

INVESTIGACIONES APLICADAS

Utilidad de un programa de entrenamiento en detección de trastornos psicológicos en centros de atención a víctimas de exclusión social

Utility of a program of training in detection of psychological disorders in social exclusion centers

Ana Belén SANTOS OLMO*
Manuel MUÑOZ LÓPEZ*
Aída DE VICENTE COLOMINAS*
Eloísa PÉREZ SANTOS*

Fecha de Recepción: 18-09-2003

Fecha de Aceptación: 09-01-2005

RESUMEN

Introducción: En el presente trabajo se revisan las principales barreras que afectan a las personas que sufren procesos de exclusión social en su acceso a los servicios de salud mental y se analizan las principales alternativas de intervención. Se resalta la búsqueda activa (outreach) como principal estrategia de superación de dichas barreras y, en especial, el papel de los programas de entrenamiento de los profesionales y voluntarios de atención directa en la detección de trastornos psicológicos que permitan iniciar de forma más rápida el proceso de atención.

Métodos: Se diseñó y se sometió a prueba un programa de Educación y entrenamiento para la detección de trastornos mentales graves en Personas Sin Hogar (12 horas: 6 módulos de entrenamiento en detección y manejo de trastornos de Ansiedad, Estado de Ánimo, Esquizofrenia, Trastornos Cognitivos y Abuso de Alcohol y otras drogas).

Se entrenó a los profesionales del centro y se contrastó la concordancia de sus diagnósticos con los realizados mediante instrumentos estandarizados: Entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2002; Mini-mental (Foldstein et al., 1975) y SCID-I (First et al., 1999).

Resultados: Se observó una mejoría muy importante en todos los índices de concordancia entre el personal del centro y los instrumentos estandarizados. Mejoraron igualmente los índices de sensibilidad y especificidad y el poder predictivo de los diagnósticos realizados por los profesionales.

Conclusiones: Se revisan los principales resultados desde el punto de vista de su utili-

* Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

dad inmediata en su aplicación en centros de atención a personas con problemas de exclusión social en los que el personal de atención directa a los usuarios no tenga una formación en diagnóstico y en Salud Mental.

PALABRAS CLAVE

Exclusión social, Búsqueda activa, Formación, Personas sin hogar, Detección de psicopatología.

ABSTRACT

Introduction: In the present article the main barriers affecting excluded people access to health services are analyzed. The main intervention alternatives are revised. Outreach orientation in the intervention process is presented like the more useful strategy to break these barriers. The role of psychological disorders screening training programs is delimited.

Methods: An education and training program in mental health screening in homeless persons was designed (12 hours: 6 training modules in detection and management of Anxiety, Mood disorders, Schizophrenia, Cognitive disorders and Alcohol and other drugs abuse).

The professionals were trained and their diagnostics compared with the obtained with some well-standardized screening and diagnostic instruments: Screening interview (Vázquez & Muñoz, 2002; Mini-mental (Foldstein et al., 1975; SCID-I (First, et al. 1999).

Results: An improvement in the agreement indexes among professionals and standardized instruments is observed. In the same way, specificity, sensibility and predictive power of staff diagnostics have increased after the training program.

Conclusions: The results are analyzed from their usefulness and rapid application by workers without specific mental health training of excluded people centers.

KEY WORDS

Social exclusion, Outreach, Training, Homeless, Psychopathological screening.

Agradecimientos: Queremos agradecer a la dirección del Centro San Vicente de Paul y a toda su plantilla la colaboración prestada para la realización del presente estudio. Este trabajo se ha financiado parcialmente con el Proyecto Inclusión (Plan Nacional I+D+I, 2000-2003).

INTRODUCCIÓN

Como ha quedado establecido las personas sin hogar y las que utilizan recursos para esta población sufren un número elevado de problemas psicológicos y de uso de drogas y alcohol que en muchas ocasiones se ven agravados por la falta de tratamiento (Koegel, Burnam & Farr, 1988; Greifenhagen y Fichter, 1997; Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003). Sin embargo, una de las características del sistema sanitario español y europeo es su universalización - en nuestro país desde 1989-, característica que garantiza el derecho a disfrutar del mejor estado de salud posible de acuerdo a las circunstancias personales y sociales de cada uno. Con ello, se reducen o atenúan los efectos de la exclusión en grupos marginales o de rentas muy bajas. A pesar de este avance tan notable, diversos autores (Timms, 1996; Craig y Timms, 2000; Craig, Brandt, Leonori & Muñoz, 2002) señalan la existencia de tres tipos de barreras de acceso a los servicios de salud para las personas que sufren procesos de exclusión social y que padecen un trastorno mental que hacen que el contacto de esta población con los servicios sanitarios sea puntual, descoordinado, con muy difícil seguimiento y con niveles mínimos de eficacia. Las barreras que señalan estos autores son las siguientes:

1) Barreras para superar el trastorno mental y sus consecuencias, dado que las enfermedades físicas y los trastornos mentales limitan al individuo y su capacidad de afrontamiento de distintos aspectos de la vida cotidiana.

2) Barreras debidas a la pobreza, señalando que las ayudas económicas oficiales que pueden percibir las personas con trastorno mental suelen ser insuficientes, permitiéndoles cubrir únicamente sus necesidades más básicas,

como son la comida y, en el mejor de los casos, el alojamiento.

3) Barreras provenientes del aislamiento social en el que viven la mayoría de estas personas. La falta de contacto con familiares próximos, amigos, profesionales, etc. dificulta el acceso a los servicios, al no disponer de acompañamiento.

4) Barreras dentro de los propios servicios, debido a la fragmentación de los servicios de salud y la pobre integración de la atención médica y social que suponen una barrera a la hora de trabajar con una población que no sólo padece problemas de salud física, sino también problemas de salud mental junto con un fuerte proceso de exclusión social.

Son estas dificultades de acceso a la red de servicios de salud de las que parte este estudio a la hora de proponer la estrategia de búsqueda activa (*outreach*) como modo de mejorar la asistencia psicológica o psiquiátrica a las personas con trastorno mental en situación de exclusión social, en concreto, las personas que hacen uso de servicios para personas sin hogar (PSH).

La estrategia de búsqueda activa es un tipo de aproximación al usuario con problemas de salud mental que promueve una línea de actuación novedosa consistente en que los trabajadores salgan fuera de la oficina, del despacho o de la consulta y se inserten dentro de la comunidad, consiguiendo así que contacten con la gente en su propio ambiente, cualquiera que éste sea (en su casa, en una cafetería, en la calle...) (Winchester y Lloyd, 2002).

Es un tipo de estrategia que sigue una filosofía **activa**, rompiendo con la pasividad, válida en otras poblaciones, con la que el terapeuta espera en su consulta al paciente, saliendo a la calle a buscarlo;

ecológica, partiendo del propio ambiente de la persona con trastorno mental; y **multidisciplinar**, participando en todo el proceso distintos profesionales e incluso voluntarios.

En general, cualquier programa de este tipo tiene cinco tareas inherentes al modelo de búsqueda activa (Morse, Calsyn, Miller *et al.*, 1996):

1. Establecimiento de contacto con la comunidad o con los beneficiarios potenciales del programa, asegurando la credibilidad del equipo de profesionales;
2. Identificación de personas con trastorno mental, tarea en la que se centra este estudio;
3. Enganche de los clientes;
4. Evaluación y planificación del tratamiento;
5. Seguimiento.

Las estrategias de búsqueda activa más utilizadas para llevar a cabo la tarea de identificación de personas con trastorno mental son:

1. Cartas o llamadas telefónicas informando de nuevos sistemas de tratamiento para personas con sospecha de trastorno mental incluidas en algún registro (McFall, Malta, Fontana, *et al.*, 2000).
2. Personal cualificado y con formación clínica que acude al lugar donde se encuentra la población de riesgo. Suelen ser grupos formados por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros psiquiátricos (Morris y Warnock, 2001; Draper, 2000; Fisk, Rowe, Laub *et al.*, 2000; Kaspro, Rosenheck, Frisman *et al.*, 2000; Levy, 2000; Rosenheck, 2000; Warnes y Crane, 2000; Witbeck Hornfeld y Dalack, 2000; Lam y Rosenheck, 1999; Rosenheck, Frisman y Kas-

prow, 1999; Cuijpers, 1998; Frisman y Rosenheck, 1997; Rosenheck y Lam, 1997a, 1997b; Stovall, Cloninger y Appleby, 1997; Buhrich y Teesson, 1996).

3. Programas de Educación y Entrenamiento, dirigidos a las personas que mantienen un contacto continuado y periódico con la población de riesgo, bien sean estos los trabajadores de un centro; los padres, profesores o cuidadores; o bien paraprofesionales (Tischler, Vostanis, Bellerby *et al.*, 2002; Center for autistic children of Philadelphia, 2000; Rabins, Black, Roca *et al.*, 2000; Black, Rabins, German *et al.*, 1998; Timms, 1998; Zigler y Gilman, 1998; Musser y Carrillo, 1997; McGorry, Edward, Mihalopoulos *et al.*, 1996; Stolee, Kessler y LeClair, 1996). Ésta es la estrategia que se ha adoptado en el presente estudio, diseñando y llevando a cabo un programa de educación y entrenamiento para la detección de trastornos mentales en situaciones naturales.

Por otro lado, las poblaciones que se benefician de la búsqueda activa son aquéllas que, bien por las características de sus individuos o por las características del trastorno que presentan, tienen una escasa probabilidad de acceder por sus propios medios a los servicios de salud mental. Así, los estudios más relevantes se han centrado en niños y adolescentes (Center for autistic children of Philadelphia, 2000; Zigler y Gilman, 1998); veteranos de guerra (McFall, Malta, Fontana, *et al.*, 2000; Frisman y Rosenheck, 1997; Stovall, Cloninger y Appleby, 1997); ancianos (Draper, 2000; Rabins, Black, Roca *et al.*, 2000; Black, Rabins, German *et al.*, 1998; Cuijpers, 1998; Stolee, Kessler y LeClair, 1996); refugiados e inmigrantes (Musser y Carrillo, 1997); y PSH (Tischler, Vostanis, Bellerby *et al.*, 2002; Morris y Warnock, 2001; Fisk, Rowe, Laub *et al.*, 2000; Kaspro, Rosenheck, Frisman *et al.*, 2000;

Levy, 2000; Rosenheck, 2000; Warnes y Crane, 2000; Witbeck Hornfeld y Dalack, 2000; Lam y Rosenheck, 1999; Rosenheck, Frisman y Kaspro, 1999; Timms, 1998; Frisman y Rosenheck, 1997; Rosenheck y Lam, 1997a, 1997b; Buhrich y Teesson, 1996), población en la que se ha centrado este trabajo.

Los beneficios de la aplicación de las estrategias de búsqueda activa en la población sin hogar son los siguientes:

- Potenciar y optimizar la detección de PSH con trastorno mental grave.
- Conseguir que cada vez un mayor número de casos detectados (susceptibles de padecer un trastorno mental) acudan finalmente a tratamiento, insertándose dentro de la red de salud mental.
- Favorecer la utilización sistemática de los servicios sociales y de salud, venciendo la reticencia de las PSH a acudir a las instituciones.
- Identificar necesidades de las PSH con trastornos mentales graves, con el fin de mejorar su calidad de vida y conseguir que salgan de la situación de exclusión social en la que se encuentran.
- Mantener un contacto continuado y periódico con las PSH detectadas, evaluadas y tratadas, con el fin de evitar recaídas y de ayudarles a solucionar posibles problemas que se les planteen en el proceso de normalización de su situación.
- Mejorar la atención inmediata al reconocer los profesionales mejor las necesidades y problemas de cada persona.

En definitiva, el desarrollo de este estudio parte de tres hechos, por un lado, una alta prevalencia de los trastornos menta-

les en las PSH (Vázquez y Muñoz, 2001; Leonori, Muñoz, Vázquez *et al.*, 2000; Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997; Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995); por otro lado, las graves dificultades de acceso a los servicios de salud mental de estas poblaciones (Timms, 1996; Craig y Timms, 2000); y, finalmente, la no existencia, hasta donde conocemos, de programas de este tipo en el contexto español.

Así, se ha diseñado un programa de entrenamiento para la detección de usuarios de servicios para PSH con trastornos mentales graves, el “Programa de Educación y Entrenamiento para la Detección de Trastornos Mentales Graves en Personas Sin Hogar”, dentro de una estrategia de búsqueda activa.

Se formó con este programa a los trabajadores del Programa Integrado San Vicente de Paul en Madrid (el Programa Integrado San Vicente de Paul de Madrid dispone de un comedor social, un centro de día para PSH, talleres ocupacionales y de formación, programas de integración y pisos protegidos. Se atiende un total de más de 1000 personas en situación de exclusión social mensualmente). Se escogió este centro porque permanece abierto todo el año; tiene en su plantilla tanto trabajadores sociales, como voluntarios, todos ellos sin ninguna formación clínica específica, que atienden a una gran cantidad de usuarios con situaciones vitales muy heterogéneas, entre ellos, un número importante de personas con trastornos mentales.

OBJETIVOS

Con este estudio se pretende introducir las estrategias de búsqueda activa dentro de los servicios de atención a las PSH, en concreto, la introducción de cursos de formación, con el fin de conseguir una mejor atención inmediata y facilitar el contacto con la red de salud mental de todas aquellas personas con posibles

trastornos psicológicos. Puntos, ambos, que deben provocar una mejora significativa en el bienestar y calidad de vida de las personas que sufren este tipo de problemas. Por último, se pretende sensibilizar e implicar a la administración pública, programas, centros, profesionales, organizaciones privadas y opinión pública respecto a la necesidad y utilidad de orientar la actitud pasiva, imperante en la actualidad en los servicios sociales y sanitarios, hacia una posición más activa, como la que implica las estrategias de búsqueda activa.

De forma más concreta, pueden señalarse los siguientes objetivos específicos:

(1) Diseñar el “Programa de Educación y Entrenamiento para la Detección de Trastornos Mentales Graves en Personas Sin Hogar”, dirigido a profesionales y voluntarios que trabajen con personas en situación de exclusión social.

(2) Evaluar la efectividad del mismo para la detección del trastorno mental, entrenando a los trabajadores y voluntarios de un centro de día para PSH.

HIPÓTESIS

El estudio sometió a prueba una hipótesis principal: Existirá una mejora en el nivel de acuerdo en la detección de casos positivos y negativos (entre el diagnóstico de los trabajadores del centro y el diagnóstico de los instrumentos estandarizados) obtenido tras la aplicación del *Programa de Educación y Entrenamiento*, en comparación con el obtenido en un momento previo a la aplicación de dicho programa.

METODOLOGÍA

Dado el complejo diseño del estudio, se expone en esquema su organización (ver Fig. 1).

A. Programa de educación y entrenamiento

En primer lugar, se contactó con el Programa de Atención Integral San Vicente de Paul y se diseñó el Programa de Educación y Entrenamiento, atendiendo a los objetivos de la investigación y a las necesidades del centro. Se diseñó un programa de una duración total de 12 horas y compuesto por 6 módulos de 2 horas de duración cada uno. Se preparó un material escrito y audiovisual de apoyo al programa. Los contenidos se detallan a continuación:

Módulo 1: Habilidades de detección y manejo del Trastorno Mental.

- Qué es la Salud Mental
- Evaluación de la Conducta Anormal
- Habilidades de manejo del trastorno mental: habilidades de comunicación y habilidades en el trato con personas delirantes y con personas violentas.

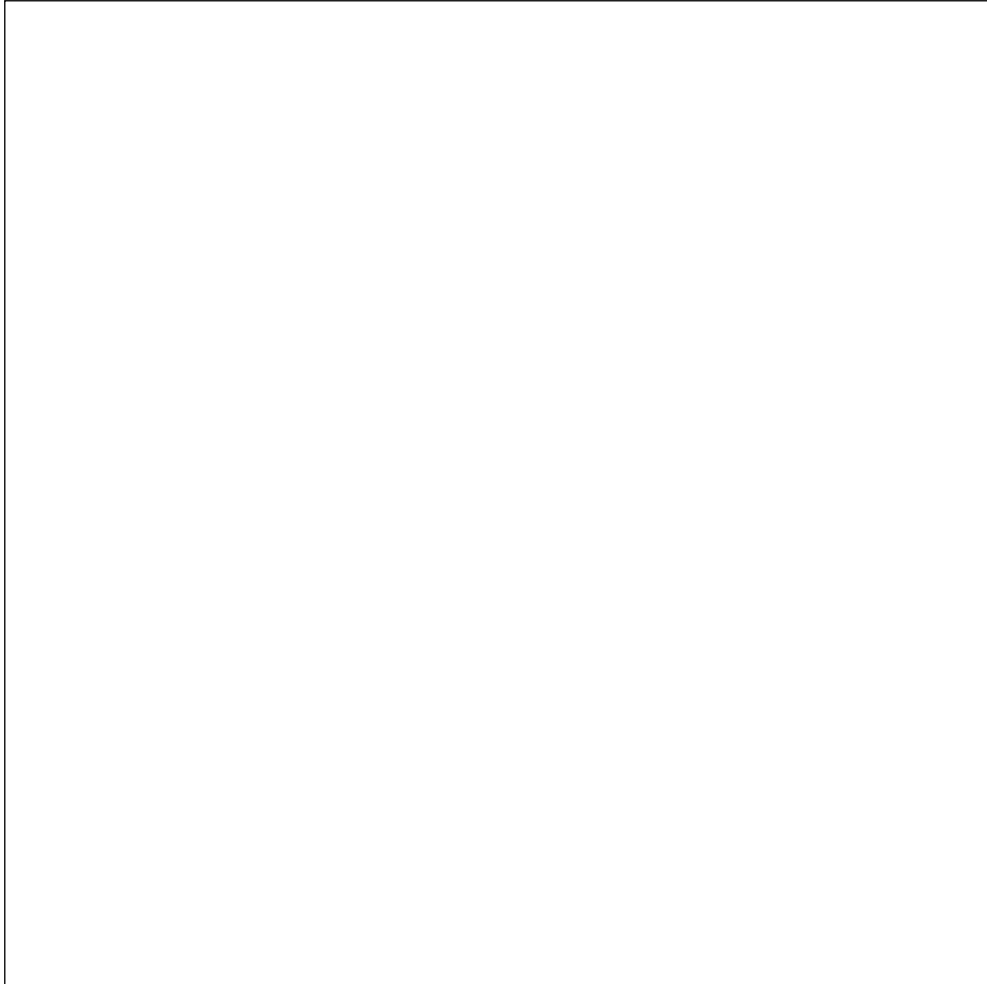
Módulos 2 a 6:

- Trastornos de Ansiedad
- Trastorno Depresivo Mayor
- Esquizofrenia
- Trastornos Cognitivos
- Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas

Estos últimos cinco módulos compartían la misma estructura interna: descripción general del trastorno; criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000); y, finalmente, un protocolo breve de identificación del trastorno en cuestión, con preguntas clave y signos observables.

Se suministró material explicativo por

Figura 1, Esquema de la organización del diseño del estudio



escrito de cada uno de los módulos a los trabajadores del centro que asistieron al mismo.

Tras el diseño y la puesta en contacto con el Centro, se pasó a la medida pretratamiento.

B. Medida pretratamiento

En este momento de medida, tenemos

que señalar la existencia de dos tipos de participantes en el curso, por un lado los profesionales y voluntarios, cuyo proceso de decisión diagnóstica se ha puesto a prueba, antes y después de que recibieran el Programa de Educación y Entrenamiento; y, por otro lado, los usuarios evaluados.

Las cuatro trabajadoras del Centro que participaron en el estudio eran todas ellas mujeres con una edad media de 41 años, dos de ellas eran trabajadoras

sociales y las otras dos eran las voluntarias encargadas de los talleres. Los años de experiencia en el ámbito de la exclusión social se repartían al 50% entre 1 y 5 años y más de 5 años.

Respecto a los usuarios evaluados, sobre el listado general de personas que habían acudido al centro en el mes de Enero de 2002 y el listado de los asistentes a los talleres, se llevó a cabo el proceso de selección aleatoria (ver Tabla 1). Este proceso consistió en elegir 1 de cada 4 personas del listado general (25% del total de los usuarios) y 1 de cada 2 personas del listado de talleres (50% del total de los asistentes). En este caso, se amplió el porcentaje de usuarios seleccionados dado el escaso número de asistentes a talleres. Se eligió al azar el usuario por el que comenzaría la selección en ambos casos.

Sobre esta muestra, se pidió a los trabajadores que clasificaran a los usuarios en positivos (susceptibles de padecer algún trastorno mental) y negativos (no susceptibles de padecer ningún trastorno mental).

Posteriormente, para comprobar la precisión de la identificación del trastorno mental de los trabajadores, se realizó una evaluación de contraste con instrumentos estandarizados: Entrevista de Detección (Vázquez y Muñoz, 2002), entrevista que contiene preguntas clave para determinados trastornos mentales; el Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein y McHugh, 1975); y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First, Spitzer, Williams et al., 1999). El procedimiento fue el siguiente: Se aplicaba a todas las personas seleccionadas la Entrevista de Detección, en aquellos casos posiblemente positivos se procedía a administrar la SCID-I. El Mini-mental se utilizó en aquellos casos de posible trastorno cognitivo severo. La entrevistadora fue la misma en todos los casos y era ciega al diagnóstico previo. En un principio, el objetivo del

estudio era realizar la evaluación de contraste con los instrumentos estandarizados a todos las personas identificadas como positivos y a un 10% de los identificados como negativos. En el caso de los positivos, esto no pudo llevarse a efecto, por distintos motivos (no dominio del castellano, no querer participar en el estudio o abandono del centro). En total, en el momento de medida pre se llevaron a cabo 24 evaluaciones con instrumentos estandarizados, 12 identificados como positivos por los trabajadores y 12 como negativos (ver Tabla 2).

Para la obtención del grado de acuerdo pre, reflejado en los índices estadísticos "índice kappa", "sensibilidad", "especificidad" y "poder predictivo", se compararon los casos positivos y negativos identificados por trabajadores no entrenados y los casos positivos y negativos identificados por los instrumentos estandarizados.

Tras el momento de medida pre, se pasó a la administración del programa.

C. Administración del Programa de Educación y Entrenamiento

El programa se administró en seis sesiones, correspondientes a los seis módulos, dedicándose parte de la última sesión a la evaluación del mismo. Por un lado, una evaluación objetiva mediante la resolución de casos prácticos extraídos del *Libro de Casos del DSM-IV* (Spitzer, Gibbon, Skodol et al., 1999), y por otro lado, una evaluación subjetiva mediante una versión adaptada del Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ-8) (Larsen, Attkisson, Hargreaves et al., 1979; Roberts y Attkisson, 1983).

D. Medida post-tratamiento

Dos semanas después de la administración del programa, se pasó a tomar la

medida post-tratamiento. En este momento post, se llevó a cabo el mismo proceso de selección aleatoria de los usuarios a evaluar. Como en la medida pre, no se pudo hacer la evaluación con los instrumentos estandarizados a todos los casos positivos. En total, en el momento de medida post se llevaron a cabo 27 evaluaciones con instrumentos estandarizados, 16 identificados como positivos por los trabajadores y 11 como negativos (ver Tabla 2). A todas las personas que finalmente fueron entrevistadas se les pidió su colaboración voluntaria, anónima y confidencial en el estudio.

Cabe resaltar que las muestras de

usuarios de la medida pre y post son equivalentes en las variables edad, género y nacionalidad (ver Tabla 2).

La comparación que se estableció fue la misma que en el momento de medida pre, es decir, entre los casos positivos y negativos identificados por trabajadores ya entrenados y los casos positivos y negativos identificados por los mismos instrumentos estandarizados. Tras esta comparación se obtuvo el grado de acuerdo post, reflejado en los mismos índices estadísticos.

La comparación final se estableció entre los grados de acuerdo pre y post.

Tabla 1. Proceso de selección de la muestra de participantes

		Momento de Medida Pre	Momento de Medida Post
Total de usuarios	Listado total de usuarios	548	540
	Asistentes talleres	14	14
	Total	562	554
Selección aleatoria de la muestra de participantes	Listado total de usuarios	137 (25%)	135 (25%)
	Asistentes talleres	7 (50%)	7 (50%)
	Total	144	142
Identificación de casos positivos y negativos	Positivos	28	27
	Negativos	116	115
Evaluaciones realizadas (instrumentos estandarizados)	Positivos	12	16
	Negativos	12 (10% de los negativos)	11 (10% de los negativos)
	Total	24	27

Tabla 2. Descripción de las variables género, edad y nacionalidad de la muestra de participantes (medidas pre y post-tratamiento)

Variables sociodemográficas	Grupo medida pretratamiento N (%)	Grupo medida post-tratamiento N (%)
Género × Varones	21 (87.5%)	25 (92.6%)
Edad	51.21 (s.d.= 10.87)	51.52 (s.d. = 12.33)
Nacionalidad × Nacionalidad española × Otras nacionalidades	12 (50%) 12 (50%)	16 (59.3%) 11 (40.7%)

RESULTADOS

1. Evaluación del Programa de Educación y Entrenamiento: Casos Prácticos y Satisfacción. En cuanto a los resultados de la evaluación objetiva de los conocimientos adquiridos con el Programa de Educación y Entrenamiento, todos los trastornos fueron correctamente identificados por la mayoría de las asistentes al curso, obteniéndose un porcentaje de acierto del 100% en los trastornos de Esquizofrenia, Trastornos Cognitivos y Abuso/Dependencia de Alcohol y Drogas. En el resto de trastornos sólo falló una de las participantes (ver Tabla 3).

- La persona que impartió el programa.

- Acerca de la posibilidad de impartir un curso de estas características en otros centros.

Por otro lado, manifestaron un nivel de satisfacción medio-elevado acerca de:

- El hecho de que habían recibido el tipo de información que esperaban.

- La utilidad del contenido del curso a la hora de identificar y detectar el trastorno mental grave en su trabajo.

Tabla 3. Resultados de la evaluación del Programa de Educación y Entrenamiento: casos prácticos

TRASTORNOS EVALUADOS	TRABAJADORES PAIVP (N=4)	
	ACIERTOS N (%)	FALLOS N (%)
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	3 (75%)	1 (25%)
Trastorno de Estrés Postraumático	3 (75%)	1 (25%)
Crisis de Angustia	3 (75%)	1 (25%)
Depresión	3 (75%)	1 (25%)
Esquizofrenia	4 (100%)	0 (0%)
Trastornos Cognitivos (Demencia)	4 (100%)	0 (0%)
Abuso/Dependencia de Alcohol y Drogas	4 (100%)	0 (0%)

Respecto a la evaluación de la satisfacción con el Programa de Educación y Entrenamiento, todas las participantes se mostraron muy satisfechas con el curso. En general, manifestaron máxima satisfacción a propósito de los siguientes puntos:

- Calidad y características generales del programa.

- El hecho de que se les hubiera dado todo el material por escrito.

- La posibilidad de volver a recibir un curso de estas características en el futuro.

2. Evaluación del Acuerdo en la Identificación del Trastorno Mental Grave. Para analizar el aumento del grado de acuerdo entre el diagnóstico llevado a cabo por los trabajadores del Centro y el derivado de los instrumentos estandarizados, tanto en el momento de medida pre como en el post, se ha calculado el índice kappa (general y de cada categoría diagnóstica) y los índices de

Sensibilidad, Especificidad y Poder Predictivo.

Índice Kappa

Respecto a los resultados del índice kappa, tanto para el momento de medida pre (grado de acuerdo entre la identificación del trastorno mental llevada a cabo por los trabajadores antes del entrenamiento y la identificación hecha con instrumentos estandarizados) como para el post (grado de acuerdo entre la identificación del trastorno mental llevada a cabo por los trabajadores ya entrenados y la hecha con instrumentos estandarizados), se observa un aumento del grado de acuerdo, pasando de un kappa no significativo de 0.333 ($p = 0.098$), valor inaceptable del índice, en el momento de medida pre, a un kappa significativo ($p = 0.000$) de 0.693, valor bueno y próximo a excelente, en el momento de medida post (ver Tabla 4).

cognitivo. En este análisis no aparecen los Trastornos de Ansiedad dado que no se diagnosticaron en ningún momento de medida, ni por los trabajadores ni por los instrumentos estandarizados.

Como puede verse en la Tabla 5, tanto en la Esquizofrenia como en el Abuso y Dependencia de Drogas, se partía de valores significativos y buenos del índice. En estos trastornos se llegaron a obtener índices kappa perfectos, es decir, iguales a 1. Respecto al Abuso y Dependencia del Alcohol, se partía de un nivel asintótico del índice kappa que se mantuvo en el momento de medida post. Sorprendentes resultan los datos referentes a la Depresión, puesto que en el momento pre, no sólo se obtuvo un valor de kappa no significativo, sino que además fue negativo e inaceptable, obteniéndose, tras el curso de formación, un valor excelente y significativo. Respecto a la Demencia, tras la situación que se dio en el momento pre, en el que no lo consideraron un trastorno

Tabla 4. Grado de acuerdo pre y post entre la identificación del trastorno mental llevada a cabo por los trabajadores del PAIVP y la identificación hecha con instrumentos estandarizados: Índice Kappa y niveles de significación

Valor kappa (Nivel de significación)	
Momento Pre	Momento Post
0.333 ($p = 0.098$)	0.693** ($p = 0.000$)

* $P = 0.05$
 ** $p = 0.01$

Respecto al índice kappa obtenido para cada categoría diagnóstica, se incluyen en este análisis el Trastorno Depresivo Mayor, la Esquizofrenia, los Trastornos Cognitivos, el Abuso y Dependencia de Alcohol y el Abuso y Dependencia de Drogas. En los Trastornos Cognitivos sólo aparecen los resultados del momento post, dado que en la medida pre los trabajadores no identificaron ningún caso, a pesar de que tres de los usuarios evaluados mostraban signos de deterioro

a detectar, se pasó a conseguir un valor bueno y significativo del índice kappa en el momento post.

Índices de Sensibilidad, Especificidad y Poder Predictivo (Positivo y Negativo)

Respecto a los índices de Sensibilidad, Especificidad y Poder Predictivo se observa un aumento en todos ellos en el

Tabla 5. Grado de acuerdo pre y post entre la identificación de cada categoría diagnóstica llevada a cabo por los trabajadores del PAIVP y la identificación hecha con instrumentos estandarizados: Índice Kappa y niveles de significación

	Kappa (nivel de significación)	
	Pre	Post
Depresión	- 0.059 ($p= 0.758$)	0.780** ($p= 0.000$)
Esquizofrenia	0.500** ($p= 0.013$)	1.000** ($p= 0.000$)
Trastornos Cognitivos	---	0.521** ($p= 0.002$)
Abuso y Dependencia de Alcohol	0.833** ($p= 0.000$)	0.867** ($p= 0.000$)
Abuso y Dependencia de Drogas	0.647** ($p= 0.001$)	1.000** ($p= 0.000$)

momento de medida post, siendo este aumento significativo a un nivel de 0.05 para la Sensibilidad (ver Tabla 6).

CONCLUSIONES

De acuerdo a la evidencia encontrada, en primer lugar debe resaltarse la alta aceptación del programa por parte de los profesionales y su buen rendimiento en el mismo (pruebas de satisfacción y aprendizaje). En segundo lugar, puede apuntarse hacia una confirmación de la hipótesis de la investigación, es decir, se observa una mejora en el nivel de acuerdo entre el diagnóstico llevado a cabo por los trabajadores y el diagnóstico llevado a cabo mediante instrumentos estandarizados en la detección de casos positivos y negativos obtenido tras la aplicación del Programa de Educación y Entrenamiento, en comparación con el obtenido en un momento previo a la aplicación de dicho programa.

De esta forma, con el desarrollo de

este programa se ha dado respuesta a los objetivos planteados:

- Se ha creado un material escrito para la formación y el entrenamiento en la detección del trastorno mental grave, en este caso en población sin hogar, para profesionales y voluntarios sin formación clínica (disponible en la Facultad de Psicología de la UCM).
- Se ha iniciado un proceso de inclusión de estrategias de búsqueda activa dentro de los servicios de atención a las PSH, en concreto, la introducción de cursos de formación, sumándonos a la línea de trabajo europea.
- Se ha mejorado la detección de personas susceptibles de padecer un trastorno mental, lo que repercutirá en que cada vez un mayor número de casos detectados acudan finalmente a tratamiento, insertándose en la red de salud mental normalizada. Esta mejora en la detección supone, además:

Tabla 6. Índices de sensibilidad, especificidad, PPP y PPN del proceso diagnóstico trabajadores del PAIVP (contrastado con diagnóstico instrumentos estandarizados). Chi-cuadro y nivel de significación: Momentos pre y post

	Momento de Medida Pretratamiento	Momento de Medida Post-tratamiento	Valor del estadístico chi-cuadrado	Nivel de significación
Sensibilidad	0.643	0.875	3.756*	0.050
Especificidad	0.700	0.818	0.732	0.392
Poder predictivo positivo	0.750	0.875	1.333	0.248
Poder predictivo negativo	0.583	0.818	2.496	0.114

* $P = 0.05$

— Un ahorro de tiempo, esfuerzo y dinero a los trabajadores de los servicios de salud, a la Administración Pública y a los propios usuarios al no derivar a los servicios de salud mental personas sin trastorno mental.

— No añadir un factor de estigmatización más a aquellas PSH que no tengan un trastorno mental diagnosticándole uno erróneamente.

— Evitar medicar a personas que no lo necesitan.

— Superar la tendencia a sobrediagnosticar la existencia de trastornos mentales de los trabajadores de servicios para PSH, gracias al aprendizaje de un proceso de evaluación y diagnóstico más preciso y sistemático.

- Se ha dotado a los profesionales y voluntarios de unas herramientas de manejo e identificación del trastorno mental que han demostrado su utilidad de forma empírica.

- Gracias a una mejor detección del trastorno, a una mayor probabilidad de recibir tratamiento y a una atención más

adecuada a las necesidades del usuario con trastorno mental, se ha contribuido a asegurar y mejorar el bienestar de los ciudadanos que sufren procesos de exclusión social, especialmente aquellos con trastornos mentales graves.

Asimismo, la aplicación del programa puede extenderse a la formación de otros profesionales y voluntarios que trabajen con otras poblaciones de difícil acceso a los servicios de salud (detección precoz de la Esquizofrenia, autismo, ancianos, inmigrantes, etc.) con este Programa de Educación y Entrenamiento.

Sin embargo, su aplicación en un solo centro y con un número limitado de profesionales, hace necesaria su replicación en más centros y con un mayor número de profesionales entrenados para posibilitar análisis más complejos y exhaustivos previos a la generalización de los resultados.

En conclusión, los resultados encontrados en esta investigación nos hacen ser muy optimistas respecto a la aplicación de las estrategias de búsqueda activa, más en concreto el desarrollo y la implementación de cursos de formación

y entrenamiento para los profesionales y voluntarios sin formación clínica específica, dentro de la población sin hogar y otras poblaciones sufriendo procesos de exclusión social severos. La orientación activa hacia la búsqueda de los problemas, apoyada en unos mayores conocimientos técnicos, parecen apoyar la idea de que la inclusión de una actitud activa en los profesionales y voluntarios de los centros puede resultar en un claro bene-

ficio para la salud y calidad de vida de los usuarios de los mismos. Este hecho, resulta especialmente relevante en el caso de los servicios de atención a personas que sufren procesos de exclusión social severos, ya que las personas en esta condición no disponen de recursos propios, ni sociales, para superar los obstáculos y barreras que dificultan su acceso a los servicios sociales y de salud.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Versión española Masson, 2001.

Black, B.S., Rabins, P.V., German, P., Roca, R., McGuire, M. & Brant, L.J. (1998). Use of formal and informal sources of mental health care among older African-American public housing residents. *Psychological Medicine*, 28 (3), 519-530.

Buhrich, N. & Teesson, M. (1996). Impact of a Psychiatric Outreach service for homeless persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47 (6), 644-646.

Center for Autistic Children of Philadelphia, (2000). A comprehensive program for treating profoundly autistic children. *Psychiatric Services*, 51(11), 1439-1440.

Craig, T. & Timms, P. (2000). Facing up to social exclusion: services for homeless mentally ill people. *International Review of Psychiatry*, 12, 206-211.

Craig, T.; Brandt, P; Leonori, L & Muñoz, M.

(2002) *To live in health and dignity in the streets*. Copenhagen: UDENFOR.

Cuijpers, P. (1998). Psychological outreach programmes for the depressed elderly: a meta-analysis of effects and dropout. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (1), 41-48.

Draper, B. (2000). The effectiveness of old age psychiatry services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (8), 687-703.

First, M. B., Spitzer, R.L., Williams, J.B. & Gibbon, M. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica (SCID-I-VC)*. Barcelona: Masson.

Fisk, D., Rowe, M., Laub, D., Calvocoressi, L. & DeMino, K. (2000). Homeless persons with mental illness and their families: Emerging issues from clinical work. *Families in Society*, 81(4), 351-359.

Folstein, M.F, Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State; a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

- Frisman, L.K. & Rosenheck, R. (1997). The relationship of public support payments to substance abuse among homeless veterans with mental illness. *Psychiatric Services*, 48 (6), 792-795.
- Greifenhagen, A. y Fichter, M. (1997). Mental illness in homeless women: An epidemiological study in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 162-172.
- Kaspro, W.J., Rosenheck, R.A., Frisman, L. & DiLella, D. (2000). Referral and housing processes in a long-term supported housing program for homeless veterans. *Psychiatric Services*, 51(8), 1017-1123.
- Koegel, P.; Burnan, A. y Farr, R. (1988). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city or Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1085-1092.
- Lam, J.A. & Rosenheck, R. (1999). Street Outreach for Homeless Persons with serious mental illness. Is it effective?. *Medical Care*, 37 (9), 894-907.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., LeVois, M., Nguyen, T.D., Roberts, R.E., & Stegner, B. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Leonori, L., Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J.J., Bravo, M.F., Nuche, M., Brandt, P., Bento, A. & Horenbek, B. (2000). The mental health and social exclusion European network: a research activity report on European homeless citizens. *European Psychologist*, 5(3), 245-251.
- Levy, J.S. (2000). Homeless outreach: On the road to pre-treatment alternatives. *Families in Society*, 81(4), 360-368.
- McFall, M., Malta, C., Fontana, A. & Rosenheck, R.A. (2000). Effects of an outreach intervention on use of mental health services by veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 51(3), 369-374.
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M. & Jackson, H.J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305-326.
- Morris, D.W. & Warnock, J.K. (2001). Effectiveness of a Mobile Outreach and Crisis Services unit in reducing psychiatric symptoms in a population of homeless persons with severe mental illness. *Journal Oklahoma State Medical Association*, 94 (8), 343-346.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Miller, J., Rosenberg, P., West, L. & Gilliland, J. (1996). Outreach to homeless mentally ill people: conceptual and clinical considerations. *Community Mental Health Journal*, 32(3), 261-274.
- Muñoz, M., Vázquez, C. & Cruzado, J.A. (1995). *Personas Sin Hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid, Comunidad de Madrid.
- Muñoz, Vázquez y Vázquez (2003) *Los límites de la exclusión*. Madrid: Tempora
- Musser, G.J. & Carrillo, D.F. (1997). The use of bilingual, bicultural paraprofessionals in mental health services: issues for hiring, training, and supervision. *Community Mental Health Journal*, 33(1), 51-60.
- Rabins, P.V., Black, B.S., Roca, R., German, P., McGuire, M., Robbins, B., Rye, R. & Brant, L. (2000). Effectiveness of a nurse-based Outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. *JAMA*, 283 (21), 2802-2809.
- Roberts, R.E. & Attkisson, C.C. (1983). Assessing client satisfaction among Hispanics. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 401-413.
- Rosenheck, R. (2000). Cost-effectiveness of services for mentally ill homeless people: The application of research to policy and practice. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1563-1570.
- Rosenheck, R., Frisman, L. & Kaspro, W. (1999). Improving access to disability benefits among homeless persons with mental illness: An agency-specific approach to services integration. *American Journal of Public Health*, 89(4), 524-528.
- Rosenheck, R. & Lam, J.A. (1997a). Homeless mentally ill clients' and providers' perceptions of service needs and clients' use of services. *Psychiatric Services*, 48 (3), 381-386.
- Rosenheck, R. & Lam, J.A. (1997b). Client and site characteristics as barriers to service use by homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 48 (3), 387-390.
- Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B.W. & First, M.B. (1999). *DSM-IV: Libro de Casos*. Barcelona: Masson.
- Stolee, P., Kessler, L. & Le Clair, J.K. (1996). A community development and outreach program in geriatric mental health: four years' experience. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44 (3), 314-320.
- Stovall, J.G., Cloninger, L. & Appleby, L. (1997). Identifying homeless mentally ill veterans in jail: a preliminary report. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 25 (3), 311-315.
- Timms, P. (1996). Management aspects of care for the homeless mentally ill. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2, 158-165.

- Timms, P. (1998). Partnership and Conflict: working relationships between voluntary and statutory agencies providing services for homeless people. En D. Cowan (Ed.). *Housing: participation and exclusion*, 68-83. Aldershot: Dartmouth.
- Tischler, V., Vostanis, P., Bellerby, T. & Cume-lla, S. (2002). Evaluation of a mental health outreach service for homeless families. *Archives of disease in childhood*, 86 (3), 158-163.
- Vázquez, C., Muñoz, M. & Sanz, J. (1997). Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CID. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 523-530.
- Vázquez, C. & Muñoz, M. (2001). Homelessness, Mental Health and Stressful Life Events: The Madrid Experience. *International Journal of Mental Health*, 30 (3), 6-25.
- Vázquez, C. & Muñoz, M. (2002). *Entrevista diagnóstica en Salud Mental*. Madrid: Sintesis.
- Warnes, A.M. & Crane, M.A. (2000). The achievements of a multiservice project for older homeless people. *The Gerontologist*, 40 (5), 618-626.
- Winchester, R. & Lloyd, K. (2002). Outreach across the pond. *Community Care*, 4(02), 30-31.
- Witbeck, G., Hornfeld, S. & Dalack, G. W. (2000). Emergency room outreach to chronically addicted individuals. A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19 (1), 39-43.
- Zigler, E.F. & Gilman, E.D. (1998). Day care and early childhood settings. Fostering mental health in young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7(3), 483-498.