de apoyo a la rehabilitación psicosocial		2003	2004	2005	2006	2007
M E D I D A S	CRPS	Incremento nº CRPS	Análisis de las memorias Entrevista con los responsables del Plan			
		Incremento nº plazas				
		Ratio plazas / habitantes				
		Territorialización				
		Temporalización				
		Plantilla	Análisis de las memorias Entrevista con los responsables y profesionales de los centros y con el responsable del Plan			
		Usuarios: • Número (por tipo de atención) • Adecuación al perfil				
		Actividades				
		Régimen de funcionamiento				
		Tasa de ocupación				
		Lista de espera	Cuestionarios			
		Satisfacción: • Familiares • Usuarios				
		Tasa de abandonos	Análisis de las memorias			
		Tasa de altas				
		Calidad				Valoración modelo EFQM
		Calidad de vida	Cuestionarios			
Funcionamiento psicosocial						
Bienestar general						
Carga familiar						

Código de colores

	Evaluación de la implementación y cobertura
	Evaluación del proceso
	Evaluación de los resultados

2. Evaluación de la implementación y cobertura.

Este momento de la evaluación tiene fundamentalmente tres objetivos: investigar si el Plan se ha implementado de modo correcto, es decir, si los programas se han puesto en marcha en el tiempo y en la forma prevista; analizar si existen diferencias entre el funcionamiento real y el previsto; y comprobar

hasta qué punto están llegando los programas a la población a la que van dirigidos.

De forma anual se ha ido comprobado el cumplimiento de la puesta en marcha de las diferentes medidas recogidas de forma muy detallada en el Plan. La tabla 2 recoge, a modo de ejemplo, el análisis del cumplimiento de algunos de los objetivos establecidos para el año 2006. Como puede verse en la tabla, se consideran tanto los objetivos de creci-

Tabla 2. Resumen del cumplimiento de algunos de los objetivos del Plan durante 2006

ESTRATEGIA 1. DESARROLLO DE UNA RED SUFICIENTE DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL					
1. Programa de apoyo a la rehabilitación psicosocial			Previsión 2006	2006	% de cumplimiento
	Centros de Rehabilitación Psicosocial	Nº CRPS	20	19	95%
		Plazas	1615	1440	89%
2. Programas de apoyo social e integración comunitaria			Previsión 2006	2006	% de cumplimiento
	Centros de día	Nº CD	17	22	129%
		Plazas	550	710	129%
	Equipos de apoyo	Nº de Equipos		23	230%
		Plazas		690	230%
3. Programa de rehabilitación laboral y apoyo a la investigación en el empleo			Previsión 2006	2006	% de cumplimiento
	Centros de Rehabilitación Laboral	Nº CRL	13	14	108%
		Plazas	650	680	105%
4. Programa de atención residencial y alojamiento con apoyo			Previsión 2006	2006	% de cumplimiento
	Miniresidencias	MR	20	16	80%
		Plazas	510	415	81%
	Pisos supervisados	Nº de pisos	50	44	88%
		Plazas	250	176	70%
	Plazas supervisadas en pensiones	Plazas	40	22	55%
Grado de cumplimiento global de plazas respecto a la previsión para finales de 2006: 106%					

miento concretos de cada una de las medidas como el objetivo global (en este caso referido al número total de plazas previstas).

La territorialización (es decir, la distribución adecuada de los recursos en los diferentes distritos y áreas de atención) y la cobertura (es decir, la ratio plazas / habitantes) se analizarán tan sólo al final del Plan, ya que en el mismo no se establecieron objetivos intermedios en relación con ambos aspectos.

3. Evaluación del proceso

En este momento de la evaluación, el énfasis se pone en el estudio de los procesos de funcionamiento cotidiano propios de la actividad técnico-profesional desarrollada en cada uno de los programas que integran el Plan. En este caso se ha contado, gracias a los detallados datos incluidos en las memorias, con información muy exhaustiva sobre el funcionamiento de cada centro, de cada tipo de recurso y del Plan en su totalidad. Algunos de los indicadores del proceso son comunes a todos los recursos

(derivaciones recibidas, usuarios atendidos, lista de espera, salidas y entradas producidas durante el año, etc.), mientras que otros son específicos para cada tipo de recurso, en función de sus características particulares. A modo de ejemplo, en la tabla 3, se ha recogido un resumen de algunos de los indicadores del funcionamiento de los CRPS recogidos en las memorias de los centros de este tipo correspondientes al 2006. Estos datos nos dan una visión del trabajo anual realizado en estos centros: derivaciones, personas atendidas, fases en las que se desarrolla la intervención, implicación de los familiares en dichas fases, etc.

Como puede observarse, los datos recogidos en la tabla ofrecen una visión panorámica del proceso de atención seguido en los CRPS. Desde la derivación la persona habrá de esperar un tiempo medio de alrededor de 3 meses para comenzar su evaluación en el centro (aunque inicialmente pudiera parecer un tiempo de espera largo debe considerarse que estamos hablando de un recurso especializado y que todas las personas se encuentran siguiendo ya un tratamiento). Durante los dos meses que dura una eva-

Tabla 3. Resumen de datos del proceso / funcionamiento en los Centros de Rehabilitación Psicosocial durante 2006

CRPS	
Datos globales de atención	
Derivaciones	323
Personas en lista de espera a final de año	154
Tiempo medio en lista de espera (en días)	87,43
Entradas	279
Reinicios	31
Salidas	290
Altas (1)	81
Bajas (2)	
Abandonos (3)	77
Usuarios atendidos	1390
Usuarios en atención a final de año	1102
En fase de evaluación	54
En fase de intervención	964
En fase de seguimiento	82
Fase de evaluación	
Usuarios evaluados	252
Familias que han participado en la evaluación	220
Tiempo entre el primer contacto y la Junta de evaluación (en días)	67,65
Sesiones realizadas	3514
Con el usuario	2695
Fuera del centro	209
Con la familia	819
Fuera del centro	99
Fase de intervención	
Tutorías	25485
Fuera del centro	854
Con psicólogo	21145
Intervención individual	10555
Fuera del centro	2156
Intervención grupal	
Usuarios	1003
Nº de programas	448
Fase de seguimiento	
Usuarios en fase de seguimiento	107
Nº de sesiones	1128
Fuera del centro	97

(1) Altas: Finalización de la intervención por cumplimiento de los objetivos planteados en el plan individualizado de rehabilitación.

(2) Bajas: Finalización de la intervención por otros motivos diferentes al cumplimiento de objetivos.

(3) Abandono voluntario: Finalización de la intervención por decisión del usuario.

luación media, el equipo del centro realizará sesiones tanto con el usuario como con su familia y tanto, dentro del centro y en los ambientes naturales (calle, hogar, etc.). La fase de intervención incluye trabajo individual, tanto en sesiones de tratamiento como en “tutorías” (sesiones individuales con el gestor de caso o tutor) y sesiones grupales, combinándose en la intervención dentro del centro y fuera del centro. Una estrategia similar se aborda durante la fase de seguimiento. Es decir, los datos muestran un estilo

de atención que incluye un abordaje de seguimiento de caso una vez finalizada la fase de intervención.

4. Evaluación de resultados

Teniendo en cuenta las características de la población objetivo de los recursos que se incluyen en el Plan, así como los objetivos de los recursos, se identificaron indicadores comunes para evaluar los

resultados de los distintos recursos, por ejemplo, satisfacción, tasa de abandonos y altas, calidad de vida, funcionamiento psicosocial, etc., algunos de los cuales implicaban el uso de instrumentos estandarizados. A estos indicadores se añadieron algunos específicos para cada tipo de recursos, en función de sus objetivos concretos y sus peculiaridades.

En algunos recursos la necesidad de instrumentos estandarizados era muy escasa ya que los indicadores más relevantes no lo requerían. Esto es especialmente evidente en algunos tipos de centros como los Centros de Rehabilitación Laboral, que tienen como objetivo general preparar a las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con dificultades específicas de acceso al mundo laboral para su reinserción laboral y apoyarles en la búsqueda y mantenimiento de un puesto de trabajo en el mercado laboral, por lo que los indicadores más importantes son los relacionados con dichos aspectos. Pero incluso en estos centros se hacía necesaria la utilización de instrumentos estandarizados para la evaluación de alguno de los dominios (satisfacción de los usuarios). La tabla 4, incluye, como ejemplo, algunos de los indicadores considerados en las memorias de este tipo de centros que hacen referencia a sus resultados. Así puede verse como los CRL obtienen unos resultados muy positivos, ya que la mitad de los usuarios atendidos por este tipo de centros tuvo alguna actividad

laboral durante el año 2006, la mayor parte de ellos en empresa ordinaria, de carácter privado.

Sin embargo, en otros recursos estos indicadores, se podría decir que más concretos o directos, son escasos, debido a que sus objetivos hacen referencia a conceptos menos específicos, por ejemplo, mejorar la calidad de vida, desarrollar autonomía personal y social, apoyar procesos globales de integración social u ofrecer soporte social, de los que es más difícil recoger datos directos. Por ello, fue necesario plantearse la necesidad de introducir algunas medidas que aportaran información complementaria sobre algunos indicadores de resultados, para lo cual se decidió utilizar una batería de instrumentos estandarizados de evaluación que fuesen aplicados por los propios profesionales de los centros.

Se valoró la posibilidad de hacer un estudio de investigación específico sobre los resultados obtenidos por estos centros, lo que aportaría una mayor calidad y garantía científica pero se descartó porque se pensó que sería más interesante que no fuese algo limitado en el tiempo y realizado exclusivamente de forma externa, sino que el interés por los resultados se debía instalar en la dinámica de los propios centros, aunque tuviese que ser un trabajo apoyado y supervisado de forma externa, por el equipo evaluador, para que la carga de trabajo sobre los profesionales no fuese excesiva.

Tabla 4. Ejemplos de indicadores de resultados incluidos en las memorias de los Centros de Rehabilitación Laboral correspondientes al año 2006

	Datos del 2006	
	n	%
Formación		
Personas que acceden a cursos de formación ocupacional durante el año	115	25
Empleo		
Usuarios con actividad laboral durante el año	266	50,7
Integraciones laborales	419	—
Empleos por tipo de empresa		
Empresa ordinaria	318	76,7
Empresa protegida	98	22,6
Empleos en empresas privadas y en el ámbito público		
Empresas privadas	268	68,0
Empresas públicas	144	30,6
Porcentaje de empleos por tipo de contrato sobre el total de empleos		
Indefinido	85	21,3
Temporal	304	75,5

El proceso para el incremento de la información sobre los resultados de los diferentes recursos fue el siguiente:

1. En primer lugar, se llevó a cabo una exhaustiva revisión de los dominios más utilizados en los trabajos de evaluación de este tipo de recursos, tras la cual se seleccionaron los que se pensaron que eran más relevantes en este tipo de recursos en relación con los objetivos de los mismos. Los dominios propuestos fueron: *Calidad de vida y funcionamiento psicosocial*, además de mantener la evaluación de la *satisfacción* de los usuarios con el recurso (que ya era evaluada en algunos recursos), aunque adaptándolo a las necesidades de cada tipo de recurso.

2. Tras seleccionar estos dominios, se buscaron instrumentos para su evaluación. Los criterios utilizados para buscar y seleccionar dichos instrumentos fueron: la utilización previa en estudios de evaluación de resultados de programas dirigidos a este colectivo, criterios psicométricos adecuados, brevedad y facilidad de aplicación y existencia de versión en castellano.

Una propuesta de dominios e instrumentos que fue presentada y discutida con los responsables del Plan y los directores de los centros (en representación de los profesionales ya que se hacía imposible incluir en el proceso a todos los profesionales de los centros). Los dominios e instrumentos seleccionados fueron:

- *Calidad de vida*: Satisfaction with life Domains Scale (SLDS; Baker e Intagliata, 1982).
- *Funcionamiento*: Global Assessment of Functioning (EEFG; Asociación Psiquiátrica Americana, 2002) y WHO Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-I; Organización Mundial de la Salud, 2000).
- *Satisfacción de los usuarios*: Cuestionario de Satisfacción Global (López, 1995).

Sin embargo, los participantes en estas reuniones señalaron algunos problemas del SLDS para la evaluación de la calidad de vida. Al no encontrarse otro instrumento que se ajustase mejor a las demandas de los profesionales se

decidió realizar un nuevo instrumento de evaluación partiendo de éste y respetando su esquema de formulación de preguntas y su escala de respuestas, que sí fueron considerados adecuados. Por lo tanto, sobre el SLDS se realizaron diferentes modificaciones a partir de la opinión de los profesionales de los centros.

También se consideró necesario adaptar el instrumento de satisfacción, elaborado específicamente para un tipo de centro (Centros de Rehabilitación Psicosocial) (López, 1995), al resto de centros realizando para ello pequeños ajustes.

3. Tras las modificaciones se elaboró un borrador que fue aplicado en un estudio piloto que fue llevado a cabo en un recurso de cada tipo para identificar posibles problemas en su aplicación.
4. Tras la realización de unos pequeños ajustes en los instrumentos se determinó el procedimiento para la aplicación de dichos instrumentos. Concretamente se acordó que estos instrumentos se aplicarían de la siguiente manera:
 - Cuestionario de calidad de vida e instrumentos de evaluación del funcionamiento: Aplicación en el momento de incorporación de la persona al centro, en el momento de la finalización de la intervención y a final de año a todos aquellos usuarios que se encuentren en atención en el centro.
 - Cuestionario de satisfacción de los usuarios: Aplicación en el momento en que el usuario finalice su intervención en el centro y de forma sistemática a final de año a todos aquellos usuarios que se encuentren en atención en el centro.

5. Se distribuyó la versión definitiva de los instrumentos y del procedimiento de aplicación a todos los centros, así como las bases de datos diseñadas para la codificación de la información de los instrumentos. La aplicación sistemática comenzó a finales de 2005.

Actualmente se encuentran en fase de análisis los datos obtenidos hasta el momento. En 2006 se aplicó el cuestionario de calidad de vida a aproximadamente 1100 personas y los instrumentos de evaluación de funcionamiento (EEFG y DAS-I) a más de 1400.

Como ejemplo, en la tabla 5, se muestran los datos de satisfacción de los usuarios con distintos aspectos relevantes de la atención proporcionada por los Centros de día en funcionamiento. Concretamente, respondieron al cuestionario de satisfacción el 55% de los usuarios atendidos por estos centros durante 2006. Estos datos permiten conocer la opinión de los usuarios con aspectos concretos e identificar, en caso necesario, posibles carencias o aspectos a mejorar en la atención proporcionada. Como se observa en la tabla, los resultados muestran un nivel de satisfacción general muy elevado, especialmente con las condiciones físicas de los centros y con la información y atención recibida. Resulta de especial interés el peso positivo que presenta la figura del tutor o gestor de caso, eje del esquema de atención en los centros, y los profesionales de atención directa. Datos todos ellos de gran utilidad y valor en la evaluación de este tipo de servicios.

Conclusiones y desarrollo futuro

En este artículo se ha presentado un ejemplo práctico de evaluación en recursos específicos de atención a personas con enfermedad mental grave y per-

sistente que, en este momento, se continúa aplicando en la Comunidad de Madrid. En primer lugar, este trabajo demuestra que este tipo de evaluaciones es posible si existe interés por parte de las administraciones, instituciones, organizaciones y responsables de los recursos, programas o planes, y que pueden llevarse a cabo con un coste razonable.

También muestra la posibilidad de que la evaluación se desarrolle de forma simultánea y muy ligada al desarrollo de los programas o planes, maximizando así su utilidad y aumentando las posibilidades de poder llevar a cabo la evaluación de una forma adecuada.

Sin embargo, para llevar a cabo una evaluación de este tipo resulta imprescindible contar con la buena disposición y la colaboración de los profesionales, de tal forma que la evaluación de resultados se pueda convertir en parte de la rutina habitual de los programas y, por tanto, en herramienta para la toma de decisiones sobre el funcionamiento de los mismos. No puede olvidarse que la utilidad práctica de estas evaluaciones es lo que las dota de sentido, utilidad en diferentes momentos o aspectos del desarrollo de los programas o intervenciones: durante la planificación, para la homogeneización o la comparación entre intervenciones, para la toma de decisiones sobre cambios a realizar, etc.

Tabla 5. Puntuaciones medias en satisfacción de los usuarios de los CD en funcionamiento durante 2006

	MEDIA (1-6)
¿Está usted satisfecho...	
en general, con los servicios que presta este centro?	4,91
con el tutor que le atiende en este centro?	5,15
en general, con las actividades en las que participa cuando acude a este centro?	4,89
con la frecuencia con la que debe acudir a este centro para realizar actividades?	4,80
con la limpieza e higiene de este centro?	5,34
con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales?	5,02
con la temperatura habitual que hace en el centro?	5,01
con los objetivos y metas que se persiguen con las actividades que lleva a cabo este centro?	4,98
con el interés que muestran y el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este centro?	5,08
en general con las instalaciones de este centro?	5,03
con el horario en que es citado para acudir a este centro a realizar las distintas actividades?	4,97
con los profesionales que le atienden en este centro?	5,24
con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este centro?	5,02
con el nivel de participación que le permiten en este centro?	4,98

Sin embargo, aunque aquí se ha presentado el diseño y desarrollo de este trabajo de evaluación, es importante no olvidar que la labor no ha terminado y la evaluación sigue actualmente desarrollándose por lo que quedan aún tareas por hacer. Uno de los objetivos más importantes en un futuro próximo es el de poder contar con datos de seguimiento de los usuarios de los servicios que permitan obtener información sobre sus cambios en diferentes aspectos en función de las intervenciones seguidas, así como conocer la evolución de los diferentes tipos de recursos a lo largo del tiempo.

Bibliografía

- Aguilar, M.J. y Ander-Egg, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Alvira, F. (1999). *Metodología de la evaluación de programas: un enfoque práctico*. Madrid: Colección política, servicios y trabajo social.
- Ayllon, T. y Azrin, N.H. (1968). Reinforcement sampling: A technique for increasing the behaviour of mental patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 13-20.
- Baker, F. e Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and program planning*, 5, 69-79.
- Baker, R., Hall, J.N., Hutchinson, K. y Bridge, G. (1977). Symptom changes in chronic schizophrenic patients on a token economy: A controlled experiment. *British Journal of Psychiatry*, 131, 381-393.
- Bond, G. (1992). Vocational Rehabilitation. En R. P. Liberman (Ed.). *Handbook of psychiatric rehabilitation*. Nueva York: MacMillan.
- Brenner, H.D., Roder, V., Hodel, B., Kienzle, N., Reed, D. y Liberman, R.P. (1994). *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients*. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Cohen, E. y Franco, R. (1993). *Evaluación de Proyectos sociales*. México: Siglo XXI.
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. y Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach*. Nueva York: Guilford Press.
- Eckman, T.A., Wirshing, W.C., Marder, S.R., Liberman, R.P., et al. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1549-1555.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., McGill, C.W., et al., (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- Fernández-Ballesteros, R (Ed) (1996). *Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
- González, J. y Rodríguez, A. (coords). (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.
- Guinea, R., Florit, A., González, J., Vallespi, A., Andrés, J., Touriño, R. Et al. (2006). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Madrid: IMSERSO.
- Hargreaves, W., Shumway, M., Hu, T., y Cuffel, B. (1998). *Cost-outcome methods for mental health*. New York: Academic Press.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J. et al., (1986). Family education, social skills training and maintenance chemotherapy in aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Kazdin, A.E. (1982). The token economy: A decade later. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 431-445.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Liberman, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martinez Roca.
- Liberman, R.P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Nueva York: Oxford University Press.
- Liberman, R.P. y Green, M.F. (1992). Whither cognitive therapy for schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 27-35.
- López, A. (1995). *Evaluación de programas de rehabilitación psicosocial: calidad de vida y*

- satisfacción. Málaga: Universidad de Málaga (Tesis doctoral).
- López, M., Laviana, M., García-Cubillana, P., Fernández, L., Moreno, B y Maestro, J.C. (2005). *Rehabilitación psicosocial*, 2, 2-15.
- Mendito, A.A., Valdes, L.A. y Beck, N.C. (1994). Implementing a comprehensive social-learning program within the forensic psychiatric service of Fulton State Hospital. En P.W. Corrigan y R. P. Liberman (Eds.). *Behavior therapy in psychiatric hospitals*. Nueva York: Springer.
- Mueser, K.T., Wallace, C.J. y Liberman, R.P. (1995). New developments in social skills training. *Behavior Change*, 12, 31-40.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Muñiz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L y Díez, M. (1999). Evaluación de resultados en la esquizofrenia: Un ejemplo de aplicación en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Intervención psicosocial*, 8, 1, 73-87.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (2002). *A guide to treatments that work 2ª Ed.*. Nueva York: Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Ginebra: WHO.
- Pérez Alvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., y Amigo, I. (Eds.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (3 volúmenes: Adultos, Psicología de la Salud, Infancia y Adolescencia). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Schooler, N. (1986). Advances in maintenance treatment. *Psychiatric Annals*, 26, 519-522.
- Scriven, M. (2003). Evaluation: Programme evaluation. En R. Fernández Ballesteros (Ed.). *Encyclopedia of Psychological Assessment*. Londres: Sage.
- Tarrier, N., Beckett, R. y Harwood, S. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug resistant psychotic symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- Vázquez, C., Muñoz, M., Muñiz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L y Díez, M. (2000). La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 20, 74, 207-228.
- Wholey, J.S., Hatry, H.P. y Newcomer, K.E. (2004). *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.

Manuscrito Recibido:20/10/2007

Revisión Recibida: 13/10/2008

Aceptado:22/10/2008