

UTILIDAD DE LAS INTERVENCIONES PARA PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNOS MENTALES Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Manuel Muñoz y Sonia Panadero¹
Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen

Las personas en situación «sin hogar» con problemas de salud mental son una población especialmente desprotegida, cuya integración o reintegración en la comunidad resulta sumamente complicada. Este artículo presenta una revisión de los estudios más interesantes sobre la evaluación de la efectividad de diferentes tipos de intervenciones dirigidas a la reinserción de las personas sin hogar con trastornos mentales crónicos y/o trastornos relacionados con el abuso de sustancias. Los resultados de estos estudios, aunque resultan difícilmente comparables, parecen indicar la utilidad del «manejo de caso» (*case management*) y el «Tratamiento Comunitario Asertivo» (*Assertive Community Treatment*) para mejorar la situación las personas sin hogar con trastornos mentales fundamentalmente en ciertas áreas, sobre todo en alojamiento. Esta superioridad, sin embargo, no resulta tan clara en otros dominios como salud mental o abuso de sustancias psicoactivas.

PALABRAS CLAVE: *Personas sin hogar, manejo de caso, tratamiento comunitario asertivo, valoración de programas.*

Abstract

Homeless people with mental health problems are a particularly vulnerable population whose integration into the community results very difficult. This article reviews relevant studies about the effectiveness of different kinds of intervention on homeless people with mental health problems and/or alcohol and drug abuse. Although the comparison of the reviewed studies is not straightforward, case management and assertive community treatment emerge as particularly effective interventions to improve the housing conditions of people with mental health problems. The benefits of these strategies are questionable in other areas such as mental health or substance misuse.

KEY WORDS: *Homeless, case management, assertive community treatment, program evaluation.*

¹ *Correspondencia:* Manuel Muñoz, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, s/n, 28223 Madrid (España). E-mail: mmunoz@psi.ucm.es

Introducción

En nuestros días, la situación de marginación en la que viven las personas «sin hogar» supone uno de los problemas sociales más graves a los que se enfrentan todas las grandes ciudades. En España, al igual que en el resto de Europa, esta situación resulta bastante preocupante; en la actualidad, puede decirse que la situación sin hogar en España alcanza a un número de personas entre 50.000 y 200.000 según las fuentes y dependiendo de la definición empleada sean más o menos rigurosa (Avramov, 1995; Cabrera, 2000).

A falta de una definición oficial en España de persona «sin hogar», podemos decir, de manera general, que las personas en esta situación son aquellas que carecen de un alojamiento u hogar estable, se encuentran en una situación de extrema pobreza, de desvinculación familiar y social, con escasas posibilidades de reinserción sociolaboral, acompañada de un importante déficit en salud física y mental (Infante *et al.*, 1990). En todas las definiciones de persona sin hogar (Consejo de Europa, 1992; Avramov, 1995) se unen dos criterios relevantes: pobreza económica y exclusión social. Además, se consideran personas sin hogar aquellas que se encuentran viviendo en instituciones (hospitales, cárceles,...) pero no disponen de alojamiento personal donde ir al salir o personas que viven en alojamientos infrahumanos o en claro hacinamiento.

La investigación en los últimos años ha mostrado un avance importante en cuanto a la descripción de las características psicosociales de las personas que se encuentran en esta situación en un momento dado. Para ello, se han realizado estudios descriptivos en muchas de las grandes ciudades norteamericanas, como Los Ángeles (Koegel, Burnam y Farr, 1988), Nueva York (Padgett *et al.*, 1995) o Chicago (Rossi, 1989). Nuestro país no supone una excepción en esta línea de trabajo y en los últimos años se han llevado a cabo esfuerzos importantes en esta dirección (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995; Cabrera, 1998; Muñoz *et al.*, 2001). Aunque el problema afecta predominantemente a varones, con una edad media entorno a los 40 años, nivel de educación muy bajo, asimilable a la enseñanza primaria, con grandes tasas de desempleo y problemas de salud mental y general muy importantes, en los últimos años parece ir creciendo la presencia de mujeres y jóvenes en los circuitos de exclusión, además de revelarse un aumento importante de inmigrantes en estos servicios (Cabrera, 1999). Estos datos, aunque con diferencias interesantes, son equiparables a los encontrados en otras grandes ciudades (Muñoz *et al.*, 1998).

Diversos estudios europeos, resumidos por Daly (1994), han demostrado que las causas más comunes de exclusión hacen referencia a factores materiales, problemas de relación, factores personales (enfermedades, adicciones y soledad), y factores de institucionalización. Igualmente destacan aquellas que se derivan de fuertes deficiencias en sus redes sociales o familiares (Unger *et al.*, 1998), fuertes carencias en su educación o formación (Brooks y Buckner, 1996), importantes dificultades laborales (Epel, Bandura y Cimbaro, 1999), problemas de salud (Ropers y Boyer, 1987; Navarro y Bernach, 1996) o configuraciones de sucesos vitales estresantes sufridos en distintos momentos de la vida (Muñoz *et al.*, 1999). Los trastornos mentales crónicos también se han considerado un importante factor causal en la situación «sin

hogar», ya que a menudo dificultan o incapacitan para la obtención de un trabajo o ingresos económicos y también dificulta el mantenimiento de la red de apoyos sociales. En el trabajo de Wrigth y Weber (1987) la enfermedad mental se ha considerado como causa principal en el 17% de los casos de las personas que se encuentran en la situación de sin hogar.

En Estados Unidos se estima que entre un 25 por 100 y un 50 por 100 de las personas sin hogar presentan problemas graves de salud mental (Lamb, 1984). En España, esto no es tan alarmante, aunque sí preocupante: en un reciente estudio realizado en Madrid (Muñoz *et al.*, 1995) con una muestra de 262 personas sin hogar, se encontró que el 12 por 100 de las personas que viven en esta situación de marginación extrema sufre trastornos mentales muy incapacitantes como esquizofrenia o síndrome cerebral orgánico grave. Lo más destacable serían los trastornos relacionados con el consumo de sustancias; así, el 44% presentaba dependencia o abuso de alcohol, y el 13 % dependencia o abuso de drogas. Estos índices de prevalencia son claramente más elevados que en población general, aunque no tanto como se llegó a afirmar hace algunos años.

Estas personas con enfermedades mentales crónicas suponen un caso especialmente relevante dentro de la configuración de poblaciones excluidas, ya que se encuentran en una clara situación de desprotección y desventaja en los mercados laborales y de vivienda; por ello, resulta imprescindible disponer de un abanico de recursos para atender sus distintas necesidades y que intenten rehabilitar e integrar a dichas personas en sus entornos comunitarios de un modo normalizado y digno.

Los servicios de atención a las personas sin hogar y en clara desventaja social se estructuraron inicialmente en torno a las organizaciones religiosas y de caridad; de este modo nacieron los albergues de beneficencia, los comedores sociales, los roperos, etc. Todavía hoy se mantienen este tipo de servicios con un enfoque más caritativo que social en muchos de los centros de atención a esta población. Más recientemente la aparición de las leyes de protección social y los sistemas de bienestar social pusieron las bases para el desarrollo de servicios de atención más amplios y específicos. En la actualidad, existen distintos tipos de enfoques hacia el problema que han desarrollado, a su vez, diversos tipos de programas de atención con un objetivo principal definido en el proceso de reinserción social. Parece que actualmente los programas dirigidos a personas sin hogar, con trastornos mentales, apuestan por la utilización de intervenciones como el «manejo de caso» (*case management*) o el «tratamiento comunitario asertivo» (*Assertive Community Treatment*); son intervenciones que van fundamentalmente dirigidas a unir los servicios, fragmentados, con el objetivo de responder a las necesidades individuales y cambiantes de cada usuario. En general podríamos decir, que suponen una aproximación comprensiva y asertiva que pretende garantizar el acceso a los servicios de salud general y salud mental a las personas en situación sin hogar. En estas intervenciones se realiza una evaluación y planificación de los servicios necesarios para un usuario en particular, acompañamiento a los mismos, y control de los servicios para garantizar la atención al usuario, además de realizar una defensa activa de los derechos de los usuarios. A menudo, esto se acompaña también de identificación y «búsqueda activa» (*outreach*).

Actualmente distintos grupos de investigación (Lehman *et al.*, 1994; Breakey y Thompson, 1997) están desarrollando en EEUU trabajos que tienen como objetivo la valoración de estos servicios para personas en situación de exclusión social con trastornos mentales crónicos y / o trastornos de abuso de sustancias psicoactivas. El estudio de la valoración de estas intervenciones nos va a permitir obtener la información necesaria para la toma de decisiones sobre los diversos programas destinados a lograr esta reintegración en la comunidad en función de su efectividad. Sin embargo, a pesar del crecimiento del número de programas de rehabilitación psicosocial, los estudios de la efectividad de esos programas parece que siguen siendo insuficientes (Muñoz *et al.*, 1999).

La situación Europea, como en las ocasiones anteriores, ha quedado algo rezagada y sólo en los últimos años ha surgido alguna iniciativa en este sentido. Son especialmente destacables los esfuerzos realizados desde el proyecto Megapoles, que ha sometido a una evaluación cualitativa algunos proyectos de integración social en distintas ciudades de la UE (Dalziel *et al.*, 1997). Actualmente el proyecto «*To Live in Health and Dignity*» persigue la identificación de «buenas prácticas» en la lucha contra la exclusión en 10 ciudades de la UE (Craig *et al.*, 1999; Leonori *et al.*, 2000).

Método

Revisión y criterios de selección

El objeto de este artículo es exponer los resultados de una revisión de las investigaciones más relevantes sobre evaluación de la efectividad de programas de rehabilitación psicosocial, dirigidos a personas con trastornos mentales en situación sin hogar, que proporcione una visión general acerca de la utilidad de las intervenciones dirigidas a esta población. Dichos estudios de efectividad intentan fundamentalmente evaluar el grado en que estos programas consiguen los objetivos perseguidos. Como meta fundamental, las intervenciones dirigidas a esta población pretenden ayudar a estas personas sin hogar a lograr su integración o reintegración en la comunidad, procurando mantener su funcionamiento dentro del marco de ésta, lo que supone aumentar su nivel de autonomía, siempre dentro de lo posible.

En los trabajos realizados en estos últimos años encontramos claramente una proliferación de estudios que van en dos direcciones diferentes y cuya distinción va a ser tenida en cuenta en la exposición de los diferentes estudios; por un lado, estarían los trabajos que evalúan programas destinados a personas sin hogar con trastornos por abuso de alcohol y drogas. Éstos siguen siendo los más numerosos y presentan una metodología mucho más cuidada. Por otro lado y de una manera posterior han ido apareciendo estudios que tienen como objetivo valorar intervenciones dirigidas a personas sin hogar con trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastorno depresivo mayor,...), aunque, en ocasiones, estas personas presenten ade-

más un trastorno relacionado con el consumo de drogas o alcohol. Estos estudios han aparecido más tarde y son mucho más escasos.

Las bases de datos utilizadas para esta revisión fueron las siguientes: PsycINFO, Medline y Sociological Abstract. En ellas se introdujeron los descriptores «personas sin hogar» (*Homeless*), y «trastorno mental» (*mentally ill*) o «salud mental» (*mental health*) combinado con «resultados» (*outcomes*), «efectividad» (*effectiveness*), «eficacia» (*efficacy*), «eficiencia» (*efficiency*), «tratamientos validados» (*validated treatment*) y «rehabilitación psicosocial» (*rehabilitation psychosocial*). Tras revisar los diferentes artículos, se seleccionaron los trabajos que se exponen a continuación y que han sido seleccionados en función de diversos criterios que hacen referencia fundamentalmente a su metodología, y son:

- Existencia de un grupo control o realización de una comparación entre diferentes tipos de intervenciones.
- Existencia de un periodo de seguimiento a lo largo del tiempo
- Muestras con un número elevado de sujetos (>100).
- Asignación aleatoria de los sujetos a los diferentes grupos.

Hemos intentado seleccionar aquellos trabajos que se ajustan mejor a estos criterios, por tanto, los trabajos expuestos en las siguientes tablas son los estudios con la metodología más cuidada dentro de los estudios encontrados sobre evaluación de la efectividad.

Selección y comentario sobre los diferentes estudios de efectividad

La tabla 1 presenta estudios sobre efectividad de programas dirigidos a personas sin hogar con problemas relacionados con el abuso de alcohol y drogas, formando un grupo de estudios con una metodología muy cuidada.

El *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) en colaboración con el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) desarrolló, a principios de los años 90, un programa en EEUU con el objetivo de apoyar el desarrollo y evaluación de varias estrategias de tratamiento para personas sin hogar con problemas de alcohol y otras drogas. Todos los estudios que fueron financiados por este proyecto reunían las siguientes características:

- Diseños experimentales con asignación aleatoria de los sujetos a los grupos.
- Batería de instrumentos común a todos los estudios.
- Evaluación postratamiento y seguimiento de al menos 6 meses.
- Muestras grandes (149-722) y un alto porcentaje de seguimiento (>74%).

A pesar de la metodología común, tanto las intervenciones evaluadas por los diferentes autores, como los resultados obtenidos están muy lejos de ser similares.

Braunch *et al.* (1995) evaluaron un tratamiento comprensivo, que incluía además de tratamiento para problemas de abuso de sustancias, servicios de rehabilitación,

Tabla 1
Personas en situación de sin hogar con problemas relacionados con el consumo de alcohol y/o drogas

Autores	Muestra	Condiciones	Variables	Medidas	Seguimiento	Resultados
Nuttbrock et al. (1999)	N: 694 Línea base (LB), 2, 6, 12	1. Residencias comunitarias (RC). 2. Comunidad terapéutica (TC).	1. Alcohol y drogas 2. Psicopatología 3. Funcionamiento general 4. Ambiente	1. Addiction Severity Index (ASI), percepción del problema y tratamiento. Análisis de orina. 2. CES-D, agorafobia 3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF) 4. COPEs.	TC: 169 a los 2 meses (73%), 6 meses (43%), 12 meses (43%) RC: 121 a los 2 meses, 6 meses (55%), 12 meses (37%).	TC aparece asociado a mayor mejora en ansiedad, síntomas psiquiátricos y mejor nivel de funcionamiento, que se mantiene a los 12 meses. Disminución en abuso de sustancias y de trastornos mentales en ambos.
Burnam et al. (1995)	N: 276 personas sin hogar con diagnóstico dual LB, 3, 6 y 9 meses	1. Tratamiento residencial (TR) 2. Tratamiento no residencial 3. Cuidado usual (grupo control)	1. Consumo de sustancias 2. Síntomas psiquiátricos 3. Alojamiento	1. Diferentes índices 2. SCL-90 3. PERI 4. Alojamiento últimos 60 días por categorías.	210 (76%)	TR: efectos positivos en uso de sustancias psicoactivas, alojamiento y medidas de salud mental a los 3 meses. No residencial: mejora en consumo de sustancias a los 6 meses y mejora depresión, ansiedad y alojamiento a los 3 meses. Tratamiento/control: pocas diferencias.
Lapham, May y Skipper (1995)	N: 497 entran en el programa y 469 lo completan. Asignación aleatoria LB, 10 meses.	1. Manejo de caso (case management) intensivo + asesoramiento + alojamiento (161) 2. Apoyo + alojamiento (164) 3. Motel (gr control)(92) 4. Cuidado usual (gr control)(52)	1. Uso de sustancias 2. Estabilidad de alojamiento 3. Situación Laboral.	1. ASI, Alcohol Dependence Scale (ADS), análisis de orina.	78% a los 10 meses (88% de los que finalizan y 76% de los que no)	Disminución en todos los grupos de consumo de alcohol y aumento de la estabilidad de alojamiento, días de empleo y estatus laboral. No disminución del uso de drogas. Entre los grupos 1 y 3: diferencias significativas en ASI.
Stahler et al. (1995)	N: 722 LB, tras el alta, a los 6 meses. Asignación aleatoria.	1. Tratamiento residencial 2. Albergue + case management intensivo. 3. Albergue usual.	1. Consumo de alcohol y cocaína 2. Ingresos por trabajo. 3. Satisfacción 4. Estatus psicológico.	1. ASI 3. Client Satisfaction Questionnaire. (CSQ)	549 (76%)	Resultados positivos en todos los grupos respecto a la LB en alojamiento estable, consumo de alcohol y cocaína, ingresos, conflictos con la familia y días con problemas psicológicos (en el seguimiento). >satisfacción en las condiciones experimentales (1 y 2)

Autores	Muestra	Condiciones	Variables	Medidas	Seguimiento	Resultados
Devine, Wright y Brody (1995)	N: 670. Asignación no aleatoria 3, 6, 12, 18 meses (tienen en cuenta hasta 6)	1. Desintoxicación (grupo control) 2. 21 días de cuidado transicional (107) 3. 12 meses de cuidado y vida independiente (57)	1. Uso de sustancias 2. Problemas legales 3. Problemas médicos 4. Empleo 5. Relaciones sociales. 6. Situación psicológica.	1. ASI 2. Entrevista.	536 (80%)	Entre los grupos de tratamiento y el control, diferencias significativas en problemas de alcohol y problemas legales. No diferencias significativas entre los grupos 2 y 3.
Sosin, Bruni y Reidy (1995)	N: 419 Asignación aleatoria LB, 6, 12 meses.	1. Sólo case management intensivo (96). 2. Manejo de caso intensivo + alojamiento supervisado (136) 3. Cuidado usual (grupo control) (187)	1. Estabilidad alojamiento 2. Abuso de sustancias psicoactivas 3. Salud 4. Relaciones	1. Días de uso alcohol y drogas/30 días. 2. Días domicilio estable/60 días. 3. GHQ 4. N° amigos y familiares que sepan donde está.	310 (74%)	El 1 disminuye días de consumo de alcohol y drogas significativamente (el 2 también, aunque en menor medida) y aumenta la estabilidad del alojamiento. Los efectos parecen reducirse con el tiempo.
Braucht, Reichardt, Geisser et al. (1995)	N: 323. LB, tras el alta, y 6 meses después.	1. Tratamiento comprensivo residencial/externo + manejo de caso int (160). 2. Cuidado usual residencial/externo (163)	1. Consumo. 2. Satisfacción con su vida. 3. Salud física. 4. Relaciones sociales.	1. ASI 2. Escala 1-7. 3. N° de días con problemas médicos 4. Satisfacción con la situación familiar.	284 (88%)	El programa en general, mejora significativamente en 14 medidas tras el alta y en 16, 6 meses después. El manejo de caso específicamente, no se observan diferencias significativas en la utilización de servicios ni en la adecuación necesidades-servicios a los 6 meses.

servicio de alojamiento y ambulatorio, asesoramiento sobre abuso de sustancias, evaluación vocacional y entrenamiento laboral más manejo de caso. 160 de los usuarios que componían la muestra total, recibieron tratamiento comprensivo más manejo de caso intensivo durante 4 meses, más los 6 de seguimiento. El resto de los usuarios recibieron tratamiento usual, sin manejo de caso. Estos autores evaluaron el programa, en general, y, además, de una manera más específica, el manejo de caso. Los resultados del programa parecían indicar que éste producía una mejora significativa respecto a la línea base y que aumentaba a lo largo del seguimiento (el número de variables cuya mejora es significativa se va incrementando con el paso del tiempo). En cuanto al manejo de caso, se esperaba que incrementara la utilización de servicios, pero no se observaron diferencias significativas entre los grupos. Tampoco se encontraron diferencias a su favor en cuanto a la adecuación entre las necesidades de los usuarios y los servicios recibidos. Sólo aparecieron diferencias significativas al ser dados de alta en uso de drogas en los últimos 30 días a favor del grupo que recibe manejo de caso, y satisfacción general con su vida a favor del otro grupo, pero 6 meses después esos efectos habían desaparecido.

En la misma línea, Devine, Wright y Brody (1995), evalúan el Proyecto *New Orleans Homeless Abusers*, que tenía como objetivos conseguir la abstinencia de drogas/alcohol, estabilidad residencial, independencia económica y acercamiento a la familia y, por último, una mejora en el funcionamiento social general. En este proyecto, en el que la mayor parte del personal y profesionales eran ex-adictos, el tratamiento tenía 3 fases: En primer lugar una fase de desintoxicación (7 días en los cuales se hacía una introducción en los principios de alcohólicos/narcóticos anónimos, asesoramiento y evaluación limitada, y breve manejo de caso), seguida de 21 días de cuidado transicional (manejo de caso y estancia en un lugar libre de alcohol y drogas); por último, una fase de 12 meses de cuidado y vida independiente, en la cual se continuaba y ampliaba las estrategias adquiridas en las fases anteriores y añadía formación laboral, búsqueda de trabajo y otros programas de «vida adulta». Los usuarios eran repartidos en 3 grupos según las fases en las que participaban: el grupo 1 sólo completaba la fase de desintoxicación (fue considerado como grupo control), el segundo grupo tras la desintoxicación completaba la fase de cuidado transicional y a los que formaban parte del grupo 3 se les proporcionaba todo el tratamiento. Los resultados indicaron que existían diferencias significativas entre los grupos control y los de intervención, a favor de éstos, en disminución de problemas de alcohol y problemas legales; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable entre los que recibieron 21 días de cuidado transicional y las personas que recibieron 12 meses más de atención.

Dentro del mismo grupo de estudios, Lapham, May y Skipper (1995), evaluaron una intervención dirigida a personas sin hogar con problemas de abuso de alcohol en Albuquerque. En este estudio en particular, las personas sin hogar eran asignadas a 4 grupos, tras pasar al menos una noche en un centro de desintoxicación. Un primer grupo recibió una intervención de alta intensidad (manejo de caso, más alojamiento en apartamentos compartidos bajo supervisión, además de recibir servicios de asesoramiento sobre abuso de sustancias), un segundo grupo de intensidad media (4 meses en alojamiento supervisado), un tercer grupo al que se le propor-

cionó alojamiento en apartamentos o motel (no supervisado) sin servicios adicionales y un último grupo que no recibió alojamiento (grupo control). A las personas de los 3 primeros grupos se les exigía el no consumo de alcohol y drogas, a lo largo de esos meses de intervención. En todos los grupos de intervención se observó una disminución significativa a los 10 meses en consumo de alcohol y aumento de días de estabilidad de alojamiento, así como en los días con trabajo. También encontraron que las personas que finalizan el tratamiento tienen más posibilidades de encontrar alojamiento estable que las que abandonaron antes de recibir el alta.

Stahler *et al.* (1995) evaluaron la efectividad de 3 tipos diferentes de intervención dirigidas a personas sin hogar con problemas de alcohol y/o drogas. El primero de esos tipos de intervención era un tratamiento residencial (1-6 meses), en el cual los usuarios recibían multitud de servicios: asesoramiento individual, grupo de terapia, entrenamiento en diferentes actividades, desarrollo de habilidades laborales, y entrenamiento vocacional y educacional. La segunda de las intervenciones consistía en un albergue más un programa de manejo de caso intensivo (15 usuarios por profesional), en el cual los consejeros habían sido personas sin hogar. Y por último, un albergue con los servicios usuales y que contaba con un programa de manejo de caso tradicional (75-1). Los autores asignaron aleatoriamente a los usuarios a cada una de las intervenciones y tras realizar diversas evaluaciones a lo largo del tratamiento encontraron que los tres tipos de intervención tenían resultados positivos en alojamiento estable, consumo de alcohol y cocaína, dinero obtenido trabajando, conflictos familiares y días con problemas psicológicos. Entre grupos, tan sólo encontraron diferencias en cuanto a la satisfacción de los usuarios, que era significativamente mayor en los dos primeros tipos de intervención.

En el mismo grupo de estudios, Burnam *et al.* (1995), realizaron una evaluación de un programa dirigido a personas sin hogar, en este caso con diagnóstico dual (trastorno mental crónico y trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas), que pretendía conseguir que estas personas desarrollaran una vida independiente en la comunidad. Para ello ponían especial interés en el desarrollo de sus habilidades sociales y vocacionales y en el manejo de caso. Los usuarios, como aparece en la tabla, fueron asignados a uno de los tres grupos: grupo residencial frente a no residencial o grupo control (no recibe intervención aunque tiene libre acceso a los servicios comunitarios). Tanto el programa residencial como el no residencial se diseñaron para proporcionar los mismos elementos (durante el día): manejo de caso, grupos de autoayuda, consulta psiquiátrica, grupos educativos de alcohol y drogas,... diferenciándose en el horario de atención a los usuarios (más limitado en el no residencial) y en que el tratamiento residencial exigía abstinencia del consumo de alcohol y drogas. Los usuarios del tratamiento residencial recibían 14 horas cada día de actividades de tratamiento comunitario mientras que los del no residencial recibían 8 horas diarias. Las dos condiciones de tratamiento consiguieron mejoras significativas respecto a la línea base, en diferentes dominios, especialmente en las medidas de consumo de sustancias psicoactivas, depresión/ansiedad, autoestima y alojamiento. No aparecieron mejoras en síntomas psicóticos, manía o ira/hostilidad. Entre ambas condiciones no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas en los tres momentos, a excepción del tiempo en alojamiento

independiente a los 3 meses, y parecía existir un mayor enganche en el tratamiento residencial. Por otro lado, aparecieron muy pocas diferencias significativas entre los usuarios que reciben tratamiento y los del grupo control, ya que el grupo control también obtuvo mejoras en muchas variables. La mayor mejora fue en frecuencia de consumo de alcohol, pero apareció tan sólo a los 3 meses de seguimiento.

Sosin, Bruni y Ready (1995) evaluaron la efectividad de un modelo de «independencia progresiva» (a lo largo de la intervención se va propiciando un aumento paulatino de la responsabilidad de cada persona sobre sus propias necesidades), en el cual se realizó un manejo de caso intensivo en función de las necesidades tangibles de cada usuario. Todos los usuarios pasaron por una breve intervención (21-28 días) y después eran asignados a una de estas 3 condiciones: manejo de caso intensivo (recibían ayuda por parte de los profesionales para conseguir alojamiento), manejo de caso intensivo con alojamiento supervisado o cuidado usual (los usuarios fueron remitidos a otros recursos en función de sus necesidades), que fue considerado como grupo control. En este caso los resultados sugerían que las dos intervenciones que utilizaban manejo de caso disminuyen significativamente la media de días de consumo de drogas y alcohol, además de aumentar, en mayor medida, las conductas activas de afrontamiento que el grupo control. Sin embargo, los datos obtenidos apuntaban también a que estos resultados disminuían con el paso del tiempo.

El único de los estudios de este bloque que no pertenece a este grupo de trabajos es el estudio de Nuttbrock *et al.* (1999), aunque presenta unas características muy similares. Los autores examinaron las diferencias entre resultados obtenidos por residencias comunitarias (servicios de baja exigencia) frente a comunidades terapéuticas (servicio de alta exigencia). Las residencias comunitarias proporcionaban asesoramiento, supervisión y asistencia médica, y aunque se esperaba la abstinencia de drogas y alcohol mientras durara la intervención, las recaídas eran toleradas. Las comunidades terapéuticas eran servicios de alta exigencia, con un alto nivel de aislamiento respecto al exterior, donde los privilegios y las reglas de conducta estaban muy bien definidos, la abstinencia suponía un prerrequisito y el cambio global en el estilo de vida era el objetivo último. Este estudio resulta interesante, además de por sus características metodológicas, por la selección de dominios que incluye funcionamiento general y tiene en cuenta las características ambientales de los lugares en los que se prestan los servicios (alta/baja exigencia de los recursos); un fallo que presenta este trabajo es que, según informan los propios autores, los entrevistadores no eran ciegos a la modalidad de tratamiento.

En cuanto a los resultados obtenidos, aunque en ambas aparecía una disminución en abuso de sustancias y trastornos mentales, el tratamiento en comunidad terapéutica aparecía asociado a una mayor mejora en ansiedad, síntomas psiquiátricos y nivel de funcionamiento; en los dos tipos de intervención los usuarios consiguieron mejoras significativas en funcionamiento global, depresión y ansiedad, lo que se mantenía a los 12 meses.

En el segundo bloque de estudios encontramos aquellos trabajos que evalúan la efectividad de las intervenciones dirigidas a personas con trastornos mentales en situación de sin hogar. El interés por la evaluación de este tipo de intervenciones fue posterior al suscitado por las dirigidas a personas sin hogar con trastornos relacio-

nados con el abuso de sustancias, y el número de los estudios así como la calidad, en muchas ocasiones ha sido menor. Las características de los estudios seleccionados que comentamos a continuación, mucho más heterogéneas que los expuestos en el bloque anterior, quedan expuestas de una manera resumida en la tabla 2.

Rife *et al.* (1991) informaron sobre los resultados de un proyecto de demostración de servicios del *National Institute of Mental Health* (NIMH) que los autores evaluaron entre los años 87 y 89: éste es el único estudio que valoró una intervención de manejo de caso llevada a cabo por una unidad móvil específicamente dirigida a personas sin hogar con trastornos mentales crónicos. Los objetivos fundamentales de este programa eran llevar a cabo una búsqueda de personas en situación de sin hogar con trastornos mentales que no estuvieran recibiendo atención, mantener el contacto y proporcionarles servicios de manejo de caso. Las propias características del servicio y de la población objetivo (personas que son localizadas en la calle o en unidades de urgencias,...) explica, de alguna manera, el relativamente bajo porcentaje de seguimiento que se consiguió en este estudio, que también carecía de grupo control. Sin embargo, se incluyó un elemento interesante ausente en el resto de los estudios revisados: la calidad de vida, que en este caso fue utilizada como medida fundamental para evaluar la mejora de las personas que recibieron este servicio. Los autores encontraron una percepción de mejora en las áreas de bienestar global, actividades de ocio, situación económica, seguridad y salud; no existieron mejoras significativas en relaciones familiares, relaciones sociales, desempleo y religión.

Leda y Rosenheck (1992) realizaron la evaluación del *Domiciliary Care for Homeless Veterans Program*, un programa multidimensional de tiempo limitado dirigido a aspectos personales y prácticos de ajuste a la comunidad. Este programa se puso en marcha en 20 centros que cuenta con entre 25 y 75 camas; en cada centro trabajaba un equipo multidisciplinar, que proporcionaba tratamiento médico y psiquiátrico y servicios de rehabilitación psicosocial, tratamiento para abuso de sustancias (para los que lo necesiten), formación laboral, terapia de grupo y consejo individual. Estos autores encontraron que se producía una reducción estadísticamente significativa en todas las medidas de salud mental (síntomas psiquiátricos, problemas de alcohol y drogas), así como una mejora significativa en ingresos y empleo entre los usuarios que participaron en el programa. La mejora de síntomas psiquiátricos fue significativa pero débilmente asociada con la mejora de alojamiento y con todas las medidas de ajuste comunitario. La limitación fundamental de este estudio es que su diseño no fue experimental, con lo cual las mejoras no pueden atribuirse de manera concluyente al tratamiento.

Prabucki, Wooton, McCormick y Washam (1995) presentaron la evaluación del *Programa Cleveland DCHV*, que perseguía la rehabilitación residencial de veteranos sin hogar con trastornos mentales. En primer lugar se proporcionaba tratamiento para los trastornos psicológicos, abuso de sustancias o estrés postraumático. Este programa pretendía lograr una estructura terapéutica que facilitara una estabilización de los trastornos mentales y mejorar la habilidades (manejo de estrés y de la ira) de afrontamiento dentro de la vida comunitaria. Para ello, se les entrenaba en habilidades sociales mediante grupos de entrenamiento estructurado, realizaban actividades de apoyo del grupo de iguales y actividades estructuradas de tiempo libre,

Tabla 2
Personas en situación de sin hogar con trastornos mentales graves

Autores	Muestra	Condiciones	Variables	Medidas	Seguimiento	Resultados
ACCESS program	N: 100 personas por servicio/año No asignación aleatoria. LB, 3, 6, 12 meses.	Todos los usuarios reciben: Búsqueda activa (outreach), manejo de caso, accesos a otros recursos (alojamiento, salud mental y tratamiento de abuso de sustancias, cuidados médicos, soporte económico y defensa de los derechos de los usuarios)	1. Uso de servicios 2. Salud mental 3. Alojamiento 4. Apoyo social 5. Abuso de sustancias psicoactivas 6. Empleo 7. Calidad de vida	1. Servicios utilizados (60 días) 2. DIS y PERI. 3. Tipos de alojamiento (60 noches) 4. Nº de personas 5. Uso drogas y alcohol 6. nº días trabajados 7. Escala 1-7.		Los resultados presentados hasta el momento parecen indicar mejoras en todas las variables, por lo menos hasta los 3 meses.
Lehman et al. (1999)	N: 152 Asignación aleatoria.	1. Tratamiento Comunitario Aseritivo 2. Tratamiento usual	1. Alojamiento Tb. Coste por usuario: costes directos + coste de los grupos.	1. Días de alojamiento estable. Suma costes directos de cada paciente y el coste de los grupos.		Efectividad: grupo 1 más días de alojamiento estable Costes: Grupo 1 utilizan + servicios de salud mental. Grupo 2 + ingresos y atención de urgencia. Coste de Gr 1 fue < que el otro pero no significativo.
Morse et al. (1997)	N: 165 sujetos LB, 6, 12 y 18. Asignación aleatoria.	1. Tratamiento Comunitario Aseritivo (ACT) 2. ACT + trabajadores en la comunidad 3. Manejo de caso con mediador.	1. Satisfacción. 2. Ingresos mensuales 3. Alojamiento estable. 4. Síntomas psiquiátricos y autoestima. 5. Trast relacionado con sustancias. Tb. Evaluación de costes.	1. 8 ítems 2. Ingresos mensuales 3. Días de alojamiento estable 4. BPRS, Escala de Rosenberg. 5. ASI.	135 en 18 meses	Satisfacción > en condiciones 1 y 2. En 1 más alojamiento estable (18 meses) que los otros. No diferencias en ansiedad, depresión, hostilidad/suspiciosa y autoestima. No hay diferencias en abuso de sustancias psicoactivas.
Toro et al. (1997)	N: 213 Asignación aleatoria	1. Grupo intervención: manejo de caso intensivo 2. Grupo control: otros servicios	1. Alojamiento 2. Ingresos 3. Salud física 4. Sintomatología psiquiátrica y estrés 5. Apoyo social	1 y 2 HIST 3. PHSC 4. SCL-90, BPRS y MLEI 5. SIN y ISEL 6. SES y Drinding Index	105 a los 18 meses.	En ambos mejora muy importante en días sin hogar, salud física y acontecimientos estresantes. Diferencias en calidad de alojamiento y psicopatología (BPRS) a favor del 1 y acontecimiento estresantes a favor del 2.

Autores	Muestra	Condiciones	Variables	Medidas	Seguimiento	Resultados
Shern et al. (1997) Second-Round McKinney program	N: 894 de 5 proyectos. Asignación aleatoria. 12, 24 meses.	1. Grupo control diferente en cada proyecto. 2. Grupo de intervención: manejo de caso y búsqueda activa.	1. Calidad de vida 2. Alojamiento y estabilidad 3. Evaluación clínica.	1. Quality of Life Scales, SF-36 2. Colorado Symptom Index	79% a los 18 meses.	>significación en la proporción de individuos que viven en el marco de la comunidad en las 12 condiciones de los 5 estudios. No diferencias significativas entre grupo exp en estabilidad.
Rosenheck, Frisman y Gallup (1995)	N: 564 Medidas LB, 3, 6 y 12 meses.	No grupo control. Intervención: el mismo que en estudio anterior. Aquí intentan ver la función de cada elemento del programa.	1. Estatus psicológico 2. Estatus residencial 3. Ajuste social. Situación de empleo, red social.	1. BSI y ASI 2. Alojamiento últimas 30 noches, 90 en el seguimiento 3. nº de días trabajados, nº relaciones y frecuencia.	406 realizaron al menos una entrevista de seguimiento.	Cambios significativos respecto a la LB en todos los dominios excepto en el tamaño de la red social.
Prabucki et al. (1995)	N: 133 LB, al finalizar y a los 6 meses.	No grupo control. Grupo de intervención: entrenamiento habilidades sociales, solución de problemas, entrenamiento laboral, tratamiento psicológico y de abuso de sustancias.	1. Distrés psicológico y emocional 2. Afrontamiento 3. Ajuste social.	1. SCL-90 2. CRI 3. HSS	58 completan la eval (22 que no terminan el tratamiento y 36 que sí).	Mejora significativa en alojamiento, ingresos, y estatus vocacional 6 meses después del alta; también contactos sociales y satisfacción. Aumento de recursos de afrontamiento emocional y recursos de afrontamiento.
Rosenheck, Gallup y Frisman (1993)	N: 1.748 de 9 de los 43 lugares participantes. LB, 3 y 6 meses.	No hay grupo control Intervención: búsqueda activa, facilitar acceso a servicios médicos y psiquiátricos, tratamiento residencial 6 meses con manejo de caso continuo.	1. Estatus psiquiátrico 2. Participación en el programa 3. Uso de servicios de salud 4. Costes	1. PPI 2. Informes clínicos y de alta 3. Fichas computerizadas 4. VA's National Cost Distribution Report		Se triplica el uso de cuidados externos psiquiátricos y médicos y atención domiciliaria con el correspondiente incremento de costes. Fue asociado con un menor nº de hospitalizaciones (< gasto). En general: aumenta los costes.

Autores	Muestra	Condiciones	Variables	Medidas	Seguimiento	Resultados
Leda y Rosenheck (1992)	N: 383 homeless con trastornos mentales graves. LB, posttratamiento, 3 meses.	No grupo control Grupo Intervención: Tratamiento médico y psiquiátrico, servicios de rehabilitación psicosocial, tratamiento para abuso de sustancias (si es necesario), terapia de grupo y consejo individual y formación laboral.	1. Duración del episodio actual sin hogar 2. Trastorno de abuso de sustancias 3. Ajuste comunitario contacto social (nº x fr), empleo (escala ordinal), ingresos (30 últimos días).	1. Meses sin lugar adecuado y regular (escala de 6 niveles). 2. ASI 3. Contacto social: nº x frecuencia, Empleo: escala ordinal. Ingresos: todo el dinero en los últimos 30 días	255 a los 3 meses	A los 3 meses se mantiene la reducción estadísticamente significativa en medidas de salud mental, ingresos y empleo. La mejora de síntomas psiquiátricos debilmente asociada con mejora en el alojamiento y con medidas de ajuste comunitario.
Rife et al. (1991)	N: 152. LB y 6 meses después.	No grupo control. Intervención: Unidad móvil que realiza manejo de caso.	1. Calidad de vida 2. Enganche	1. Quality of Life Interview. 2. nº de días hasta la pérdida de contacto	N: 46 a los 6 meses.	Percepción de mejora en las áreas de bienestar global, actividades de ocio, situación económica, seguridad y salud. No mejoras significativas en relaciones familiares, relaciones sociales, desempleo y religión.

solución de problemas típicos, entrenamiento de habilidades de trabajo, etc. Además, como elemento a destacar, a todos se les proporcionaba un trabajo remunerado. Los resultados mostraban un aumento significativo de los ingresos económicos y de la utilización de recursos de afrontamiento emocional y de afrontamiento general, además de mejoras tanto en contacto social como en satisfacción con ese contacto social. También apareció una disminución importante del malestar psicológico y emocional. Estos resultados aparecieron en la muestra total de usuarios, no sólo en aquellos que fueron dados de alta sino también en aquellos que no finalizaron el tratamiento. La única diferencia que se encontró entre las personas que finalizaron el tratamiento y las que no, fue en recursos de afrontamiento social. No se apreciaron diferencias significativas en integración en la comunidad.

Uno de los estudios más interesantes es el realizado por Toro *et al.* (1997), que presenta los resultados del *Demonstration Employment Project-Training and Housing* (DEPTH). En su estudio establecieron dos condiciones experimentales: la primera, combinaba entrenamiento laboral y obtención de un trabajo con alojamiento permanente y apoyo a las necesidades específicas individuales. Los servicios centrales que recibía este grupo fueron manejo de caso intensivo, ofrecer acceso y unión con los servicios (subsidios, alojamiento, asesoramiento para problemas de alcohol y drogas, evaluación y tratamiento psicológico). El grupo control no recibió ninguno de los servicios del DEPTH pero sí podían obtener otros servicios en la comunidad durante el periodo de seguimiento (18 meses). Los 213 sujetos fueron asignados aleatoriamente a estos grupos, siendo los evaluadores ciegos a la condición a la que pertenecían los sujetos. Los resultados mostraron una muy importante mejora en días en situación de sin hogar, salud física y en número de acontecimientos estresantes en los participantes del estudio, independientemente de su condición experimental. Aparecieron diferencias significativas entre ambos grupos en calidad de alojamiento, síntomas psicopatológicos y sucesos vitales estresantes, obteniéndose los mejores resultados en los sujetos que recibieron intervención.

Morse *et al.* (1997) realizaron también un muy buen estudio, en el cual se comparan 3 diferentes tipos de manejo de caso. La muestra estaba formada por un número no demasiado elevado de usuarios (165) recogidos mediante búsqueda activa en unidades de emergencia psiquiátrica y unidades de ingreso, consiguiendo realizar el seguimiento a un porcentaje elevado de ellos a los 18 meses. En este estudio se realizó la asignación aleatoria de los sujetos a cada uno de los 3 grupos: Tratamiento comunitario asertivo (ACT), «Tratamiento comunitario asertivo más trabajadores de la comunidad» (*Assertive community treatment plus community workers*) y por último «Manejo de caso con mediador» (*Broker case management*). El ACT consistía en un tratamiento intensivo (10 usuarios por profesional) individualizado, sin límite de tiempo, mediante el cual, se proporcionaba o coordinaba todos los servicios necesarios para el usuario, realizándose planes de servicios en función de las prioridades de cada uno de ellos; era prioritaria la atención dirigida a ayudar a los usuarios a obtener y mantener alojamiento. Además, se realizaba un seguimiento persistente y la búsqueda activa de los usuarios. En la condición de ACT más trabajadores de la comunidad, los usuarios eran asignados a un paraprofesional de la comunidad cuyo papel consistía en ayudarles en sus actividades de la vida coti-

diana y compartir actividades de ocio. En la última de las tres condiciones experimentales, Manejo de caso con mediador, se desarrollaba un plan individualizado para el cliente, y se organizaba (y pagaba) los servicios de salud mental y psicosocial; también se controlaba la calidad de los servicios y se ajustaba la mezcla de servicios, en función de las necesidades cambiantes de los usuarios. A diferencia de los tipos de intervenciones anteriores no acudían a los albergues de emergencia, ni realizaban visitas a domicilio ni acompañan a sus usuarios a otros servicios. La proporción era en este caso de 85 usuarios por profesional. En cuanto a los resultados obtenidos, se comprueba que los usuarios del ACT y los de ACT más trabajadores de la comunidad recibían más asistencia de sus programas de tratamiento y proporcionaban más contacto con servicios que la condición de Manejo de caso con mediador. Los resultados mostraban que el ACT proporcionaba más asistencia en servicios de salud y más días en alojamiento estable (a los 18 meses) que los otros 2. Por lo demás, estos autores no encontraron diferencias significativas en ansiedad/depresión, hostilidad/suspiciousidad o autoestima, ni aparecieron diferencias significativas en abuso de sustancias. Estos resultados indicaban que el ACT era más efectivo para personas con serios trastornos mentales en situación sin hogar que el Manejo de caso con mediador y que los trabajadores comunitarios no parecían aumentar la efectividad del ACT.

Por otro lado, Lehman *et al.* (1999), en su estudio evaluaron el coste-efectividad de un tratamiento comunitario asertivo. Parte de los usuarios recibieron ACT, que suponía un intervención comunitaria con manejo de caso intensivo (seguimiento, acompañamiento,...), así como una integración asertiva de estas personas y la defensa activa de los derechos de las mismas. El equipo estaba disponible las 24 horas del día todos los días de la semana. El resto de los usuarios recibieron la atención usual (grupo control), que suponía el acceso a los servicios disponibles en Baltimore para personas sin hogar (no específicos para personas sin hogar con trastornos mentales) y del sistema público de salud mental. Estos autores encontraron que los pacientes del ACT acudieron significativamente a más visitas a centros de salud mental (no hospitalizaciones). Los que recibieron la intervención de más convencional tuvieron significativamente más días de hospitalización y necesitaron en mayor medida atención de urgencia. Además el grupo de intervención asertiva había tenido más días en alojamiento estable que las personas que no recibieron esta intervención. Ambos grupos no presentaron diferencias en otras categorías.

Mención a parte merecen otros estudios de gran envergadura, que se han realizado contando con un importante presupuesto, y por tanto con muchos recursos, que han recogido datos en diferentes ciudades y que han contado con un número de participantes muy elevado.

Dentro de estos proyectos se encontraría el trabajo de Rosenheck, Gallup y Frisman (1993), los cuales, mediante un diseño no experimental, evaluaron el impacto de un programa de búsqueda y tratamiento del Departamento de Veteranos dirigido a personas sin hogar con trastornos mentales, así como los costes de los cuidados de salud proporcionados, para lo cual obtuvieron datos de 1.748 usuarios de 9 lugares diferentes. Este programa, *Homeless Chronically Mentally Ill* (HCMII), proporcionaba principalmente 4 servicios: búsqueda de los usuarios para informales de la disponibilidad de servicios de salud de departamento, facilitar el

acceso a servicios médicos y psiquiátricos, tratamiento residencial durante 6 meses y manejo de caso continuo. En su estudio no utilizaron exclusivamente datos obtenidos de los propios usuarios sino también se tuvo en cuenta los informes de los profesionales y fichas computerizadas para determinar el uso de servicios de salud, además algo que en pocas ocasiones se tiene en cuenta y puede resultar importante: la duración de la participación de cada usuario en el programa. Sin embargo, este estudio tiene una carencia metodológica importante: la inexistencia de grupo control. Los resultados indican un aumento muy importante en el uso de cuidados externos psiquiátricos y médicos y en la atención domiciliaria, con el correspondiente incremento de costes, así como un menor número de hospitalizaciones.

Estos autores realizaron también otros estudios similares. Rosenheck, Frisman y Gallup (1995) examinaron la relación entre 6 elementos específicos del tratamiento (el mismo tratamiento que en su estudio anterior) y sus costes y 10 medidas de resultados usando datos de un estudio longitudinal de un programa para veteranos sin hogar con trastornos mentales. Evaluaron la relación entre mejora en varias medidas de resultados y 6 elementos del programa: forma de contacto, número total de contactos con el programa, número de referencias con otros servicios, duración total del compromiso con el programa, participación en un tratamiento residencial y mayor pago. También se incluyen datos sobre coste-efectividad de 3 elementos principales del tratamiento: administración de contactos, tratamiento residencial e ingresos. Estos autores encontraron cambios significativos respecto a la línea base en todos los dominios excepto en el tamaño de la red social.

Otro de estos «grandes» estudios, es el *Access to Community Care and Effective Services and Supports (ACCESS)*, que comenzó a llevarse a cabo en el año 1994 por iniciativa del *Department of Health and Human Services* como parte los esfuerzos en llevados a cabo en EEUU con el objetivo de terminar con la situación sin hogar entre las personas con trastornos mentales graves. Este programa pretendía identificar aproximaciones a sistemas de integración y evaluar su efectividad. El objetivo fundamental era evitar la duplicación de recursos y su ineficacia y reducir costes, así como lograr mejorar el acceso a los servicios. Este estudio presentaba un diseño cuasi-experimental, en el cual se realizaba la comparación entre 18 comunidades de 15 ciudades diferentes, cada una de cuales cuenta con equipos de búsqueda activa y de manejo de caso intensivo e incluyen otros recursos necesarios (alojamiento, salud mental y tratamiento de abuso de sustancias, cuidados médicos, ayuda económica y defensa de los derechos de los usuarios). Los resultados publicados hasta el momento muestran mejoras en diferentes dominios: alojamiento, salud mental, uso de sustancias, empleo, calidad de vida y consumo de diferentes tipos de servicios (Lab y Rosenheck, 1999; Chinman *et al.*, 2000).

Dentro de estos grandes estudios destaca el *Second-Round McKinney Program* (Shern, *et al.*, 1997), que consistió en una investigación sobre 5 proyectos de demostración en 4 ciudades estadounidenses (Boston, Baltimore, Nueva York y San Diego). Este programa de demostración, que comenzó en 1990, fue diseñado para evaluar la efectividad de una variedad de intervenciones para proporcionar tratamiento de la salud mental, alojamiento y servicios de apoyo para personas sin hogar con trastornos mentales graves. Todos los proyectos evaluados tenían como

servicios fundamentales la búsqueda activa y equipo de manejo de caso (aunque de diferente tipo). En este trabajo se realizó un seguimiento de larga duración (12 a 24 meses) y existía grupo control, aunque éste varía para los distintos proyectos. El número de sujetos de la muestra fue muy elevado (894 personas sin hogar con trastornos mentales graves) y consiguieron evaluar a un alto porcentaje de ellos durante el seguimiento (79%). Otra de las características interesantes de este estudio son los dominios evaluados y los instrumentos seleccionados para medirlos; en él se evaluó por ejemplo, calidad de vida, que supone un indicador de bienestar global (fundamental para conocer la efectividad real en la vida de las personas en esta situación) y que no se evaluó en prácticamente ninguno del resto de los estudios revisados. En cuanto a los resultados se concluye que de las personas que reciben esos servicios, una mayor proporción consigue vivir dentro del marco comunitario.

Discusión y conclusiones

Una vez comentados estos trabajos, debemos señalar, en primer lugar, que es sumamente complicado llegar a conclusiones definitivas sobre los resultados obtenidos en los diversos estudios debido a las grandes diferencias que existen entre ellos. Entre estas diferencias es especialmente importante el hecho de que los dominios evaluados, al igual que los instrumentos utilizados, son muy diferentes, lo que hace muy difícil la comparación entre los trabajos.

Sin perder esto de vista, en general puede destacarse que, en general, las intervenciones que se llevan a cabo con personas con trastornos mentales y/o trastornos de abuso de sustancias en situación de sin hogar funcionan; es decir, prácticamente todas las intervenciones evaluadas han demostrado su capacidad para mejorar diferentes variables, como son alojamiento (p.ej., Morse *et al.*, 1997), salud física (Toro *et al.*, 1997), o calidad de vida (Rife *et al.*, 1991). Sin embargo, lo que no es tan evidente es que funcionen mejor aquellas intervenciones con enfoques activos (manejo de caso, tratamiento asertivo comunitario, búsqueda activa) frente a las más tradicionales.

En los estudios de evaluación de intervenciones dirigidas específicamente a *personas sin hogar con trastornos de abuso de sustancias*:

1. Encontramos que algunos de esos estudios muestran como el grupo control, que recibe una atención tradicional, mejora y no aparecen diferencias significativas con las intervenciones más asertivas (p.ej., Burnam *et al.*, 1995; Stahler *et al.*, 1995). El único estudio que obtiene claros resultados favorables para una intervención de manejo de caso frente a una intervención más usual es el estudio de Sosin *et al.* (1995), que indica como los 2 grupos que recibieron manejo de caso disminuyeron el consumo de alcohol y drogas significativamente más que los grupos con tratamiento tradicional.
2. Respecto al *consumo de sustancias psicoactivas*, no está claro que las intervenciones aquí evaluadas sirvan para disminuir el consumo de alcohol/drogas

o por lo menos que sean más útiles que las intervenciones tradicionales. Burnam *et al.* (1995) no encuentran resultados positivos que se mantengan a los 9 meses de finalizado el tratamiento; Lapham (1995) no obtuvo resultados en consumo de drogas aunque sí en uso de alcohol, mientras Staler (1995) encontró cambios positivos en uso de alcohol y cocaína. Devine (1995) encuentra que los 2 grupos que reciben intervención (no sólo un tratamiento de desintoxicación) mejoran significativamente en consumo de drogas, pero no aparecen diferencias entre ambos.

3. Sobre la situación de *alojamiento*, que también resulta fundamental en el trabajo con esta población, los estudios parecen apuntar que las intervenciones, en general, obtienen buenos resultados en estabilidad de alojamiento, pero tan sólo un estudio encuentra, de forma significativa, mejores resultados en los usuarios que reciben manejo de caso que en los que reciben una intervención usual (Sosin *et al.*, 1995).

En cuanto al segundo bloque de estudios, los que evaluaron intervenciones dirigidas a *personas con trastornos mentales crónicos en situación de sin hogar*, los resultados parecen ser más claros y favorables para los enfoques activos:

1. Si bien es cierto que todas las intervenciones parecen tener un efecto positivo en la situación de alojamiento de las personas sin hogar, las intervenciones con un carácter más asertivo, e individual, parecen hacerlo en mayor medida. Lehman *et al.* (1999) y Toro *et al.* (1997) encuentran mejoras significativamente mayores en los grupos de manejo de caso que en el «grupo control», más tradicional, en *alojamiento* (habitualmente en estabilidad de alojamiento y en algún caso también en calidad de alojamiento); Shern *et al.* (1997), encontraron también que las personas que recibieron este tipo de intervenciones consiguieron en mayor proporción vivir dentro de la comunidad.
2. Se apunta también una mejora en la *situación económica y laboral* en las intervenciones de este tipo (Prabucki *et al.*, 1995; Rife *et al.*, 1991; Leda y Rosenheck, 1992). Sin embargo, estos resultados sólo nos permiten afirmar que el tratamiento comunitario asertivo (ACT) y el manejo de caso mejoran los ingresos económicos, pero no que lo hagan en mayor medida que intervenciones más tradicionales; el único de los estudios que cuenta con grupo control para comparar los resultados es el realizado por Toro *et al.*, (1997), y en él no encontraron diferencias entre el grupo de manejo de caso y el grupo control en ingresos económicos.
3. Respecto a *salud mental*, varios de los estudios informan también de mejoras en aspectos relacionados con salud mental, aunque no de una manera concluyente; por ejemplo, Toro *et al.* (1997), encuentra una importante mejoría en la sintomatología psiquiátrica de los usuarios, pero tan sólo en las medidas obtenidas mediante el BPRS, no en las puntuaciones del SCL-90. Aparece también repetidamente una disminución en el número de hospitalizaciones psiquiátricas en las personas que reciben manejo de caso o tratamiento comunitario asertivo.

Además de las conclusiones comentadas, podemos señalar otros datos que resulta interesante destacar:

- Los resultados de algunos estudios indican que los efectos obtenidos tras la intervención tienden a desaparecer a medida que pasa el tiempo. Por ejemplo, en el estudio de Burnam *et al.* (1995) se mejoró el consumo de sustancias a los 6 meses y la depresión, ansiedad y alojamiento a los 3 meses, pero estos efectos no aparecían en la última evaluación que se realiza a los 9 meses. Esto nos indica la importancia de establecer periodos de seguimiento suficientemente amplios que nos ayuden a determinar la permanencia de los efectos conseguidos y a incluir estrategias de cuidados continuadas que mantengan las ganancias obtenidas durante los tratamientos.
- Otro de los resultados más llamativos muestra que estos programas tienen un *alto número de abandonos* (en aquellos estudios que informan dicho número) lo que, sin embargo, no es tenido en cuenta a la hora de llegar a conclusiones respecto a los resultados sobre su efectividad. Por ejemplo, en el estudio de Burnam *et al.* (1995) con personas con diagnóstico dual (trastorno relacionado con consumo sustancias y trastornos mentales graves) el porcentaje de abandonos fue muy elevado, sobre todo en el grupo que recibió atención no residencial (sólo el 8% completan con éxito la fase I del programa), con lo que las conclusiones a las que llegan los autores deben ser tomadas con reservas. De hecho, podría ocurrir que una diferencia importante entre los enfoques activos y tradicionales radique precisamente en esto, en que haya diferencias significativas en el número de abandonos a favor de los programas activos frente a los más tradicionales. Por ello parece imprescindible que los autores faciliten información sobre el número de abandonos producidos; una vez conocidos estos índices de los diferentes programas resultaría interesante tomarlos en cuenta como medida de resultados. Por otra parte, en esta misma línea, la propia definición de la situación sin hogar incide en los factores de exclusión social y señala las barreras existentes en el acceso a los servicios por parte de las personas sin hogar. Desde este punto de vista pudiera ser que los programas que incluyen búsqueda activa sean más eficaces en la localización y enganche de las personas, no en el tratamiento posterior que, de hecho, podría ser más similar a los tradicionales, ya que las personas incluidas en los estudios en los grupos tradicionales son aquellas que siguen los tratamientos y quedan excluidas las que o bien no llegan al servicio o bien abandonan el tratamiento.
- Un problema añadido presente en este tipo de estudios radica en la dificultad de *utilización de grupo control*. De hecho, en muchas ocasiones es difícil incluso determinar cuál es el grupo control adecuado. En la mayoría de los casos el grupo control es aquel grupo que recibe la atención tradicional y puede acceder a los recursos disponibles. De este modo se excluyen, como hemos visto, aquellas personas que no pueden acceder a los recursos tradicionales o que los abandonan, a la vez que es imposible garantizar la homogeneidad de la atención a esos grupos y, en muchos casos, es difícilmente identificable el tipo de atención que recibe cada persona incluida en el grupo.

Sugerencias para el futuro

Sería interesante que los estudios futuros que tuvieran entre sus objetivos la evaluación de la efectividad de los recursos para personas sin hogar incluyeran otras áreas que resultan importantes para la determinación de la misma. Entre esas medidas pueden destacarse las de *calidad de vida o de funcionamiento general*, que resultan fundamentales para conocer si se ha cumplido el objetivo último de los programas de rehabilitación psicosocial (Tessler y Goldman, 1982), las de satisfacción del usuario con el tratamiento y el número de abandonos.

En resumen, podemos decir que parece necesario un mayor interés por la evaluación de la efectividad de programas dirigidos a personas en situación de sin hogar con trastornos mentales crónicos y/o trastornos de abuso de sustancias, que permitan la toma de decisiones política acerca de la continuidad de los programas que se encuentran en funcionamiento actualmente y respecto a la idoneidad de aquellos que se pongan en marcha en un futuro próximo.

Referencias

- Avramov (1995). Homeless in the European Union Social and Legal exclusion in the 1990s. Bruselas: European Federation of National Organizations Working with the Homeless (FEANTSA).
- Braucht, G.N., Reichardt, Ch.S., Geissler, L.J., Bormann, C.A., Kwiatkowski, C.F. y Kirby, M.W. (1995). Effective service for homeless substance abusers. *Journal of Addictive Diseases*, 14, 87-109.
- Breakey, W.R. y Thompson, J.W. (1997). *Chronic mental illness*. Langhorne: Harwood Academic Publishers.
- Brook, M.G., y Buckner, J.C. (1996). Work and welfare: Job histories, barriers to employment, and predictors of work among low income mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 526-537.
- Burnam, M.A., Morton, S.C., McGlynn, E.A., Petersen, L.P., Stecher, B.M., Hayes, Ch. y Vaccaro, J.V. (1995). An experimental evaluation of residential and non-residential treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Addictive Diseases*, 14, 111-134.
- Cabrera, P.J. (1998). *Huéspedes del aire: Sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: UPCO.
- Cabrera, P.J. (1999). *La acción social con personas sin hogar*. Madrid: Cáritas.
- Cabrera, P.J. (2000). *Acción Social con personas sin hogar*. Madrid: Fundación FOESA.
- Cáritas Española (1997). *Políticas contra la exclusión social*. Madrid: Cáritas Española.
- Chinman, M., Rosenheck, R., Lam, J. y Davidson, L. (2000). Comparing consumer and non-consumer provided case management services for homeless persons with serious mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, 446-453.
- Consejo de Europa (1992). *Homeless*. Stasbourg: UE.
- Daly, M. (1994). *The right to a home, the right to a future. Third report of the European observatory on homelessness*. Bruselas: FEANTSA.
- Dalziel, C. (1997) *Megapoles Project*. European Comision.
- Devine, J.A., Wright, J.D. y Brody, C.J. (1995). An evaluation of an alcohol and drug treatment program for homeless substance abusers. *Evaluation Review*, 19, 620-45.

- Epel, E.S.; Bandura, A. y Cimbrado, P.G. (1999). Escaping homelessness: The influences of self-efficacy and time perspective on coping with homelessness. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 575-596.
- Infante, D.J., Jerónimo, G.C., Martín, E.S., Mayoral, M.B., Morilla, J.R. y Álvarez, R.A. (1990). *Marginados y excluidos en las calles de Madrid*. Madrid: Consejería de Integración Social.
- Koegel, P., Burnam, A. y Farr, R. (1988). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles, *Archives of General Psychiatry*, 46, 845-850.
- Lam, J. y Rosenheck, R. (1999). Street outreach for homeless persons with serious mental illness. Is it effective? *Medical Care*, 37, 894-907.
- Lamb, H.R. (1984). *The homeless mentally ill*. Nueva York: Guilford.
- Lapham, S.C., Hall, M. y Skipper, B.J. (1995). Homeless and substance use among alcohol abusers following participation in project M & ART. *Journal of Addictive Diseases*, 14, 41-55.
- Leda, C., y Rosenheck, R. (1992). Mental Health Status and Community Adjustment after treatment in a residential treatment program for homeless Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1219-1224.
- Lehman A.F., Dixon, J.S., Hoch, J.S., Dereforge, B., Kerman, E. y Frank R. (1999). Cost-Effectiveness of Assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 174, 346-352.
- Leonori, L., Muñoz, M., Vázquez, J.J., Bravo, M.F., Nuche, M., Brandt, P., Bento, A. y Horenbek, B. (2000). The Mental Health and Social Exclusion Network: A research activity report on European homeless citizens. *European Psychologist*, 5, 245-251.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., Trusty, M.L., Gerber, F., Smith, R., Tempelhoff, B. y Ahmad, L. (1997). An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services*, 48, 497-503.
- Muñoz, M., Vázquez, C. y Cruzado, J.A. (1995). *Personas Sin Hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Koegel, P., Sanz, J. y Burnam M.A. (1998). Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA), *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 514-520.
- Muñoz, M., Pérez, E., López, A. y Panadero, S. (1999). Apuntes para la medida de la calidad de vida. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 10-11, 20-26.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Bermejo, M. y Vázquez, J.J. (1999). Stressful life events among homeless people: Quantity, types, timing and perceived causality, *Journal of Community Psychology*, 27, 73-87.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J.J., Guisado, A.B., Bermejo, M. y Crespo, M. (en prensa). Procedimiento de muestreo representativo de las personas sin hogar: Avance de un estudio descriptivo en Madrid. *Revista Internacional de Sociología*.
- Navarro, V. y Benarch, J. (1996). Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de salud de España. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 505-637.
- Nuttbrock, M., Rahav, M., Rivera, J.J., Ng-Mak, D.S. y Link, B.G. (1999). Outcomes of Homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatric Services*, 49, 68-76.
- Padgett, D.K., Struening, E.L., Andrews, H. y Pittman, J. (1995). Predictors of emergency room use by homeless adults in New York city: The influence of predisposing, enabling, and need factors. *Social Science*, 41, 547-556.
- Prabucki, K., Woodtton, E., McCormick, R. y Washam, T. (1995). Evaluating the effectiveness of a residential rehabilitation program for homeless veterans. *Psychiatric Services*, 46, 4, 372-75.

- Rife, J.C., First, R.J., Greenlee, R.W., Miller L.D. y Feichter, M.A. (1991). Case management with homeless mentally ill people. *Health and Social Work, 16*, 58-67.
- Roper, R. y Boyer, R. (1987). Perceived health status among the new urban homeless. *Social Science Medicine, 24*, 669-678.
- Rosenheck, R., Gallup, L. y Frisman, P. (1993). Health care utilization and costs after entry into an outreach program for homeless mentally ill veterans. *Hospital and Community Psychiatry, 44*, 1166-1171.
- Rosenheck, R., Frisman, P. y Gallup, L. (1995). Effectiveness and cost of specific treatment elements in a program for homeless mentally ill veterans. *Psychiatric Services, 46*, 1131-39.
- Rossi (1989). *Down and out in America*. Chicago: University of Chicago Press.
- Shern, D.L., Felton, Ch.J., Hough, R.L., Lehman, A.F., Goldfinger, S., Valencia, E., Dennis, D., Straw, R. y Wood, P.W. (1997). Housing outcomes for homeless adults with mental illness: Results from the second -round Mc Kinney program. *Psychiatric Services, 48*, 239-41.
- Sosin, M., Bruni, M., y Reidy, M. (1995). Paths and impacts in the progressive independence model: A homeless and substance abuse intervention in Chicago. *Journal of Addictive Diseases, 14*, 1-20.
- Stahler, G.J., Shipley, T.F., Bartlet, D., DuCette, J.P. y Shandler, I.W. (1995). Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success. *Journal of Addictive Diseases, 14*, 151-167.
- Tesser, R.C. y Goldman, H.H. (1982). *The chronically mentally ill: Assessing community support programs*. Cambridge: Bullinger.
- Toro, P.A., Bellavia, C.W., Wall, D.D., Passero, J.M., Daeschles, C.V. y Thomas, D.M. (1997). Evaluating and intervention for homeless persons: Results of a field experiment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 476-48.
- Unger, J.B., Kipke, M.D., Simon, T.R., Johnson, C.J., Montgomery, S.B. y Iverson, E. (1998). Stress, coping and social support among homeless youth. *Journal of Adolescent Research, 13*, 134-157.
- Wright, J.D. y Weber, E. (1987). *Homeless and health*. Nueva York: McGraw-Hill.