

Trayectorias de resultados para adolescentes en tratamiento residencial: una evaluación

John S. Lyons, Ph.D, Patricia Terry, R.N., Zoran Martinovich, Ph.D., Julie Peterson, Ph.D., y Bill Bouska, MPA

Aunque los tratamientos residenciales representan uno de los componentes más extendidos y caros de los servicios del sistema de salud mental para niños y adolescentes, se conoce poco acerca de los resultados previstos de este servicio. Se conoce aún menos de la trayectoria a través de la cual ocurre el cambio dentro de estos establecimientos. Nosotros examinamos el estatus clínico de 285 adolescentes durante un periodo de 2 años tras su inclusión en un tratamiento residencial por el Departamento de Salud Mental en un estado occidental. Usando una técnica de modelo de crecimiento, se determinó la tasa de cambio por medio de un conjunto de síntomas medidos por la Versión Infantil y Adolescente de la Agudeza de la Enfermedad Psiquiátrica (EPIA). Los resultados sugieren que mientras los adolescentes tienden a mejorar en general durante el curso de sus estancias, había una considerable variación en qué síntomas mejoraban y cuales no. En realidad, dos síntomas llegaron a estar ciertamente peor con el tratamiento. Además, se demostró una variación significativa de los resultados entre los diferentes establecimientos, con adolescentes de un centro empeorando realmente durante el curso del tratamiento residencial. Nuestros hallazgos demuestran la utilidad del manejo de resultados y tiene implicaciones importantes respecto a como deberían gestionarse los servicios residenciales para niños y adultos.

Palabras clave: tratamiento residencial, adolescentes, trayectorias de resultados de tratamiento; versión infantil y adolescente -agudeza de la enfermedad psiquiátrica.

El interés en el resultado de los tratamientos residenciales para niños y adolescentes ha aumentado de forma coherente con el énfasis sobre los resultados de otros sectores de los servicios del sistema de salud mental (Bickman, Lambert, Andrade & Penaloza, 2000; Curry 1991; Pfeiffer, 1996). El número especial de Psicólogo de América (volumen 51, número 10) en octubre de 1996 es la evidencia de este énfasis incrementado (c.f., Howard; Moras, Brill; Martinovich & Lutz, 1996).

La necesidad de comprender los resultados asociados con el tratamiento residencial puede ser particularmente importante por diversas razones (Goocher, 1997). Primero, el tratamiento residencial es el servicio más caro dentro del abanico de servicios para niños y adolescentes (LeCroy & Ashford, 1992). Y hay una variación sustancial en el coste entre las distintas instalaciones. (Spencer, Shelton & Frank 1997). Además, actualmente hay cierta controversia acerca del valor relativo de la residencia versus alternativas basadas en

la comunidad (Bates, English & Kouidou-Giles, 1997); Magnuson, 1997). Para resolver esta controversia es importante la necesidad de desarrollar un motivo clínico comprensible para el uso de los servicios residenciales y de los resultados esperados que se deberían obtener de los servicios residenciales. (Lyons, Mintzer, Kisiel & Shallcross, 1998).

Muchos estados se están moviendo hacia iniciativas de gerenciamiento del cuidado de la salud o cuidado gerenciado (manager care) en el sector público de los servicios de salud mental. Uno de los primeros objetivos de estas iniciativas es realocar los escasos recursos de los servicios más caros que sirven a un número relativamente pequeño de casos, a alternativas basadas en la comunidad que sirven a más individuos con servicios menos caros. (Burns & Friedman, 1990; Lyons et al 1998). Ha habido un número de llamamientos

Este artículo se ha publicado en la revista Journal of Child and Family

para mejorar el proceso de descripción y operatividad de los problemas de salud mental de los niños y los adolescentes (Eisikovits & Schwartz, 1991; Julian, Julian Mastrine, Wessa & Atkinson, 1992) y establecer los criterios para asegurar que las necesidades individuales están enfocadas adecuadamente por medio de los servicios ofrecidos en el contexto residencial. Dentro de este contexto, la comprensión de los beneficios clínicos del tratamiento residencial es un componente crítico para asegurar que los niños y los adolescentes reciben el tipo de cuidado que necesitan para maximizar el desarrollo saludable y la permanencia en el centro.

Se usan tres metodologías básicas para estudiar los resultados de los servicios (Lyons, Howard, O'Mahoney & Lish, 1997). El análisis del cambio se centra en estudiar las diferencias antes y después de haber recibido los servicios. El análisis de decisión se centra en modelar las decisiones claves en el proceso del cuidado. La predicción de resultados incluye la construcción de trayectorias de cambio en el transcurso del servicio recibido. Mientras ha habido poca investigación sobre el análisis de cambio (p. ej. Gilliland-Mallo & Judd, 1986) y el análisis de decisión (Lyons y col. 1998) con los servicios residenciales, no ha habido investigación que proporcione el fundamento para modelar la trayectoria de cambio en estos establecimientos.

Las metodologías de predicción de resultados han evolucionado desde un trabajo inicial acerca de la relación "dosis-efecto" en la entrega de servicio (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986). Una relación dosis-efecto supone que si un servicio es efectivo, entonces relativamente más de este servicio debería ser por lo general más efectivo que relativamente menos de ese servicio. Tal relación se ha encontrado imputable a la psicoterapia para adultos (Howard y col., 1986) servicios de internado (Lyons, Howard y col. 1997; Lyons, O'Mahoney y col. 1997) y programas hospitalarios parciales. (Lyons y col. 1996). Por medio del uso de modelos jerárquicos lineales (aka, regresión con coeficiente aleatorio, modelos de efectos mixtos, modelos de crecimiento) llega a ser posible pasar de establecer una relación entre la cantidad de tratamiento y cambio pre-post a construir trayectorias de respuestas individuales fiables

basadas en múltiples valoraciones (Lutz, Martinovich & Howard, 1999). Además, para modelar las diferencias individuales en el cambio de trayectorias, una estrategia de modelo de crecimiento permite a los casos variar en el tiempo y el número de valoraciones, una estrategia de muestreo más en línea con las realidades de los resultados de tratamientos medidos repetidamente en los establecimientos del mundo real. El presente estudio describe tales trayectorias de resultados para tratamiento residencial con adolescentes, separando los resultados de los tratamientos según el tipo, el diagnóstico y el centro.

Método

Sujetos y centros

Este estudio se basa en los datos recogidos mediante revisiones trimestrales del estatus clínico de 285 adolescentes incluidos en tratamiento residencial por el Departamento de Salud Mental en un estado del oeste. El sesenta y tres por ciento eran varones. La franja de edad iba de 12 a 17. Los niños estaban alojados en uno de los ocho centros de tratamiento residencial alrededor del estado, a partir de aquí referenciados como los lugares de la A a la H.

El diagnóstico principal relacionado con el grupo (DRG) en el ingreso fue el trastorno de estrés postraumático (TEPT, 27%), seguido por el trastorno de déficit de atención por hiperactividad (TDAH, 21%), el trastorno de espectro depresivo (17%), el trastorno de desafío y oposición (TDO, 11%), el trastorno bipolar (7%), el trastorno psicótico (6%), el trastorno de conducta (2%) y el trastorno de ajuste (1%). En los análisis posteriores, los trastornos de conducta y TDO se agrupan conjuntamente bajo la etiqueta "trastornos de comportamiento" y el espectro depresivo y los trastornos de ajuste se agrupan como "trastornos emocionales",

Medidas y estrategia de muestreo de datos

Para monitorizar varios aspectos de enfermedad mental durante cada periodo de revisión se usó la Versión Infantil y Adolescente para la Agudeza de la Enfermedad

Psiquiátrica (EPIA, Lyons, 1998). La EPIA se compone de 20 puntuaciones ancladas (0 a 3) de ítems en cuatro campos: Comportamientos de Alto Riesgo (p.ej. agresividad, tendencia al suicidio, auto-mutilación); Síntomas (p.ej. depresión, ansiedad, impulsividad, valoración real); Funcionamiento (p.ej. educacional, familiar, auto cuidado) y Sistema de Apoyo (p. ej. supervisión de los padres, seguridad). Las escalas de puntuación se generan promediando todas las puntuaciones o las puntuaciones de cada campo (codificación inversa cuando es apropiado) de forma que cero representa un polo extremo de salud y 3 un polo extremo de poca salud. La escala completa y cuatro subescalas han demostrado fiabilidad consistente por encima de .70 ya sean usadas retrospectivamente o prospectivamente. Los estudios de validación han demostrado fuertes correlaciones tanto con la Lista de Verificación del Comportamiento Infantil como con el CAFAS (Lyons, 1998). Para el presente estudio, los revisores fueron psicólogos clínicos entrenados en la medida. La fiabilidad se valoró comparada con la primera revisión del autor del mismo caso para una muestra de cinco registros para cada revisor. El promedio de fiabilidad fue de .76 (peso Kappa). Todos los ítems eran fiables a 0.65 o por encima (peso Kappa). El presente estudio empleó solo 17 ítems, excluyendo los tres ítems de la subescala del Sistema de apoyo. La fiabilidad de los 17 ítems usados en esta revisión fue de 0.81. Esto es consistente con el trabajo previo en el que la fiabilidad de las puntuaciones de la capacidad de los padres mientras los hijos están en un lugar fuera de casa es difícil cuando se basa en la revisión de historiales mientras los síntomas y las características de funcionamiento de los niños y jóvenes están generalmente bien documentadas. (Lyons, Howard, O'Mahoney & Lish, 1997).

En este estudio se incluyeron y se revisaron doscientos ochenta y cinco casos y se puntuaron con la EPIA un mínimo de 3 ocasiones dentro de los dos años de admisión. Se completaron mil ciento setenta y seis revisiones. En un 69% de los casos, el primer periodo de revisión se hizo inmediatamente después de la admisión. Se completaron tres revisiones para un 37%, cuatro para un 32% y entre cinco y ocho revisiones para el 31% de casos restantes. Las revisiones se alargaron en un rango entre nueve meses y dos años.

Estrategia de análisis de datos

Dado que los tiempos de revisión varían sustancialmente caso a caso, no se podían emplear técnicas multivariantes convencionales y relativamente potentes (p. ej. MANOVA, medidas repetidas de ANOVA) para estimar las trayectorias de cambio para estos datos. Por tanto empleamos HLM/21 (Bryk, Raudenbush, Seltzer & Congdon, 1988) para modelar cada trayectoria de cambio de un adolescente como una función loglineal de tiempo desde la admisión (en años). Se escogió una función loglineal a causa de su capacidad para identificar tendencias implicando ajuste precoz (positivo o negativo) seguido por una estabilización final y evidencia sugiriendo la ubicuidad de tales patrones de ajuste tras comenzar un tratamiento psicosocial. (Howard y col., 1996). Más específicamente el estatus de cada persona en las escalas y los ítems de la EPIA se modeló como una función lineal de dos tiempos el log (base 3) de tiempo (en años) más 1:

Resultado EPIA = Intercept + pendiente (2) \lg_3 (años + 1)

Esta particular transformación logarítmica proporciona una interpretación útil para los términos intercept y pendiente. "Intercept" indica el nivel medio al ingreso en la escala/ítem de EPIA y "pendiente" indica la cantidad de cambio esperada a los aproximadamente 9 meses del ingreso (y también desde los 9 a los 24 meses).

Siguieron tres grupos de análisis, enfocando las cuestiones: (1) ¿Cómo cambian varios aspectos de los síntomas psiquiátricos y de funcionamiento tras el ingreso en un centro residencial? (2) ¿Varían el cambio de trayectorias según los grupos relacionados con el diagnóstico? (3) ¿Varían el cambio de trayectorias según el centro residencial? Primero, se estimaron las puntuaciones de cambio (con respecto al log del tiempo desde la admisión) para todas las escalas e ítems y se realizaron tests de hipótesis nula para estos coeficientes de "pendiente". Entonces, se estimaron modelos para cada DRG para las cuatro escalas EPIA; y se realizaron tests inferenciales de los coeficientes de "intercept" y "pendiente", comparando cada grupo de diagnóstico con el conjunto del resto de grupos. Finalmente, se estimaron modelos para

cada centro (desde A a H) para las cuatro escalas EPIA, y se realizaron tests inferenciales comparando cada cambio de trayectoria del centro (es decir, intercept y pendiente) con el conjunto de todos los otros.

Resultados

Cambios totales

Se usó HLM/2 para modelar las trayectorias de cambio para el total de la EPIA y cada una de las tres subescalas – riesgo, síntomas y funcionamiento. De media, la muestra de niños y adolescentes mostró un cambio fiable sobre la escala total, principalmente debido a un gran efecto de reducción del riesgo.

La Tabla I contiene los resultados de los análisis para cada escala e ítem de la EPIA. Dado el número de tests no ortogonales de significancia realizados con estos datos, está justificada una actitud conservadora hacia el presente análisis. Por tanto, en las tablas se han destacado tres niveles de significancia. Incluso los ajustes más rigurosos (p. ej. Bonferroni o Scheffé) proporcionarían

efectos significantes para efectos con $p < 0,001$; mientras los efectos significantes para $p < 0.05$ deberían considerarse como sugestivos.

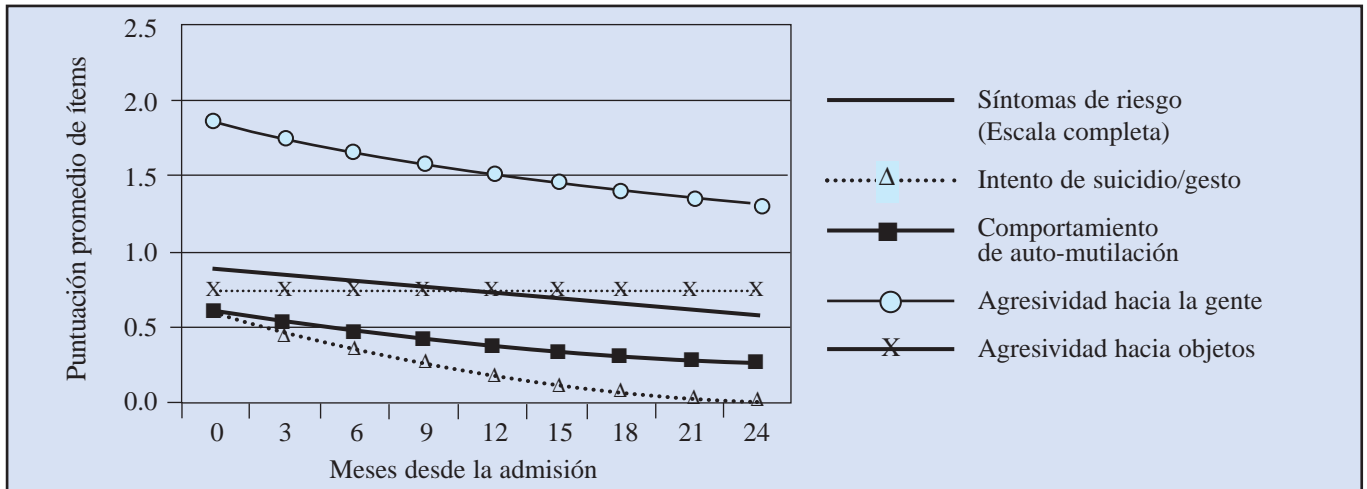
La Figura 1 muestra las trayectorias de cambio para los cuatro comportamientos de riesgo que comprende la subescala de riesgo de la EPIA. Había alguna indicación de mejora en la auto mutilación y la agresión a la gente y claramente una mejora fiable en la idea o en el gesto de suicidio. Solo la Agresión a Objetos fracasó en mostrar alguna respuesta al tratamiento residencial para el total de la muestra.

La Figura 2 muestra el cambio de trayectorias para los síntomas individuales. Dos síntomas mostraron mejora fiable en síntomas de depresión y valoración de la realidad y hubo alguna indicación de menor alteración del sueño. Sorprendentemente, dos síntomas mostraron *empeoramiento* fiable: ansiedad y actividad. Por tanto, mientras la muestra total de casos tiende a llegar a estar menos deprimida y menos psicótica y a dormir mejor, de media llegan a estar, de forma estadísticamente significativa, más ansiosos e hiperactivos durante el curso del tratamiento residencial.

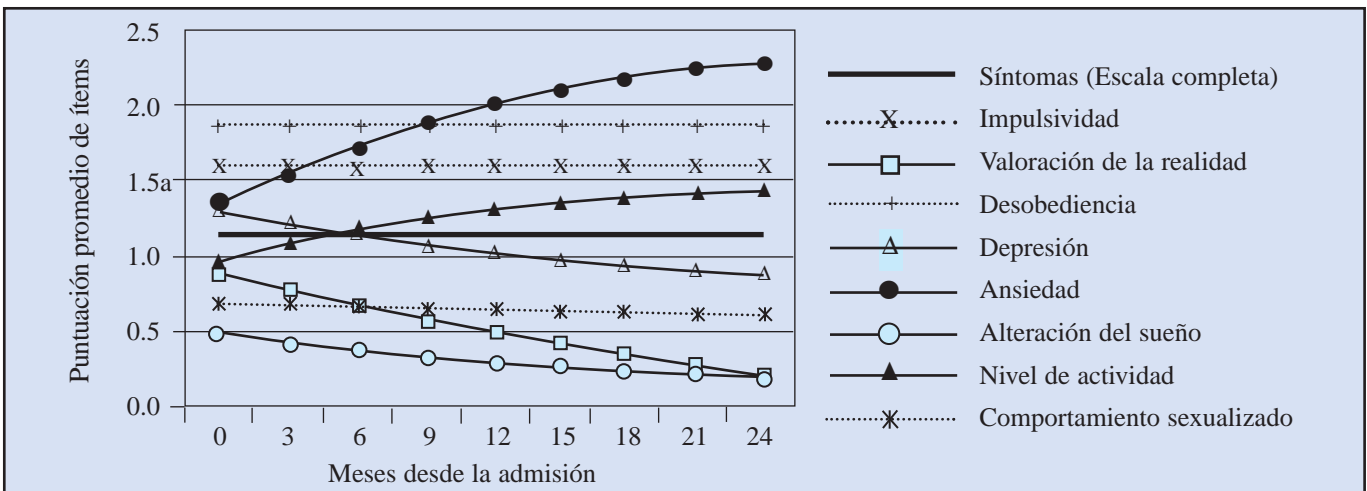
Tabla I. Modelos de respuesta para los ítems y escalas EPIA

Escala	Intercept	Pendiente	<i>IzI</i>	<i>p</i>
Escala total	1.15	-0.08	1.95	<i>p</i> .05
Escala comportamientos de riesgo	0.89	-0.18	3.25	<i>p</i> < .001
Intento de suicidio/gesto	0.52	-0.26	4.93	<i>p</i> < .001
Comportamiento de auto-mutilación	0.53	-0.14	2.18	<i>p</i> < .05
Agresividad hacia la gente	1.77	-0.19	2.22	<i>p</i> < .05
Agresividad hacia objetos	0.70	0.01	0.14	n.s.
Escala de síntomas	1.20	-0.04	0.83	n.s.
Impulsividad	1.68	0.21	0.24	n.s.
Valoración de la realidad	0.89	-0.33	4.66	<i>p</i> < .001
Desobediencia	1.79	0.10	0.13	n.s.
Depresión	1.29	-0.29	3.37	<i>p</i> < .001
Ansiedad	1.31	0.44	5.06	<i>p</i> < .001
Alteración del sueño	0.53	-0.14	2.18	<i>p</i> < .05
Nivel de actividad	0.91	0.25	2.87	<i>p</i> < .01
Comportamiento sexualizado	0.70	-0.05	0.83	n.s.
Escala de funcionamiento	1.27	-0.03	0.59	n.s.
Funcionamiento educacional	1.30	0.13	1.63	n.s.
Funcionamiento familiar	2.05	-0.08	1.01	n.s.
Funcionamiento de los iguales	2.07	-0.07	0.88	n.s.
Funcionamiento de auto-cuidado	0.56	0.01	0.07	n.s.
Estado nutricional	0.37	-0.12	2.20	<i>p</i> < .05

Comportamiento de riesgo



Síntomas



Puntuación promedio de ítems

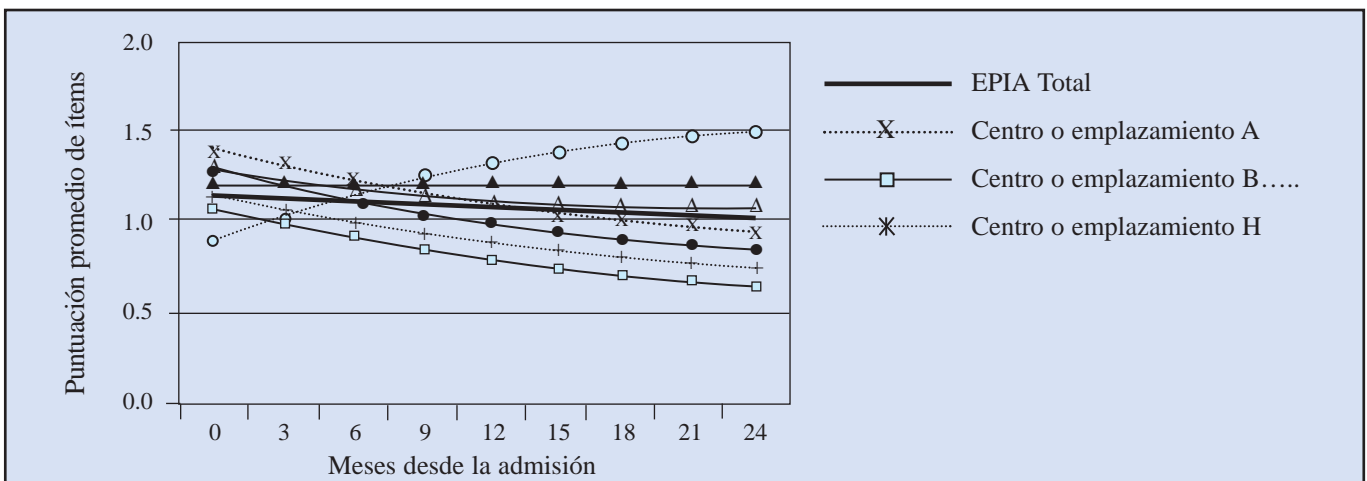


Fig. 3 Trayectoria de dos años de cambio en el estatus mental en ocho centros diferentes de tratamiento residencial

La única medida funcionante con alguna indicación de mejora fue el Estado Nutricional. Hubo algunas indicaciones de que a lo largo del tratamiento residencial, los mejoraban los hábitos alimenticios de niños y adolescentes.

Categorías de diagnóstico

La Tabla II contiene los resultados de los análisis desagregando las trayectorias de las escalas de puntos según la categoría del diagnóstico. En general, no emergieron diferencias diagnósticas remarcables con todos los efectos observados en niveles marginales de significancia. Hubo algunas sugerencias de que los niños y adolescentes con TEPT mostraron mayores comportamientos de riesgo al ingreso y mayor mejora posteriormente. Además, aquellos diagnosticados con TDAH no mostraron una reducción significativa en los comportamientos de riesgo y mostraron menos reducción que aquellos con otros diagnósticos primarios. Finalmente, los niños diag-

nosticados al ingreso de trastornos emocionales tuvieron más probabilidad de mostrar mejoras en el funcionamiento general. Sin embargo, nosotros consideramos estas inferencias, aunque intuitivamente atractivas, con alguna incredulidad ya que no cumplen la mayoría de las reglas de ajuste de errores del “experimento sensato”.

Proveedor de perfiles

La Figura 3 muestra las trayectorias de cambios para las ocho diferentes instalaciones residenciales. La tabla III proporciona resultados de las comparaciones de los centros para la puntuación total de la EPIA y cada una de las tres subescalas. Aunque ningún centro demostró una mejora que excediera la de los otros, un centro demostró un empeoramiento fiable. De forma interesante para este centro hubo también una diferencia significativa al ingreso. Focalizando en efectos claramente probables, el centro F incluyó niños con niveles de funcionamiento relati-

Tabla II. Modelos de respuesta para la escala EPIA por grupos relacionados según el diagnóstico

Escala	Intercept	IzI	p	Pendiente	IzI	p
Escala total	1.15			-0.08		
Trastorno emocionales	1.10	0.91	n.s.	-0.23	1.77	n.s.
TEPT	1.24	1.58	n.s.	-0.15	1.00	n.s.
Trastornos de comportamiento	1.16	0.09	n.s.	0.49	1.29	n.s.
TDAH	1.18	0.43	n.s.	-0.01	0.98	n.s.
Trastornos psicóticos	1.26	0.84	n.s.	-0.11	0.17	n.s.
Trastornos bipolares	0.96	1.67	n.s.	0.16	0.49	n.s.
Escala de comportamiento de riesgo	0.89			-0.18		
Trastorno emocionales	0.81	1.04	n.s.	-0.24	0.55	n.s.
TEPT	1.08	2.48	$p < .05$	-0.36	2.23	$p < .05$
Trastornos de comportamiento	0.89	0.01	n.s.	-0.09	0.72	n.s.
TDAH	0.85	0.55	n.s.	0.02	2.26	$p < .05$
Trastornos psicóticos	0.94	0.26	n.s.	-0.32	0.61	n.s.
Trastornos bipolares	0.64	1.66	n.s.	-0.31	0.60	n.s.
Escala de síntomas	1.20			-0.04		
Trastorno emocionales	1.12	1.07	n.s.	-0.19	1.46	n.s.
TEPT	1.25	0.72	n.s.	-0.04	0.07	n.s.
Trastornos de comportamiento.21	1.21	0.07	n.s.	0.06	0.84	n.s.
TDAH	1.29	1.08	n.s.	-0.03	0.17	n.s.
Trastornos psicóticos	1.25	0.31	n.s.	-0.08	0.21	n.s.
Trastornos bipolares	1.10	0.67	n.s.	-0.23	0.95	n.s.
Escala de funcionamiento	1.27			-0.03		
Trastorno emocionales	1.14	0.09	n.s.	-0.24	2.13	$p < .05$
TEPT	1.33	0.76	n.s.	-0.09	0.90	n.s.
Trastornos de comportamiento	1.32	0.45	n.s.	0.12	1.28	n.s.
TDAH	1.28	0.05	n.s.	0.00	0.36	n.s.
Trastornos psicóticos	1.59	1.88	n.s.	-0.11	0.42	n.s.
Trastornos bipolares	0.95	2.14	$p < .05$	0.19	1.15	n.s.

Tabla III. Modelos de respuesta para la escala EPIA por centro

Escala	Intercept	IzI	p	Pendiente	IzI	p
Escala total	1.15		-0.08			
Centro A	1.34	1.85	n.s.	-0.19	0.93	n.s.
Centro B....	1.10	1.22	n.s.	-0.17	1.06	n.s.
Centro H	1.25	0.50	n.s.	-0.14	0.30	n.s.
Escala de comportamiento de riesgo	0.89			-0.18		
Centro A	1.13	1.68	n.s.	-0.30	0.76	n.s.
Centro B....	0.77	2.05	$p < .05$	-0.26	0.63	n.s.
Centro H	0.84	0.23	n.s.	-0.17	0.04	n.s.
Escala de síntomas	1.20			-0.04		
Centro A	1.54	2.66	$p < .01$	-0.31	1.89	n.s.
Centro B....	1.16	0.64	n.s.	-0.13	0.91	n.s.
Centro H	1.24	0.16	n.s.	-0.16	0.49	n.s.
Escala de funcionamiento	1.27			-0.03		
Centro A	1.17	0.75	n.s.	0.16	1.39	n.s.
Centro B....	1.23	0.75	n.s.	0.04	0.11	n.s.
Centro H	1.64	1.46	n.s.	-0.17	0.56	n.s.

vamente más sanos en el momento de la admisión y estos niños mostraron un empeoramiento relativo en los comportamientos de riesgo y particularmente en síntomas durante los 2 años posteriores a la admisión. Los niños en el emplazamiento F promediaron un incremento de 0.37 puntos en los síntomas (escala de 0 a 3) durante los 9 meses y de nuevo durante los siguientes 15 meses desde su ingreso. En otras palabras, el centro empezó con casos que estaban significativamente menos perturbados pero estos niños y adolescentes llegaron a estar probadamente peor en el transcurso de su estancia residencial.

Discusión

Nuestros hallazgos refuerzan la importancia de desarrollar métodos y medidas para comprender los resultados de los tratamientos residenciales para niños y adolescentes. Los análisis actuales sugieren que la efectividad del tratamiento residencial puede estar limitada a la reducción de los comportamientos de riesgo y la depresión y al manejo mejorado de la psicosis. Hay poca evidencia de que las instalaciones de este estudio fueran exitosas en mejorar el funcionamiento. Además, parece que el tratamiento residencial puede tener resultados adversos

no intencionados sobre la ansiedad y la hiperactividad.

El tratamiento residencial parece ser efectivo en reducir los comportamientos de alto riesgo mientras los niños están en la residencia. Los beneficios del tratamiento fueron aparentes principalmente en reducir la suicidabilidad y hasta cierto punto en reducir la auto mutilación y la agresión hacia los otros. La ausencia de hallazgos respecto a la agresión a objetos puede indicar una tolerancia diferente para este comportamiento de riesgo comparado con los otros. Golpear una silla o pegar un puñetazo en la pared no es un síntoma de actuación infrecuente entre los adolescentes con trastornos emocionales. Este comportamiento es visto generalmente como menos peligroso que otros comportamientos de riesgo. Y, de hecho, pueden ser vistos como comportamientos de actuación "más sanos" en relación con la agresión a otros para adolescentes muy problemáticos. Nosotros no sabemos, sin embargo, si estas ganancias en la reducción de riesgo se trasladarían a la vida del niño posteriormente al alta del cuidado residencial. Los esfuerzos en el seguimiento de niños tras el alta son importantes para clarificar los resultados a largo plazo del tratamiento residencial.

Uno de los hallazgos más poderosos del presente estudio fue la clara variación entre los proveedores.

Específicamente, hubo un proveedor en el presente panel en el que los casos empeoraban de forma estadísticamente significativa en el transcurso del tratamiento residencial. No sorprendentemente, este emplazamiento fue también la fuente de un número de quejas y eventos centinela de malos resultados. Las discusiones con los oficiales del estado sugirieron que el resultado y la calidad de los problemas experimentados en ese establecimiento podrían haber ocurrido por la significativa inestabilidad dentro de la administración del establecimiento conjuntamente con un establecimiento viejo. Se pensó que estos factores reducían la moral del personal y afectaban al estilo y a la calidad del cuidado.

Si bien no había variaciones dramáticas entre las categorías de diagnóstico, parece que el tratamiento residencial puede ser de alguna manera más efectiva para el TEPT y los trastornos emocionales más que para el TDAH y los trastornos del comportamiento. Esto es consistente con los resultados de las investigaciones de la mayoría de otros servicios de salud mental para niños y adolescentes (Kazdin, 1996). Las intervenciones que parecen ser tan exitosas con los trastornos de comportamiento como con los trastornos emocionales parecen ser aquellos servicios completamente basados en la comunidad que intervienen en el entorno natural del niño y el adolescente (Kazdin & Weisz, 1998). Es importante destacar que usar solo una clasificación según el diagnóstico primario para clasificar los casos puede ser de alguna manera engañoso ya que muchos de los individuos incluidos en el presente estudio tenían probabilidad de tener múltiples diagnósticos de la DSM-IV.

Hay diversos aspectos metodológicos que limitan las interpretaciones de los hallazgos presentes. Primero, no tenemos ninguna medida del tipo de tratamiento proporcionados por los diversos programas. Si bien cada programa proporcionaba servicios en grupo, individuales y psiquiátricos, una especificación más detallada de los tratamientos podría justificar la interpretación de las diferencias en los resultados. Sin embargo, en nuestro trabajo de revisión de historias a través de un gran número de centros residenciales, hemos encontrado una uniformidad esencial en los servicios entre los distintos centros. Generalmente los programas de tratamiento residencial

proporcionan el mismo conjunto de servicios para cada niño de la residencia (Lyons y col., 1998; Lyons, Uriel-Miller, Reyes & Sokol, 2000). Segundo, se usó la medida retrospectiva. Si bien este acercamiento limita el impacto del sesgo del informe de los proveedores residenciales, ofrece problemas potenciales ocasionados por la ausencia de información completa acerca del estatus clínico. La fiabilidad del EPIA, si bien adecuada, no fue excepcional. Los esfuerzos en marcha para mantener la fiabilidad se emprendieron a lo largo del curso de la revisión con pares de revisores puntuando independientemente historias de forma periódica para comparar y discutir las puntuaciones. Sin embargo, la fiabilidad en curso no se valoró formalmente. Se precisa más investigación para especificar los límites interpretativos de esta metodología. Los hallazgos significan que el encontrar medios para mejorar la fiabilidad es también una prioridad. Tercero, dada la ausencia de grupo de control nosotros no sabemos cual hubiera sido la trayectoria de cambio esperada para niños y adolescentes similares que no recibieran servicios de tratamiento residencial. Finalmente, la mejora dentro de un programa de tratamiento residencial puede no estar relacionada con los resultados en la comunidad. No hay evidencia de una relación entre los resultados en el tratamiento residencial y el funcionamiento en entornos menos restrictivos.

Resumiendo, los presentes resultados representan un primer intento para empezar a establecer una comprensión de la trayectoria de cambio en el estatus psiquiátrico ocasionado por el tratamiento residencial de adolescentes. Que este esfuerzo ocasionó algún hallazgo provocativo es argumento evidente de la importancia de perseguir resultados de investigación en estos centros. Incumbe al sistema de servicio de salud mental clarificar los valores de los servicios dentro del sistema. Saber que servicios son efectivos para cada uno es una cuestión capital de este tema. De forma similar la monitorización de los servicios es un aspecto importante para la gerencia de un sistema de cuidados. Los datos de los resultados, si bien no dirigen necesariamente la acción, pueden proporcionar evidencia cierta para una necesidad de actuar.

Nota: La bibliografía está a disposición del lector en la dirección de correo lydiazuloaga@telefonica.net