

Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación

Methodological problems in rehabilitation program evaluation

B. SARACENO, L. DE LUCA, F. MONTERO BARQUERO

RESUMEN

El presente trabajo intenta hacer una reflexión sobre los problemas metodológicos que se encuentran en la evaluación de programas o servicios de rehabilitación psiquiátrica. Se analizan los principios de la evaluación de la calidad de los servicios brindados a los pacientes crónicos, así como las dificultades metodológicas en la búsqueda de criterios y estándares.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación. Evaluación. Acreditación.

SUMMARY

This paper outlines some methodological problems which are present when a psychiatric rehabilitation program or service is evaluated. The paper analyzes the principles of the quality of care assessment applied to the mental health services for a chronic patients.

Furthermore the methodological difficulties in establishing criteria and standards are discussed.

KEY WORDS: Rehabilitation. Evaluation. Quality assurance.

PREMISA

Los procesos de desinstitucionalización y deshospitalización fueron iniciados hace más de veinte años en los diferentes países. Estos procesos se basaron en principios y finalidades heterogéneos, algunos contradictorios entre sí. A pesar de las diferencias, estos procesos han generado un patrimonio común de experiencias, reflexiones teóricas y en algunos casos evidencias epidemiológicas de gran importancia.

Se podría afirmar que paralelamente a la población de pacientes psiquiátricos internados en los manicomios, se ha desarrollado otra población de dimensiones mayores, formada por ex-pacientes del hospital psiquiátrico y por los nuevos pacientes psiquiátricos no institucionalizados.

Además, no se puede olvidar, que la ampliación de los conocimientos sobre los derechos humanos y civiles por parte de los pacientes y sus familias, y por parte de los mismos trabajadores en salud mental ha conllevado a un aumento de las exigencias en lo que respecta a las condiciones de vida y asistencia que normalmente se ofrecen en los hospitales psiquiátricos.

Gracias a la complejidad de estos procesos, la noción de Rehabilitación se ha ido ampliando y articulando, perdiendo paulatinamente el significado reduccionista y vago que mantenía dentro del manicomio tradicional.

Efectivamente, dentro de la institución manicomial, el conjunto de actividades dirigidas hacia los pacientes con el simple objetivo de entretenimiento, constituía la rehabilitación, la cual era denominada a veces ergoterapia, o ludoterapia. En algunos casos, se empleaban incluso técnicas sofisticadas de expresión artística o corporal. Pero a pesar de ello la rehabilitación se mantenía dentro de la misma lógica, es decir aquella ineludible de la cronificación y del internamiento.

La rehabilitación dentro del manicomio ha constituido siempre la cara buena del internado con el fin de custodia; la medida compensatoria que la psiquiatría manicomial ha tomado para absolverse a sí misma de lo absurdo y antiterapéutico del manicomio. La superación parcial de los hospitales psiquiátricos, las experiencias de la comunidad terapéutica, la disminución de la población manicomial y el aumento de la población extramanicomial han hecho emerger la necesidad de concebir la rehabilitación en términos mucho más complejos.

DEFINICION

La rehabilitación se podría definir como el conjunto de todas las actividades tendentes a la maximización de las oportunidades del individuo, para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad. Estos objetivos contemplan el manejo ambiental a nivel individual, familiar y comunitario (1).

De esta manera, resulta evidente que la rehabilitación se constituye en un marco conceptual sólido, de referencia para toda la actuación psiquiátrica, y no puede ser considerada simplemente como una técnica específica para una

Psiquiatras, Unidad de Psiquiatría (Centro colaborador de la OMS). Instituto «Mario Negri», Milán.

Correspondencia: B. Saraceno. Unidad de Psiquiatría. Instituto «Mario Negri», Milán. Via Eritrea, 62. 20157 Italia.

Fecha de recepción: 29-4-91

Fecha de aceptación: 26-12-91.

población específica de pacientes (2). La rehabilitación es una actitud estratégica del trabajador, una condición emotiva del encuentro entre el servicio y el usuario, una política de superación de las separaciones existentes entre los diferentes ambientes y recursos disponibles (3).

En artículos precedentes, nuestro grupo ha intentado establecer algunos conceptos claves tendentes a definir la rehabilitación (4):

—el concepto de *competencia paternal* comprende el patrimonio de conocimientos (no definibles como técnicas propiamente dichas, pero similares al conocimiento-competencia que los padres desarrollan en la crianza de los hijos) característicos de la cultura del trabajador de la rehabilitación;

—el concepto de casa como escenario operativo y metafórico sobre el cual se ejecuta la intervención rehabilitadora.

La literatura ha contribuido en estos años a definir algunos conceptos fundamentales, y en este sentido es necesario recordar las contribuciones decisivas de J.K. Wing y de Luc Ciompi (5,6). Ciompi, utiliza el concepto introducido por Wing sobre la *estimulación óptima* (el equilibrio entre pobreza de la estimulación, como acontece en el ámbito institucional y la hiperestimulación, como sucede a veces con los pacientes expuestos a las solicitudes de participación por parte de los rehabilitadores) y aquella de *impedimento específico* (todos aquellos obstáculos existentes antes de la aparición de la enfermedad, así como aquellos derivados de la enfermedad o de la regresión provocada por la institución).

Otra noción importante es aquella definida por Ciompi como "expectativa". Según Ciompi, las expectativas de los trabajadores en relación con el éxito de la intervención rehabilitadora, constituyen de hecho la variable pronóstica, de acuerdo con la lógica de las profecías que se cumplen: el paciente que genera bajas expectativas, está destinado a modestos resultados.

El esquema anterior compuesto de algunas "palabras clave" podría constituirse en una referencia imprescindible para la práctica rehabilitadora y su evaluación.

Resulta evidente que los objetivos y los métodos de la rehabilitación estarán definidos por las variaciones mismas de los escenarios en los cuales se realiza.

En una entrevista (7) realizada por nuestro grupo a los trabajadores que se ocupaban de la rehabilitación en las diferentes áreas (hospital psiquiátrico, comunidades protegidas, apartamentos y centros psicosociales territoriales) emergía claramente, como las palabras clave, que según el criterio de los trabajadores definían objetivos y métodos, variaban según el área.

Con esta experiencia, se trata de tener en cuenta este flujo de palabras clave como indicador de las actitudes y estrategias del grupo de trabajo.

Las palabras clave que caracterizan la rehabilitación en el hospital psiquiátrico desaparecen parcialmente del vocabulario de los trabajadores de las estructuras residenciales, en donde aparecen nuevas palabras, y así sucesivamente al pasar de la estructura residencial al servicio territorial.

Observamos más detalladamente que, al definir los objetivos de la rehabilitación, los trabajadores del hospital psiquiátrico hacen referencia continuamente a los conceptos de *dignidad y habilidad*; mientras que en el vocabulario de la

estructura residencial aparecen conjuntamente conceptos-objetivos sobre el *crecimiento de la autoestima* del paciente y de su *autonomía*; en el vocabulario del servicio territorial aparece conjuntamente con las palabras precedentes, la palabra *independencia*.

Así la cuestión de "quién será" el usuario de un proyecto de rehabilitación dependerá del lugar donde ésta se lleva a cabo.

En el manicomio los candidatos son definidos "naturalmente" por el sólo hecho de estar internados, mientras que en la estructura residencial aparece que el usuario se defina en base al recorrido o carrera institucional precedente.

En el servicio territorial aparece por primera vez la palabra *selección* de los candidatos a la rehabilitación; y el grado de funcionamiento social parece ser la variable principal que determina el acceso de los usuarios procedentes del territorio al programa de rehabilitación.

Naturalmente la mayor selección es justificada por la mayor complejidad de los *end points* del proyecto rehabilitador, considerada por los trabajadores de las estructuras residenciales como una amenaza hacia los pacientes más "crónicamente" discapacitados, candidatos a las estructuras protegidas. La misma preocupación tienen los trabajadores del manicomio en relación a los criterios de aceptación por parte de las estructuras residenciales.

Aun más subjetivas son las palabras clave y sus "flujos", cuando son definidos los instrumentos y los modos de la intervención rehabilitadora. La palabra "cotidiano" está presente en el vocabulario de los tres escenarios, confirmando la centralidad de esta noción para una definición del concepto de rehabilitación.

Es interesante observar como las exigencias, el rol, la duración del proyecto y las estrategias, mutan, adquiriendo más importancia en el paso del manicomio al territorio. Parece como que la atemporalidad (la impotencia, la frustración) que caracteriza al hospital psiquiátrico se entrelaza también con la idea del "proyecto rehabilitador": siendo fundamental el rol que juega el hecho que los usuarios del manicomio y de las estructuras residenciales "viven totalmente" la estructura, mientras que los servicios de comunidad la "viven parcialmente". Esta diferencia determina en los trabajadores de las estructuras residenciales una actitud que, en el mejor de los casos, es similar a la tenacidad y en el peor, determina actitudes de distancia y aún de posible abandono.

Las definiciones formuladas por la OMS sobre lesión, incapacidad y minusvalía pueden ser leídas por lo tanto, en el contexto real en el cual se verifican, ya que no es posible definir los modelos necesarios de intervención para estas tres condiciones sin tener en cuenta los lugares en los cuales estas tres condiciones se encuentran (8).

Según la formulación de la OMS (9) el modelo de intervención para la lesión (daño orgánico y/o funcional de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica) sería el conjunto de psicoterapia, farmacoterapia y *milieu terapia*; para la incapacidad (lesión o pérdida de la capacidad operativa producida por la mutilación) la intervención estaría constituida por la terapia ocupacional, el adiestramiento y la adquisición de habilidades sociales y de *problem solving*; para la minusvalía (desventaja consecuenta a una lesión y/o

incapacidad que limita o impide el cumplimiento de roles adecuados) la intervención sería un programa de reinserción y rehabilitación laboral, de alternativas residenciales y de programa de soporte comunitario.

Es evidente que estas intervenciones y el éxito esperado varían según el área.

Los diferentes modelos y prácticas están determinados por los lugares en que se lleva a cabo la rehabilitación.

La importancia metodológica de esta simple consideración es mucho más vasta de cuanto parece, ya que se refiere a todas las dificultades surgidas por el exceso de rigidez al hacer la distinción entre estructura, proceso y resultado.

EVALUAR

A causa de esta heterogeneidad de lugares, fines y métodos, la aplicación de los principios de evaluación de la calidad en el campo de la rehabilitación es extremadamente problemático.

Es evidente que los principios de la evaluación de la calidad en el campo de la rehabilitación han pasado a ser parte, desde hace pocos años, de la cultura psiquiátrica.

Los motivos de tal "novedad" son muchos e intuibles: la diferenciación de los tratamientos, las exigencias de los usuarios y de sus familias y la necesidad del control de costos.

Sin embargo, no hay que olvidar que los principios de la evaluación provienen de áreas de la medicina seguramente menos problemáticas que la psiquiatría (10,11). Identificar indicadores que suministren informaciones fiables sobre las estructuras, sobre los procesos y sobre los resultados en el campo quirúrgico es, en cierta manera, menos controvertido; así como también lograr un acuerdo derivado en gran parte de la literatura científica sobre cuáles son los criterios y normas de calidad en las disciplinas quirúrgicas, aun siendo complejo es factible.

Los indicadores y criterios en psiquiatría son difícilmente identificables y, en cualquier caso, el grado de controversia es extremadamente alto.

Es sabido que la actividad de la evaluación consiste en una comparación entre aquello que se hace y aquello que se debería hacer. Lo que se hace se describe a través de los indicadores que suministren información sobre los recursos disponibles, los procedimientos efectuados y los resultados alcanzados (12).

Tales informaciones (indicadores) sobre la realidad se comparan con criterios establecidos que definirán la buena calidad de una estructura, de un procedimiento y de un resultado.

Tal recorrido lógico ha fascinado a los técnicos (por su valor heurístico), a los administradores (por su valor administrativos) y a los usuarios (por su valor ético). Sin embargo, entre el hecho de ser un método fascinante y las posibilidades de su aplicación hay un camino muy largo de recorrer.

En realidad no existe un consenso general en psiquiatría sobre qué se entiende por estructura (las características del área de influencia, de los trabajadores, de la población atendida y la accesibilidad a los tratamientos); así como no es fácil definir de una vez por todas que se entiende por un pro-

ceso (la conveniencia de los tratamientos, la evaluación de sus efectos, su aceptación ética, los criterios diagnósticos); finalmente, es necesario encontrar un consenso en relación con el concepto de resultado (sintomático, funcional, de calidad de la vida, para el paciente, para la familia, para los trabajadores).

Aún la cuestión de los criterios de calidad en psiquiatría es de difícil solución: posiblemente sólo en el campo de los psicofármacos se puede afirmar que existe un consenso más racional sobre qué se debe entender por buena calidad del tratamiento.

La buena calidad de una psicoterapia o de un programa de rehabilitación, ser definirían de modo heterogéneo, y tal vez contradictorio, en un consenso de psiquiatras.

Todas estas dificultades surgen por el hecho que los criterios deberían ser establecidos teniendo en cuenta la evidencias obtenidas por la experimentación controlada y transmitidas a través de la literatura científica; sin embargo sabemos que en psiquiatría esto no es la regla.

FUENTES DE CRITERIOS

Por consiguiente, en ausencia de fuentes "científicamente fundadas" (estudios experimentales) es necesario recurrir a otras fuentes. Actualmente se consideran como fuentes adecuadas los resultados de las *consensus conferences* y la adopción de eventos centinela, que permitan por lo menos definir los criterios mínimos de aceptabilidad o, si se quiere, criterios de mala calidad que sirvan de "umbral" para una evaluación. El concepto de evento centinela es extremadamente preciso en la evaluación de aquellos procedimientos cuyos criterios sobre la buena calidad son controvertidos. Podemos definir los eventos centinela como aquellos eventos que determinan en el interior de un servicio, de un programa, una específica atención encaminada a establecer si el evento era evitable o si fueron tomadas las medidas necesarias para que no aconteciera (13).

Para comprobar lo anteriormente afirmado sirve la comparación con la literatura internacional: abundancia de contribuciones teóricas sobre la evaluación en psiquiatría y la escasez de estudios prácticos de evaluación.

EVALUAR LA REHABILITACION

La literatura sobre la evaluación de los programas de rehabilitación no es muy abundante, si bien algunos resultados de estudios epidemiológicos de seguimiento (principalmente, el Estudio Piloto de la OMS) pueden suministrar sugerencias indirectas para la construcción de protocolos de evaluación aplicables al campo de la rehabilitación. Los estudios de seguimiento de Ciompi constituyen una contribución imprescindible para afrontar la identificación de indicadores en el área de rehabilitación.

Ciompi identifica tres ejes (eje casa, eje laboral y eje actividad recreativa): a lo largo de estos ejes se realiza el proceso rehabilitador por medio de pasos graduales y altamente dependientes (eje casa = hospital; eje laboral = ningún traba-

jo; eje recreativo = ninguna actividad) a través de una dependencia moderada (comunidad albergue, trabajos sencillos remunerados, centros sociales del servicio) hasta, finalmente, una dependencia baja (casa protegida, actividad laboral externa semi-protegida, acompañamiento en las estructuras de la comunidad).

La evaluación del grado de independencia se efectuará a través de los indicadores de resultado derivados de los ejes.

Como hace notar Lavender (14) no existen todavía instrumentos que evalúen toda la complejidad de las áreas y de las prácticas que constituyen el proceso de rehabilitación.

Existen estudios que han medido los fragmentos limitados de las prácticas rehabilitadoras: evaluación del ambiente físico (Morris, 15), del contexto social (Wing y Brown, 16) y del nivel de participación de la comunidad (Wykes et al., 17).

El mismo Lavender propone una escala más general que mide los recursos del personal, los recursos físicos, las prácticas en la gestión, las prácticas y los contratos con la comunidad y los tratamientos.

Además de estas contribuciones hay que tener en cuenta aquellas generadas dentro de los programas sobre Quality Assurance o de Acreditación, que tienen como objetivo la evaluación de la adecuación de los hospitales psiquiátricos.

Hay algunos ejemplos muy interesantes (el manual canadiense de Acreditación, la Mental Hospital Facility Schedule propuesta por la OMS, aún en fase de preparación) pero ciertamente la evaluación de la adecuación de un hospital psiquiátrico suministra solamente elementos indirectos de evaluación de un programa de rehabilitación, ya que justamente considera los aspectos estructurales, de organización y de conformidad ética que, en cierta forma, difieren de un protocolo específico para la rehabilitación.

Evaluar un programa de rehabilitación no es lo mismo que evaluar una intervención de rehabilitación.

Es necesario insistir sobre este punto debido a que frecuentemente se confunden las dimensiones de la evaluación:

- Evaluación de una intervención sobre un grupo de pacientes;
- Evaluación de un servicio psiquiátrico;
- Evaluación de un programa de Salud Mental a nivel de distrito;
- Evaluación de un plan de Salud Mental.

Parece evidente que aun manteniéndose inalterados los principios generales de la evaluación, al ampliarse el escenario supeditado a la misma, se pasará por métodos más orientados a la clínica, a métodos más orientados a la epidemiología. Se pasará de una indentificación relativamente rígida de criterios sobre normas predefinidas de calidad a estándares de referencia.

Abramson (18) distingue con este objetivo cuatro tipos de evaluación: el ensayo clínico, el programa trial, la revisión clínica, la program review.

Mientras que los primeros dos tipos (los ensayos) tiene como finalidad producir conocimientos que tengan una aplicabilidad generalizada, los segundos (las revisiones), tienen como finalidad la mejora y el bienestar de individuos o poblaciones específicas.

Aquello que según la conceptualización de Abramson se

acerca más al concepto de evaluación de un programa es la Program Review.

La evaluación, dentro de la lógica de la Program Review, acontece dentro de las "tareas" no necesariamente verificadas, sino más bien presumibles.

En otras palabras, no se trata tanto de individualizar criterios de referencia científicamente basados, sino más bien criterios racionalmente basados.

Lo que debemos buscar para construir la evaluación de un programa no es tanto un consenso sobre criterios de referencia basados en conocimientos experimentales precedentes, sino el racional que deriva de la suma de experiencias y de estrategias de las distintas políticas.

Es decir, se trata de introducir la idea de un consenso derivado de las decisiones de una política sanitaria.

Cuando la OMS promovió la idea de la valoración de la Atención Primaria como eje de un sistema sanitario nacional, lo hizo a partir de una tarea de política sanitaria (y por lo tanto de la toma de responsabilidad) más que de evidencias experimentales.

A la luz de estas consideraciones debemos generar las posibilidades de evaluar un programa de rehabilitación.

En lo que concierne a la evaluación de la estructura, es evidente que no es posible asumir criterios bien definidos sobre la cantidad y calidad de los recursos necesarios para un programa de rehabilitación.

Frecuentemente se pueden observar programas de rehabilitación altamente efectivos con recursos estructurales modestos, así como, contrariamente, se observan potentes y sofisticados "aparatos estructurales" de bajo nivel de efectividad y satisfacción por parte de los usuarios, etc.

Sin duda, un pequeño grupo de trabajadores fuertemente motivados, con estrechos vínculos en la comunidad, con un alto grado de aceptación por parte de los usuarios, puede alcanzar resultados superiores a los obtenidos por un equipo numeroso pero descoordinado, competente, pero aislado de la comunidad y de los recursos que esta posee.

Por lo tanto, parece racional al evaluar la estructura de un programa de rehabilitación, considerar los pocos indicadores cruciales:

—*La identificación de las necesidades de la población atendida por el programa.*

Es de vital importancia que existe un consenso racional sobre la definición de las necesidades de los pacientes que utilizan el programa de rehabilitación. Frecuentemente se observa en el campo de la rehabilitación que los pacientes reciben ofertas de asistencia que no tiene nada que ver con las necesidades extrínsecas o intrínsecas de los mismos. También es cierto que en la mayoría de los casos, las necesidades no se articulan en demandas específicas. Esta incapacidad del paciente para traducir las necesidades en demandas, determina respuestas que prescinden de las necesidades reales. Todos conocemos el fervor con el cual los rehabilitadores proponen la gimnasia, respiraciones, cineforum, actividades teatrales o artísticas, etc.

Antes de evaluar la correcta conducción de las actividades, debemos saber en qué medida estas actividades corresponden a las necesidades reales de los pacientes.

—*Las características de la organización del programa.*

Es necesario hacer hincapié en la interacción e integración con la comunidad y con las otras agencias sanitarias. Sobre este tema existe un debate entre los diferentes autores: algunos consideran la dimensión organizativa (management), como parte de la evaluación de la estructura; otros consideran la dimensión organizativa independientemente, *per se*: el debate no parece tener relevancia desde el punto de vista operativo. Es suficiente considerar, dentro del concepto de *management*, todos los problemas de coordinación de los diferentes roles profesionales del personal, el grado de integración, la modalidad de comunicación, etc.

—El grado de accesibilidad al programa por parte de los usuarios;

—El grado de motivación del personal del programa;

—La cantidad de recursos humanos, logísticos, financieros, disponibles para el programa.

Los problemas de la rehabilitación son numerosos, con una enorme variabilidad de difícil codificación y formalización. No se trata, por lo tanto, de evaluar la buena calidad de cada uno de los procesos; se trata simplemente de evaluar la medida en que el programa respeta en la práctica los principios organizativos y estilo de trabajo declarado (como también los principios descritos a través de los indicadores de estructura). Además se trata de evaluar la conformidad ética de los procedimientos adoptados.

Por lo tanto, la cuestión no es enunciar listas infinitas de criterios y de estándares sino, simplemente verificar si la integración interna del personal con la comunidad es adecuada.

Se trata de evaluar la adecuación de cada uno de los procedimientos, en relación a simples criterios éticos.

Para hacerlo será suficiente identificar eventos centinela capaces de revelar procedimientos inadmisibles en el plano ético o en el plano de la conformidad respecto al estilo organizativo declarado.

En lo concerniente a los resultados se tratará de evaluar tanto la satisfacción de los usuarios y de sus familias, como el grado de:

—modificación de los síntomas;

—modificación del funcionamiento social;

—modificación de la calidad de vida.

Como se observa en este breve esquema, la evaluación de un programa de rehabilitación está relacionada sobre todo con los criterios de estructura y con los criterios de resultado, dejando conscientemente la evaluación de los procesos en un segundo plano.

En otras palabras podemos decir que aquello que más nos interesa no es el "cómo" se rehabilita sino, "cuánto" se rehabilita, o sea: no tanto los procedimientos, sino sus resultados.

Paradójicamente, podríamos decir que salvo la conformidad ética, todos los procedimientos rehabilitadores son equivalentes, o mejor aún, de ellos no se puede decir nada *in se*.

La experiencia realizada por nuestro grupo en Nicaragua (19) ha demostrado que las mayores variables pronósticas de buenos resultados en programas rehabilitadores están constituidas no por el conjunto de procedimientos sino por:

—la capacidad de reconocer las necesidades de la población atendida;

—la fuerte integración del programa con los recursos de la comunidad;

—el elevado grado de aprobación de la comunidad y de los usuarios;

—el elevado grado de motivación del personal.

En el ejemplo tomado de la experiencia nicaragüense, los indicadores de estructura más ricos desde el punto de vista informativo no eran de naturaleza cuantitativa.

Frecuentemente, la noción de "recursos" en psiquiatría se reduce simplemente el cálculo de las fuerzas que actúan en el campo.

Sin negar obviamente el peso de tales variables, es necesario no olvidar que existen recursos menos visibles cuyos costos son difícilmente calculables pero que, sin embargo, juegan un papel decisivo.

Los niveles de motivación de los trabajadores, el tiempo potencialmente a disposición de los usuarios, el grado de integración interna del personal, el grado de integración entre el programa y la comunidad; son todos los recursos que generalmente no se calculan.

Es notable como un programa, en condiciones iguales de recursos humanos y físicos, puede obtener resultados superiores a otros efectuados tomando en cuenta los recursos "soft" que frecuentemente los psiquiatras mismos olvidan.

Es justa la "queja" continua por parte de los psiquiatras hacia los administradores a causa de la escasez de recursos disponibles; pero al mismo tiempo no es justo pensar que los recursos constituyan por sí mismos la garantía de la buena calidad del programa.

Hemos dejado por último el problema sobre la evaluación de los resultados, la cual es decididamente central en un proceso de evaluación de un programa.

Un programa de evaluación es viable siempre y cuando siga una lógica de Salud Pública y no la lógica de la producción de conocimientos teóricos. Esto quiere decir que un programa de evaluación, debe servir para tomar decisiones que modifiquen y mejoren rápidamente las estrategias sujetas a evaluación.

Tales afirmaciones, difícilmente controvertidas, se contradicen con el concepto de resultado en psiquiatría, debido a que a las características intrínsecas de la enfermedad mental y los resultados posibles de una intervención terapéutica, son evaluables al cabo de muchos años.

Los mismos estudios de seguimiento son más confiables, cuanto mayor sea el tiempo de seguimiento.

No hay duda que los resultados más interesantes del Pilot Study han sido aquellos del segundo y tercer periodo de seguimiento (10 años).

Se trata ahora de individualizar aquellos resultados que permitan ser evaluados en un tiempo breve; lo cual conlleva escoger indicadores no tanto clínicamente orientados (mejoría, resolución de síntomas) como más bien orientados hacia la calidad de la vida del paciente, hacia la promoción de recursos rehabilitadores dentro de la comunidad.

En este sentido, en la evaluación de los resultados se hará uso de instrumentos simples de auto-evaluación que hagan énfasis en la satisfacción del paciente como indicador fundamental de la calidad del servicio recibido.

Cleary y McNeil B.J. (20) sugieren considerar la satisfacción del paciente, como la articulación en modo detallado, de su experiencia en todas las fases del tratamiento (estruc-

tural y de proceso) y no como un juicio global respecto a la asistencia recibida.

La satisfacción respecto a la accesibilidad del programa, confortabilidad de los ambientes, costos directos e indirectos; tratamientos específicos recibidos, así como los aspectos

interpersonales del tratamiento recibido, condiciones clínicas, funcionales y sociales alcanzadas.

En este sentido, la satisfacción se aleja del simple rol de indicador de resultado, pero se constituye en un "marcador" fuerte que revela con precisión las limitaciones del programa.

BIBLIOGRAFIA

1. Saraceno B, Ferriani D, Rossi P, Sternai E. Estudio sulla nozione di riabilitazione in psichiatria 1985, C.S.E.R.D.E., Milano.
2. Saraceno B. La cultura della riabilitazione. Practitioner (Edizione Italiana) 1985; 82: 30-43.
3. Saraceno B. La réadaptation comme "conscience critique" de la psychiatrie médicale. Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Higiene Mentale 1986; 4: 80-85.
4. Saraceno B. De la conitnuité inutile à la discontinuité abandon. Revue Practique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Higiene Mentale 1989; 3: 36-40.
5. Wing JK. Schizophrenia. In: Watts F, Bennet D. (eds), Theory and practice of social rehabilitation. Wiley, London 1983.
6. Ciompi L. How to improve the treatment of schizophrenics. In: Stierling H, Wynne L, Wirsching M (eds) Psychosocial intervention in schizophrenia, Springer, Berlin 1983.
7. Saraceno B, Sternai E. Questioni di riabilitazione. Rivista Sperimentale di Freniatria 1987; CXI: 1507-1517.
8. WHO: International classification of impairments, disabilities and handicaps Geneva 1980.
9. De Girolano G. Terapie sociali e riabilitazione. In: Lang M, Del Corno F (eds) Psicologia clinica, Franco Angeli, Milano 1989.
10. Donabedian A. The quality of care. Of can it be assessed? JAMA 1980; 260: 1743-1748.
11. Palmer HR. An introduction to quality assurance in health care. American Hospital Association, Chicago 1977.
12. Saraceno B, Bolongaro G. Valutazione della qualità in psichiatria. In: Di Munzio W (ed) La valutazione in psichiatria, Liguori, Napoli 1990.
13. Saraceno B, Levav I. Evaluación de servicios de salud mental en la comunidad, in press.
14. Lavender A. Improving the quality of care on psychiatric hospital rehabilitation wards. A controlled evaluation. British Journal of Psychiatry 1987; 150: 476-481.
15. Morris B. Rehabilitation of the schizophrenic patient. In: Burrows GD, Norman TR, Rubistein G (eds) Handbook of studies on schizophrenia, Elsevier, Amsterdam, 1986; 129-139.
16. Wing JK, Brown GW. Institutionalism and schizophrenia. London, Cambridge University Press, 1970.
17. Wykes T, Sturt E, Creer C. Practices of day and residential units in relation to the social behaviour of resident. In: Wing JK (ed), Long term community care experience in a London borough, Psychological Medicine monographs, Cambridge University Press, London 1982.
18. Abramson JH. the four basic types of evaluation: clinical reviews, clinical trials, program reviews, and program trials. Public Health Reports 1979; 94: 210-215.
19. Saraceno B, Aguilar Briceno R, Asioli F, Liberati A, Tognoni G. Cooperation in mental health: an italian projet in Nicaragua. Social Science and Medicine 1990; 31: 1067-1071.
20. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry 1988; 25: 25-36.