



# Avaluació del programa 'Primer la Llar' de l'Ajuntament de Barcelona

## **Caracterització inicial dels participants**

**Versió final**

**Febrer de 2017**

Jordi Sanz  
David Vílchez





# Índex

1. Introducció.....	1
2. Aspectes sociodemogràfics.....	2
3. Outcomes del programa.....	6
3.1 La qualitat de vida.....	7
3.2 Habilitats personals.....	15
3.2.1 Autoeficàcia.....	15
3.2.2 Recuperació personal.....	20
3.3 Les relacions socials.....	23
4. Conclusions.....	28
5. Bibliografia.....	31
Annex I: fulla de derivació elaborada pel Departament de Persones Vulnerables de l'Ajuntament de Barcelona.....	32



## 1. Introducció

El principal objectiu d'aquest informe és recollir els resultats de la informació disponible corresponent a la línia de base de l'avaluació experimental del programa Primer la Llar de l'Ajuntament de Barcelona. L'objectiu de la línia de base és construir un sistema d'informació que doni compte de la situació de partida de les persones elegibles pel Programa Primer la Llar pel que fa als seus outcomes, fet que esdevé molt rellevant per interpretar els resultats a mig i llarg termini de l'avaluació d'impacte del mateix programa.

Aquest informe presenta el perfil basal de les persones derivades al programa Primer la Llar, tant pel que a les dades sociodemogràfiques de les persones derivades com per la informació basal relativa als seus outcomes. En el primer apartat es descriu tota la informació relativa al perfil sociodemogràfic, mentre que en el capítol segon es mostra tota la informació basal relativa als outcomes escollits per mesurar l'èxit del programa Primer la Llar - qualitat de vida relacionada amb la salut, autoeficàcia, recuperació personal i relacions socials.

Les dades que es presenten en aquest informe es van recollir en el procés de derivació de candidats a la convocatòria del programa Primer la Llar. Cada persona derivada va complir la fitxa de derivació en la que es demanaven varis aspectes relatius a la sociografia del candidat. A més, també es van administrar les enquestes relatives als outcomes escollits per valorar l'efectivitat del programa. L'elecció d'aquests outcomes es fonamenta en una revisió de la literatura realitzada l'any 2014, la qual pretenia detectar les referències bibliogràfiques publicades en els darrers tres anys d'intervencions similars a Primer la Llar que hagin estat avaluades i, finalment, hagin obtingut resultats positius. Aquesta proposta d'outcomes, la qual incloïa només instruments validats, fou consensuada amb els tècnics municipals referents del programa per tal que les dimensions avaluades s'ajustessin millor a la 'teoria del canvi' del programa Primer la Llar.

Finalment, cal posar de manifest que la caracterització basal presentada en aquest informe té ja valor en si mateixa. Principalment, perquè aporta informació relativa al col·lectiu sense sostre més cronificat no recollida fins al moment - sobretot pel que fa a mesures d'outcomes amb instruments validats. Però també perquè ens permet percebre com existeixen diferències dins del mateix el col·lectiu sense sostre si atenem a aspectes com ara el sexe, el temps sense llar, els problemes de salut afegits o, finalment, els ingressos econòmics.



## 2. Aspectes sociodemogràfics

Aquest apartat conté tota la informació relativa a les característiques sociodemogràfiques provinents del formulari de derivació (annex I) creat pel Departament de Persones Vulnerables de l'Ajuntament de Barcelona<sup>1</sup>. A partir de la informació d'aquest formulari, s'han pogut obtenir els següents blocs d'informació relatius a:

- aspectes sociodemogràfics, amb variables com el sexe, l'edat o el nivell d'estudis;
- a la seva situació de sensellarisme, amb variables com el temps d'estada al carrer o en recurrència en usos de serveis municipals en atenció a persones sense sostre;
- a la seva situació de salut, amb variables com la presència d'un trastorn mental sever o conducta addictiva, si han estat diagnosticats o si segueixen en el moment de passar la fitxa alguna vinculació amb algun referent clínic o social.
- a la seva situació d'ingressos econòmics, amb variables com si tenen ingressos econòmics o estan en disposició de tenir-ne, o la quantitat d'ingressos mensuals.

En el moment del sorteig per assignar els habitants al grup de programa i al de comparació, es va comptar amb un total de 139 persones sense llar derivades al Programa primer la Llar de les quals s'ha recollit informació. En general, la taxa de no resposta tant en la fitxa de derivació com en els qüestionaris d'outcomes ha estat inferior al 3 %.

En primer lloc, pel que fa a la informació sociodemogràfica, en destaquen els següents aspectes:

- De les 139 persones sense llar enquestades, el 81,29 % són homes mentre que només el 18,71 % són dones.
- La mitjana d'edat és d'uns 50 anys pels homes, mentre que per les dones és de 46 anys.
- Un 72,66 % nasqueren en territori espanyol, un 11,51 % ho feren a la Unió Europea i un 15,83 % fora de la Unió Europea.
- Un 51,8 % afirmen està afectats per una discapacitat, malgrat que no tothom la té reconeguda. De les 50 persones que disposen d'un certificat de discapacitat, un 4 %

---

<sup>1</sup> A més del formulari ben complimentat, es demanava que s'adjuntessin informes tècnics de caire social i/o clínic sobre la veracitat de la informació aportada. En cas de contradicció, s'ha tingut en compte aquesta darrera font d'informació.



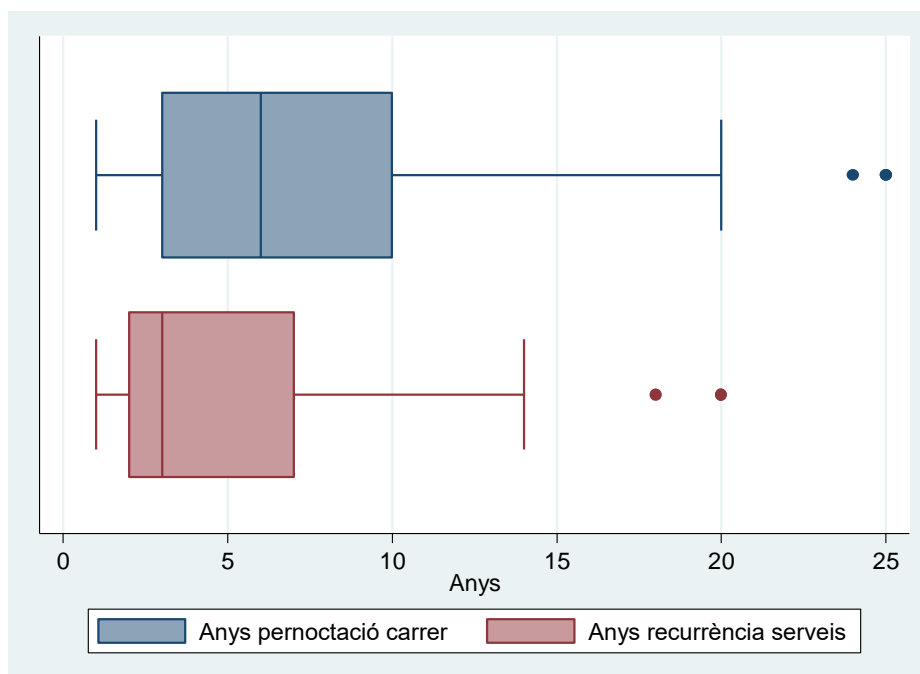
del total és inferior a un 33 % del grau de minusvàlua, un 18 % es troba entre 33 % i el 65 % i, finalment, un 78 % és superior al 65 %.

- Pel que fa al nivell educatiu, un 73,91 % afirmen no tenir estudis o només haver-ne assolit els de nivell primari. Només un 26,09 % reporten haver finalitzat estudis secundaris i/o universitaris.

En segon lloc, entorn al temps que es troben en situació de sensellarisme, cal esmentar les següents característiques:

- El temps mitjà de pernoctació al carrer és de 7 anys, mentre que el temps mitjà de recurrència en l'ús dels recursos municipals d'atenció a persones sense llar és de 5 anys.
- A més, si ens basem en el gràfic 1, el 50 % de les persones derivades han pernoctat al carrer fins a un màxim de 6 anys, un 25 % ho han fet un fins a màxim durant 3 anys però un 25 % ho han fet durant 10 anys o més.
- Anàlogament, el 50 % de les persones derivades han recorregut assíduament als serveis municipals de persones sense llar fins a un màxim de 3 anys, mentre que un 25 % ho han fet durant un màxim de 2 anys però un 25 % ho han fet durant 7 anys o més.

Gràfic 1: Pernoctació al carrer i ús recurrent del serveis municipals per a persones sense llar



- A partir de la primera data reportada en l'ús recurrent dels serveis per persones sense llar o la pernoctació al carrer, hem construït una nova font d'informació que



hem anomenat 'anys sense llar'. Aquesta nova variable pretén descriure el nombre mínim d'anys que porta una persona sense una llar estable. Esdevé, en aquest sentit, un raser mínim que informa de les diferències existents entre les persones derivades pel que fa a la seva trajectòria acumulada en anys de sensellarisme.

- El temps mitjà sense llar de les persones de al carrer és de 7 anys. Al respecte, un 25 % de les persones derivades han estat fins a un màxim de 3 anys sense llar, un 50 % ho han estat fins a màxim de 6 anys, un 25 % entre 6 i 10 anys, però, finalment, un 25 % ho ha estat durant deu 10 anys o més.

En tercer lloc, pel que fa a la seva situació de salut, els principals aspectes a ressaltar són els següents:

- En un 2,88 % dels casos es reporta que la persona derivada pateix problemes de caire psicològic sense presentar, però, cap trastorn mental sever i la conducta addictiva associada. En un 26,62 % dels casos derivats s'ha detectat presència d'un trastorn mental sever, en un 42,45 % d'addiccions i, finalment, en un 28,06 % de trastorn mental sever i **també** de conducta addictiva.
- De forma global, un 54,68 % de les persones derivades tenen un trastorn mental sever. D'aquests, el 80,26 % tenen un diagnòstic clínic mentre que la resta no. Així mateix, un 40,79 % d'aquests no segueixen assíduament cap mena de seguiment clínic. Finalment, un 34,29 % presenten un trastorn esquizofrènic, mentre que en un 10,01 % pateix un trastorn bipolar, delirant o obsessiu compulsiu i, finalment, el 55,71 % presenten altra mena de trastorns mentals.
- De forma agregada, un 70,5 % de les persones derivades presenten una conducta addictiva. D'aquests, el 76,29 % tenen un diagnòstic clínic de la seva addicció mentre que la resta no. Així mateix, un 64,37 % presenten una conducta addictiva relacionada principalment amb l'alcohol, un 14,94 % amb l'heroïna, un 5,75 % amb la marihuana, un 5,75 % amb la ludopatia i, finalment, un 9,2 % amb d'altres substàncies com la cocaïna o les drogues sintètiques.
- Finalment, s'ha construït una nova font d'informació relativa a quin és el grau de seguiment clínic de les persones derivades a partir de si disposen d'un diagnosi clínic o si actualment segueixen algun tractament.
- Al respecte, un 40,79 % de les persones derivades no es supervisen de forma clínic, malgrat es sospita que tenen un trastorn mental sever o, alternativament, malgrat haver-ne estat diagnosticat, no segueixen un tractament.
- De forma anàloga, un 57,14 % de les persones derivades reporten no estar vinculades amb cap referent clínic, malgrat es sospita que tenen una addicció no



diagnosticada o, malgrat haver-ne estat diagnosticat, no segueixen el tractament de salut encomanat.

- De forma agregada per totes les persones derivades, un 42,96 % no segueixen cap tractament clínic, malgrat s'hagi reportat que hi ha problema afegit de salut greu com són els trastorns mentals severos o les conductes addictives.

Finalment, amb relació a la seva situació d'ingressos econòmics en el moment de la derivació, cal ressaltar el següents trets:

- De les persones derivades, un 62,32 % tenen ingressos econòmics mentre que un 37,68 % es troben en disposició de tenir-ne.
- Dels que si tenen ingressos econòmics, en un 47,06 % provenen d'una pensió no contributiva, en un 37,65 % de la renda mínima d'inserció, un 9,41 % per pensions d'invalidesa o jubilació i, finalment, la resta sorgeixen de pensions per desocupació o entre d'altres.
- Així mateix, dels que tenen ingressos, de mitjana obtenen uns 483 euros mensuals. Això és, un 86,3 % de les persones derivades ingressen menys de 500 euros al més.





### 3. Outcomes del programa

En aquest apartat passem a descriure aquella informació relativa als outcomes escollits per valorar l'èxit del programa Primer la Llar. Els outcomes escollits es caracteritzen per emprar mesures validades i per permetre incorporar en l'anàlisi com la pròpia persona afectada descriu la seva situació. Més concretament, es recollirà informació sobre la qualitat de vida relacionada amb la salut, l'autoeficàcia, la recuperació personal i, finalment, les relacions socials.

Per a dos dels outcomes, qualitat de vida i autoeficàcia, es disposen de valors poblacionals de referència. Per tant, per aquests dos es podrà valorar quant una intervenció (en el nostre cas, Primer la Llar) acostia a la població atesa als valors generals establerts com a normatius. Per la resta d'outcomes, recuperació i relacions socials, la comparació haurà de ser sobre la mateixa població sense disposar d'un referent extern que s'empri com a llindar de referència.

En conseqüència, pel present informe i també pels dos primers outcomes, es presentaran els valors de mesura resultants segmentats per les següents variables sociodemogràfiques descrites de l'apartat anterior:

- Sexe: home i dona
- Edat: entre 20 i 35 anys, entre 36 i 50 anys, entre 51 i 65 anys i més de 65 anys.
- Anys sense llar respecte la mediana de la mostra: aquells que porten menys de 6 anys sense llar i aquells que en porten més de 6 anys.
- Problemes de salut afegits: trastorn mental sever, conductes addictives i, finalment, trastorn mental sever i conductes addictives.
- Seguiment d'un tractament clínic: existència de seguiment amb un professional clínic o social o si no existeix cap mena de seguiment.



## 4. La qualitat de vida

### Què entenem per qualitat de vida relacionada amb la salut?

El concepte de qualitat de vida relacionada amb la salut arriba a l'àmbit de la política pública sanitària i social posant de manifest que el benestar de les persones ateses és un aspecte cabdal a tenir en compte tant en el disseny com el seguiment de programes i intervencions.

En d'altres paraules, emprar el concepte de qualitat de vida relacionada amb la salut esdevé molt rellevant per qualsevol avaluació d'un programa o intervenció. La raó principal rau en el fet que la qualitat de vida relacionada amb la salut incorpora l'experiència de la persona atesa (la pròpia 'vivència' del problema social o de salut), així com també la caracterització del greuge que aquest provoca en la seva vida quotidiana.

És a dir, és una mesura que es construeix des de la perspectiva de les persones afectades per un problema social i/o de salut. Per tant, l'avantatge d'emprar instruments de mesura basats en aquest concepte és que emfasitzen la unicitat de cada individu per donar resposta al seu problema social i/o de salut, així com també l'acolliment que cada beneficiari fa d'una determinada intervenció o política social.

### Les característiques del qüestionari SF-36

El qüestionari SF-36 (d'ara endavant SF-36) és un dels instruments genèrics més emprats per mesurar la qualitat de vida relacionada amb la salut. Les seves propietats psicomètriques s'han avaluat en més de 400 articles (Garratt et al. 2002), i les mateixes propietats en la versió espanyola també s'han avaluat en diversos estudis - vegeu per exemple Vilagut et al. (2005).

El qüestionari SF-36 conta de 36 ítems que exploren la percepció subjectiva de l'estat de salut i de la qualitat de vida relacionada amb la salut. És un instrument autoadministrat que requereix entre 5 i 10 minuts per la seva complementació, encara que es pot administrar per telèfon i amb assistència d'un professional per a persones amb dificultats de lectura i/o comprensió.

El qüestionari informa tant dels estats positius com negatius de la salut física i benestar emocional, identificant 8 dimensions que nodreixen a la vegada aquestes dues



dimensions: la funció física, limitacions de rol per problemes físics, la funció social, les limitacions de rol per problemes emocionals, la salut mental, el dolor corporal i la salut en general. La taula següent descriu aquestes dimensions i les respectives interpretacions que es deriven d'una puntuació baixa o alta:

Dimensions	No ítems	Descripció de la dimensió	Significat dels resultats	
			Baixa puntuació	Alta puntuació
<b>Funció Física</b>	10	Grau en el que la salut limita les activitats físiques com la cura personal, caminar, pujar escales, agenollar-se...	Molta limitació en la realització d'activitats físiques, incloent banyar-se o vestir-se	Realitza tot tipus d'activitats físiques
<b>Funció Social</b>	2	Grau en que els problemes de salut física i/o emocional interfereixen en la vida social habitual.	Interferència freqüent i extrema amb les activitats	Realitza les activitats socials normals sense interferència degut a problemes físics o emocionals
<b>Rol físic</b>	4	Grau en el que la salut física interfereix en la feina i en d'altres activitats diàries, incloent el rendiment personal inferior al desitjat.	Problemes amb la feina o d'altres activitats diàries com a conseqüència de la salut física	Cap problema amb la feina o d'altres activitats diàries
<b>Rol emocional</b>	3	Grau en que els problemes emocionals interfereixen en la feina i en d'altres activitats diàries, incloent el rendiment personal inferior al desitjat.	Problemes amb la feina o d'altres activitats quotidianes a causa de problemes emocionals	Cap problema amb la feina i d'altres activitats diàries com a resultat de problemes emocionals
<b>Salud Mental</b>	5	Salud mental en general, incloent la depressió, ansietat, control de la conducta i benestar general.	Sensació de nerviosisme i depressió constant	Sensació de pau i felicitat i calma constant
<b>Vitalitat</b>	4	Sentiment d'energia i vitalitat, davant del sentiment de cansament i esgotament.	Cansament i esgotament constant	Ple d'entusiasme i energia constant
<b>Dolor</b>	2	La intensitat del dolor i el seu efecte en la feina habitual, tant fora de casa com en la llar	Dolor sever i molt limitant	Absència de dolor o limitacions derivades
<b>Salud general</b>	5	Avaluació personal de la pròpia salut respecte a un mateix o amb els demés.	S'avalua la pròpia salut com a dolenta i creu que empitjorà	S'avalua la pròpia salut com a excel·lent.

Adicionalment, el SF-36 inclou un ítem de transició que pregunta sobre el canvi en l'estat de salut general respecte l'any anterior. Aquest ítem no s'empra en el càlcul de cap de les escales, malgrat que proporciona informació útil sobre el canvi percebut en l'estat de salut durant l'any previ a l'administració del qüestionari.



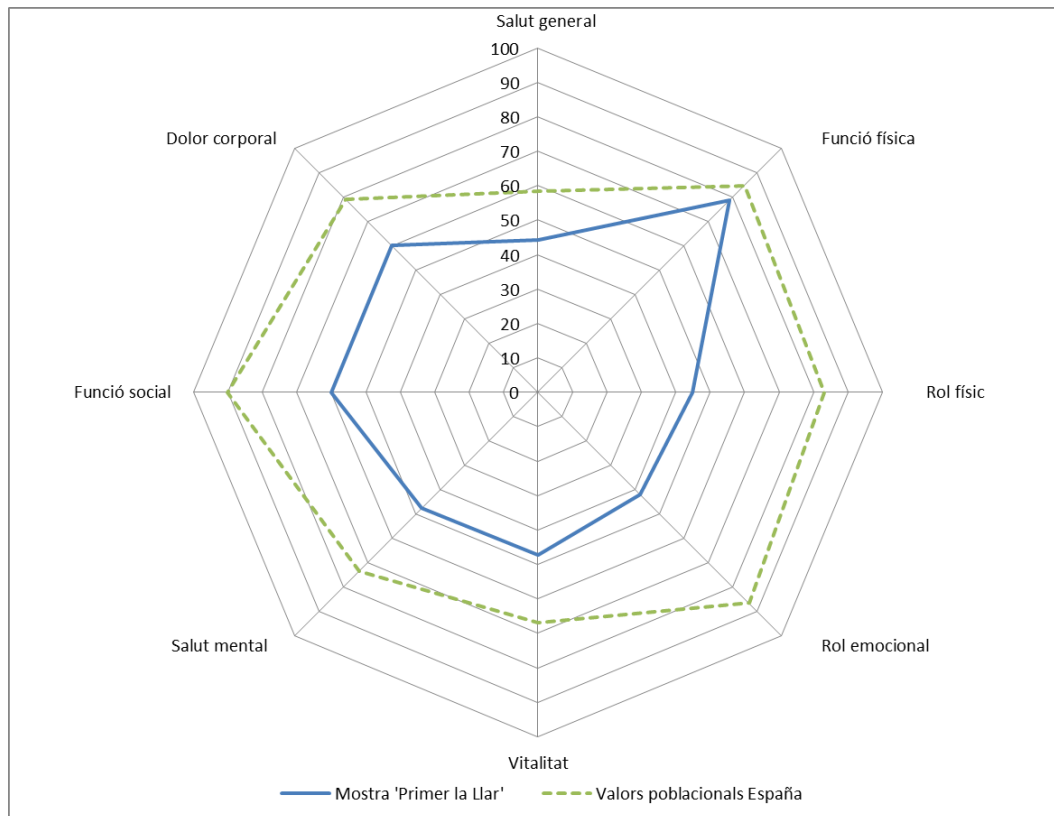
Per cada dimensió del SF-36, els ítems es codifiquen, s'agreguen i es transformen en una escala que va des de 0 (pitjor estat) a 100 (millor estat) seguint les instruccions proporcionades pel mateix manual de l'instrument.

Al seu torn, igual que passa amb la població nord-americana o l'anglesa, existeixen per la població espanyola puntuacions de l'instrument SF-36 per la població general (Alonso et al. 1998), les quals emprarem com a valors de referència per comparar els resultats obtinguts en la mostra 'Primer la Llar'.

### Descripció detallada de resultats en la mostra de persones 'Primer la Llar'

De manera general, s'observa en el següent gràfic que la qualitat de vida relacionada amb la salut de la mostra Primer la Llar és pitjor que la de la població espanyola en general. Llevat del cas de la Funció física, les diferències són importants en les dimensions de la salut en general, la salut mental, la funció social i el dolor corporal. A més, són considerables les diferències en les dimensions del rol físic i el rol emocional – 38 i 44 punts respectivament.

Gràfic 2: SF36 de la mostra Primer la LLar

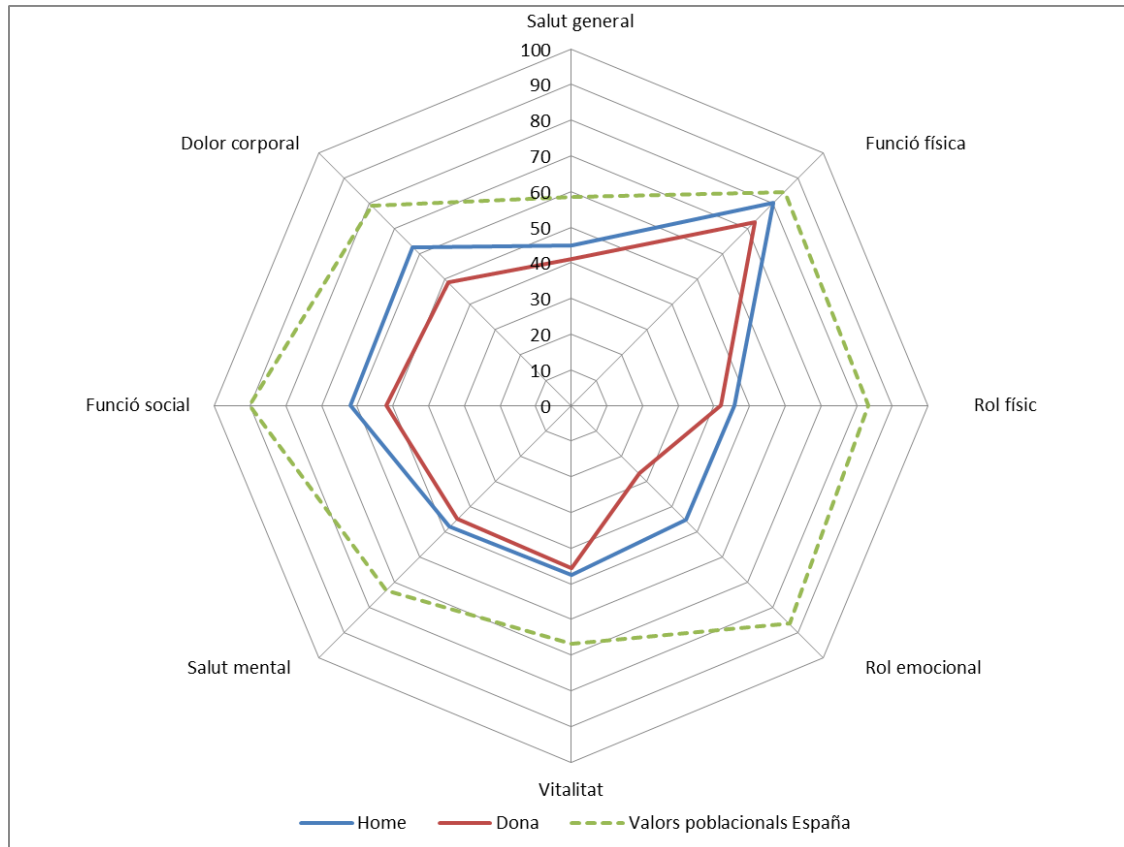


	Salut general	Funció física	Rol físic	Rol emocional	Vitalitat	Salut mental	Funció social	Dolor corporal
Mostra 'Primer la Llar'	44,12	78,73	44,89	41,85	47,12	47,62	60,04	60,16
Valors poblacionals Espanya	58,30	84,70	83,20	86,60	66,90	73,30	90,10	79,00
Diferència	-14,18	-5,97	-38,31	-44,75	-19,78	-25,68	-30,06	-18,84



Si realitzem el mateix exercici però segmentant ara per gènere, el següent gràfic ens mostra com les dones de la mostra Primer la Llar estan relativament pitjor que els homes respecte els valors poblacionals de referència de la població espanyola. En destaquen les dimensions de dolor corporal i rol emocional, on les diferències de les dones respecte la puntuació espanyola són 15 i 20 punts respectivament superiors a les dels homes.

Gràfic 3: SF36 de la mostra Primer la LLar per gènere



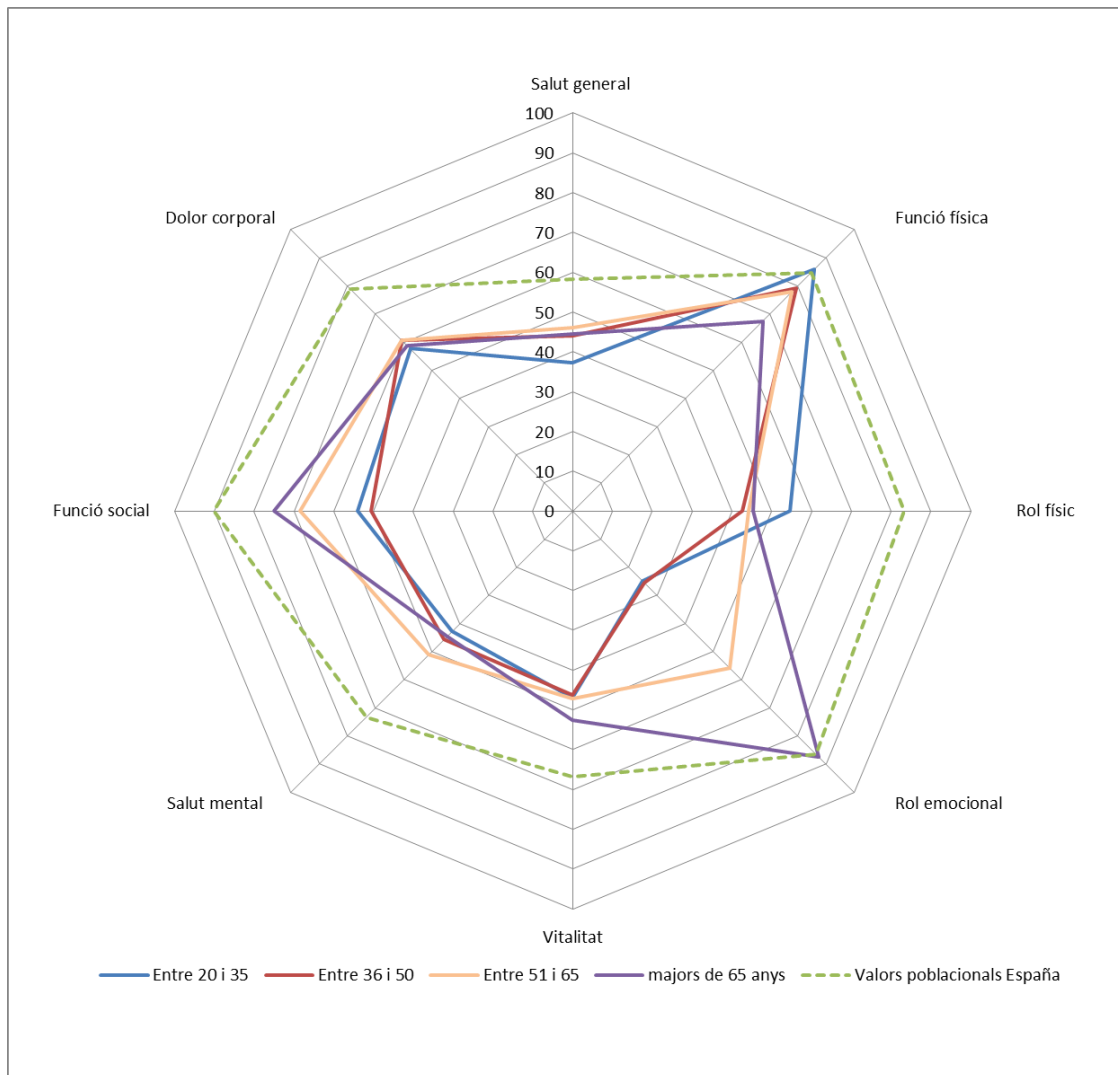
Sexe		Salut general	Funció física	Rol físic	Rol emocional	Vitalitat	Salut mental	Funció social	Dolor corporal
Home		44,82	80,15	45,61	45,35	47,43	48,20	61,94	62,84
	Diferència	-13,48	-4,55	-37,59	-41,25	-19,47	-25,10	-28,16	-16,16
Dona		41,15	72,69	41,83	26,92	45,77	45,13	51,92	48,75
	Diferència	-17,15	-12,01	-41,37	-59,68	-21,13	-28,17	-38,18	-30,25
Valors poblacionals España		58,30	84,70	83,20	86,60	66,90	73,30	90,10	79,00

El següent gràfic descriu ara les diferències entre els valors de referència de la població espanyola i la mostra Primer La Llar a partir de diferents trams d'edat. En general podem veure com les diferències respecte els valors de la població espanyola són similars en els diferents trams per la majoria de les dimensions considerades. Tan sols, però, cal esmentar que si s'aprecien certes diferències pel que fa a la funció social i al rol emocional. Per la primera, s'observa com les persones entre 20 i 50 anys els valors de la diferència són al voltant d'uns 37 punts, mentre que per les persones entre 51 i 65 la diferència és de 21 punts i, finalment, pels de més de 65 és de 15 punts. Per la segona, s'observa com la diferència de les persones entre 20 i 50 anys és de 61 punts, mentre



que per les persones entre 31 i 65 és de 30 punts i, finalment, pels majors de 65 anys la puntuació és quasi la mateixa que els valors de referència.

Gràfic 4: SF36 de la mostra Primer la LLar per trams d'edat

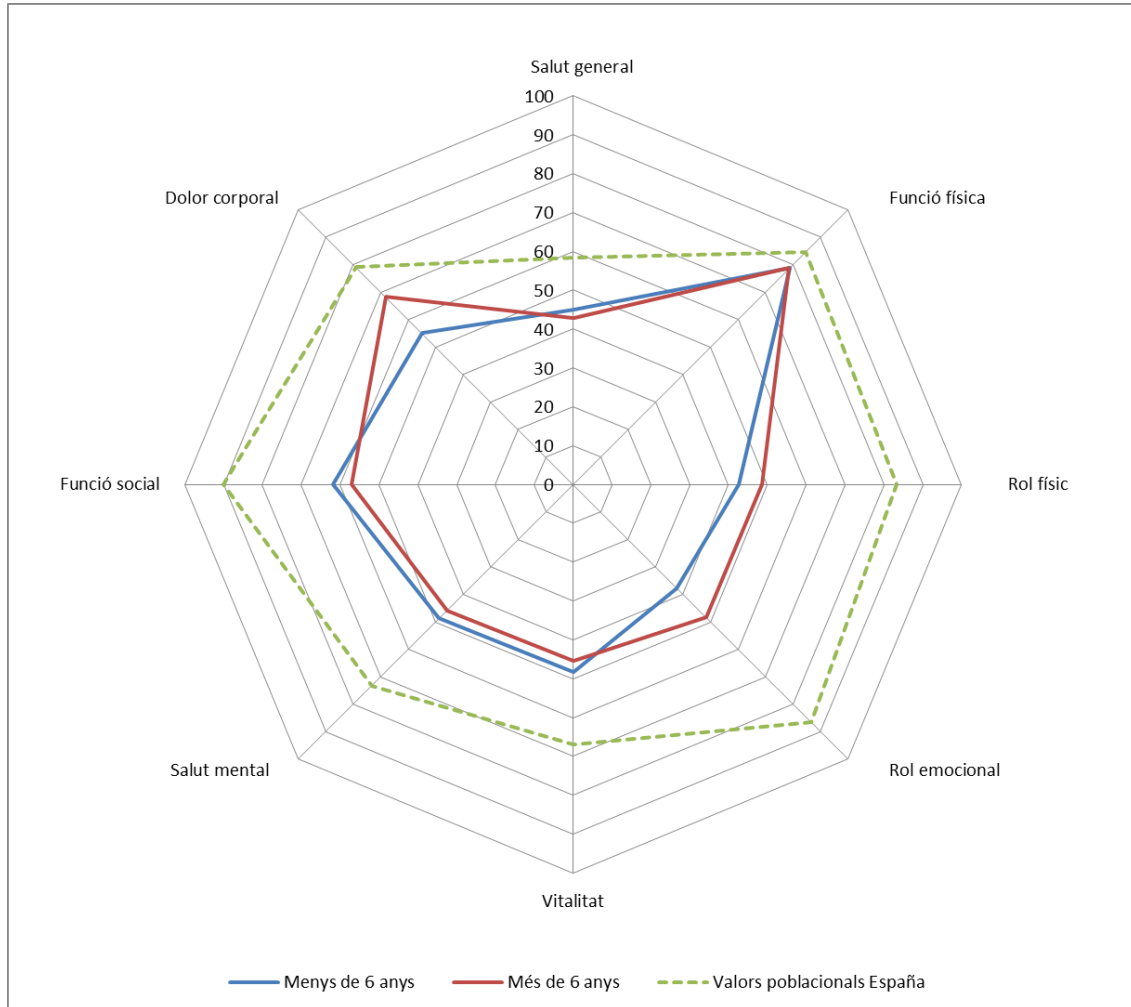


Trams d'edat		Salut general	Funció física	Rol físic	Rol emocional	Vitalitat	Salut mental	Funció social	Dolor corporal
Entre 20 i 35		37,19	85,94	54,69	25,00	46,88	42,92	53,91	57,66
	Diferència	-21,11	1,24	-28,51	-61,60	-20,03	-30,38	-36,19	-21,34
Entre 36 i 50		44,00	79,29	42,73	25,45	46,36	45,70	50,68	60,68
	Diferència	-14,30	-5,41	-40,47	-61,15	-20,54	-27,60	-39,42	-18,32
Entre 51 i 65		46,12	77,76	44,18	55,75	47,16	51,15	68,53	60,56
	Diferència	-12,18	-6,94	-39,02	-30,85	-19,74	-22,15	-21,57	-18,44
majors de 65 anys		44,38	67,50	45,31	87,50	52,50	44,58	75,00	58,75
	Diferència	-13,93	-17,20	-37,89	0,90	-14,40	-28,72	-15,10	-20,25
Valors poblacionals Espanya		58,30	84,70	83,20	86,60	66,90	73,30	90,10	79,00

Si atenem ara a les puntuacions segons el nombre d'anys sense llar respecte la mediana mostral, s'aprecia en el gràfic següent que les puntuacions entre aquells que porten més de 6 anys i menys de 6 anys sense llar són relativament similars en totes les dimensions llevat de les dimensions dolor corporal, rol físic i rol emocional. En aquestes tres dimensions, els que porten més de 6 anys al carrer tenen major puntuació que els que en porten menys de 6 anys, fet que els apropa una mica més als valors de referència de la població espanyola.



Gràfic 5: SF36 de la mostra Primer la LLar segons els anys sense llar respecte la mediana mostral

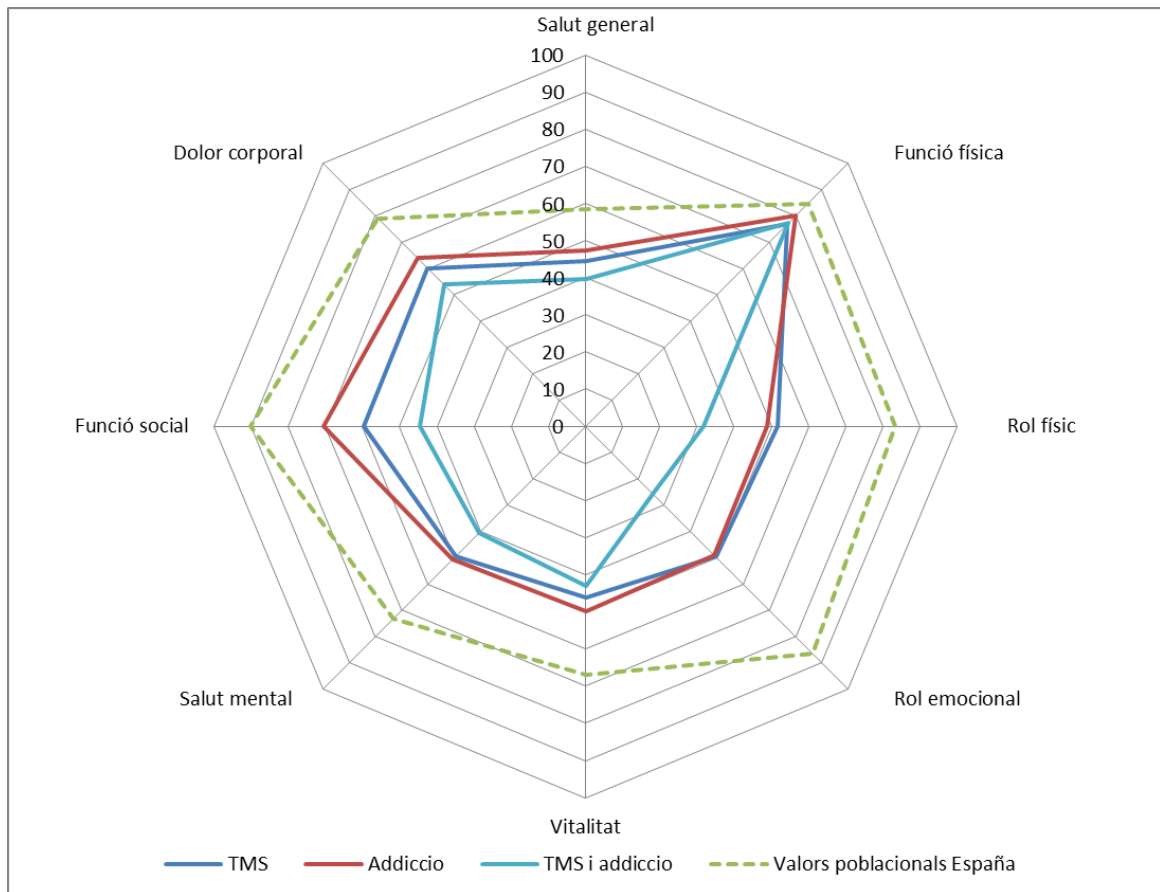


Anys no llar segons mediana mostral		Salut general	Funció física	Rol físic	Rol emocional	Vitalitat	Salut mental	Funció social	Dolor corporal
Menys de 6 anys		45	79	43	38	48	49	62	55
	Diferència	-13,30	-5,95	-40,64	-48,90	-18,69	-24,53	-28,20	-23,97
Més de 6 anys		43	79	49	48	45	46	57	68
	Diferència	-15,56	-6,00	-34,62	-38,17	-21,52	-27,51	-33,02	-10,70
Valors poblacionals Espanya		58,30	84,70	83,20	86,60	66,90	73,30	90,10	79,00

Si ens fixem ara en els problemes de salut afegits, s'observa en el gràfic següent com les persones amb un trastorn mental sever i conductes addictives tenen diferències majors que les altres dues categories. En d'altres paraules, això vol dir que les que presenten ambdós problemes de salut estan lleugerament pitjor que els que només en tenen un, sobretot pel que fa a les dimensions de rol emocional (61 punts de diferència), rol físic (51 punts de diferència) i funció social (45 punts de diferència).



Gràfic 6: SF36 de la mostra Primer la LLar segons problemes de salut afegits



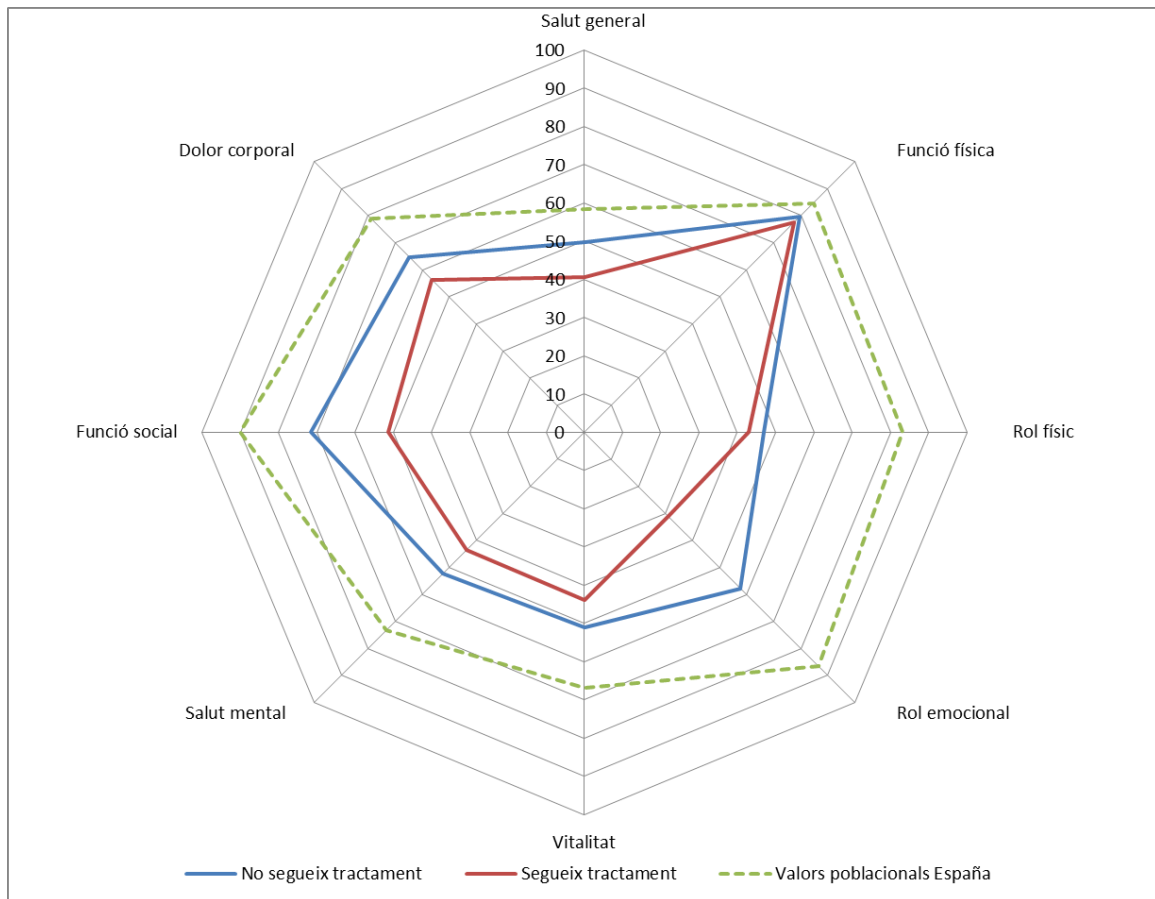
Problemes salut afegits		Salut general	Funció física	Rol físic	Rol emocional	Vitalitat	Salut mental	Funció social	Dolor corporal
TMS		44	77	52	50	46	49	60	60
	Diferència	-13,84	-7,81	-31,51	-37,05	-20,68	-23,93	-30,30	-18,93
Addicció		47	80	49	49	50	51	70	64
	Diferència	-10,93	-4,59	-34,30	-37,48	-17,08	-22,72	-19,71	-15,01
TMS i addicció		40	77	32	26	43	41	45	54
	Diferència	-18,68	-7,39	-51,47	-60,96	-23,82	-32,62	-45,55	-25,15
Valors poblacionals Espanya		58,30	84,70	83,20	86,60	66,90	73,30	90,10	79,00

Finalment, pels que segueixen o no algun tractament clínic, s'aprecia en el gràfic següent que els que segueixen tractament es troben en una pitjor situació que els que no en segueixen respecte els valors de referència de la població espanyola. Criden especialment l'atenció les diferències en les dimensions de rol emocional, on la diferència és de 55 punts, i en la de rol físic on la diferència és de 40 punts.





Gràfic 7: SF36 de la mostra Primer la LLar segons la seva adherència clínica



Seguiment tractament salut		Salut general	Funció física	Rol físic	Rol emocional	Vitalitat	Salut mental	Funció social	Dolor corporal
No segueix tractament		50	80	47	58	51	52	72	65
	Diferència	-8,75	-5,13	-36,33	-28,86	-15,92	-20,98	-18,45	-14,22
Segueix tractament		40	78	43	31	44	44	51	56
	Diferència	-17,85	-7,17	-40,18	-55,43	-23,07	-29,58	-38,80	-22,60
Valors poblacionals Espanya		58,30	84,70	83,20	86,60	66,90	73,30	90,10	79,00



## 4.1 Habilitats personals

### 4.1.1 Autoeficàcia

#### Què entenem per autoeficàcia?

Diàriament es presenten múltiples situacions que requereixen de la nostra actuació per tal posar-hi solució a curt, mig o llarg termini. D'aquí que en resulti d'interès estudiar l'autoeficàcia, entesa com la percepció del control personal sobre l'acció. És a dir, l'autoeficàcia s'ha d'entendre com un sentiment de confiança en les capacitats pròpies per tal de gestionar adequadament les dificultats de la vida quotidiana.

L'autoeficàcia influeix tant en els pensaments com en les conductes dels individus. Pel que fa als sentiments, una alta eficàcia és indicador de la seguretat que una persona pot tenir respecte a si mateixa i al seu rendiment. Pel que fa als pensaments, una baixa percepció de competència personal interfereix en els processos cognitius, així com en el seu rendiment. En ambdós casos, s'observarà que tant sentiments com pensaments influiran de manera positiva o negativa sobre la conducta de la persona. Les persones amb un alt nivell d'autoeficàcia seran més propenses a escollir projectes amb més risc, mentre que les que tenen una baixa autoestima els costarà més iniciar nous projectes i/o fites personals.

#### Característiques de l'escala d'Autoeficàcia Generalitzada

L'escala d'Autoeficàcia Generalitzada de Schwarzer i Baessler (1996) és una escala autoadministrada composta per deu preguntes amb resposta tipus Likert que avaluen la capacitat que tenen les persones enquestades per gestionar adequadament una àmplia gama d'aspectes estressants de la vida quotidiana. La seva puntuació oscil·la entre 10 i 40. En diferents estudis realitzats, l'escala presenta un valor alfa de Cronbach de consistència interna que varia entre 0,76 i 0,9. Vegeu, per exemple, l'estudi de García, Moreno, i Suárez (2000).

Els autors de l'escala han creat una base de dades amb els resultats de les enquestes que s'han administrat en un total de 23 països. Aquesta base de dades compta actualment amb unes 18.000 observacions<sup>2</sup>, de les quals 399 corresponen a l'estat

---

<sup>2</sup> Podeu consultar la base de dades completa a la pàgina web <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm> [darrer accés el 25.09.2016]

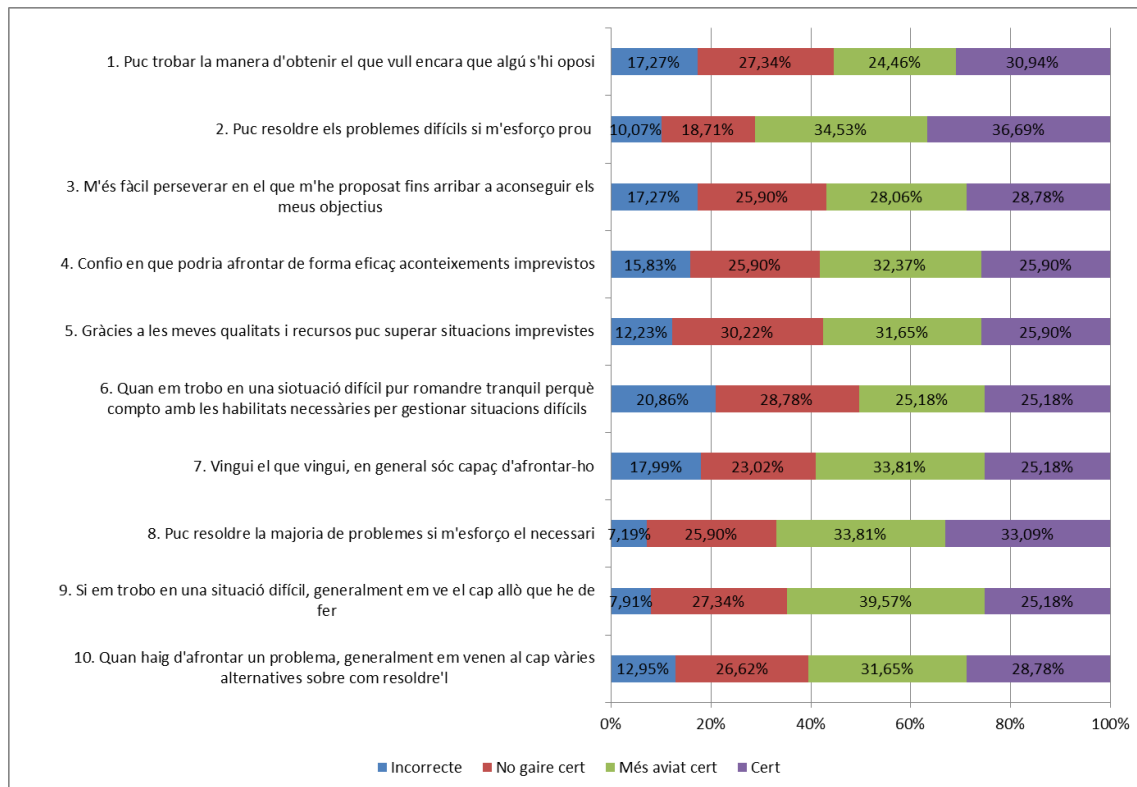


espanyol. El resultat del test per a Espanya, el qual és 3,1, serà emprat com a valor poblacional de referència per comparar-ne la mostra de 'Primer la Llar'

### Descripció detallada de resultats en la mostra de persones 'Primer la Llar'

En el següent gràfic s'observen les distribucions percentuals de les diferents respostes dels enquestats a les preguntes del test d'autoeficàcia generalitzada. En general, cal remarcar que al llarg de totes les preguntes una proporció important dels enquestats (al voltant del 40 %) considera que les afirmacions són incorrectes o poc certes. Així mateix, al voltant d'un 30 % considera certes les afirmacions, fet que predisposa una part important dels enquestats a tenir un nivell alt d'autoeficàcia.

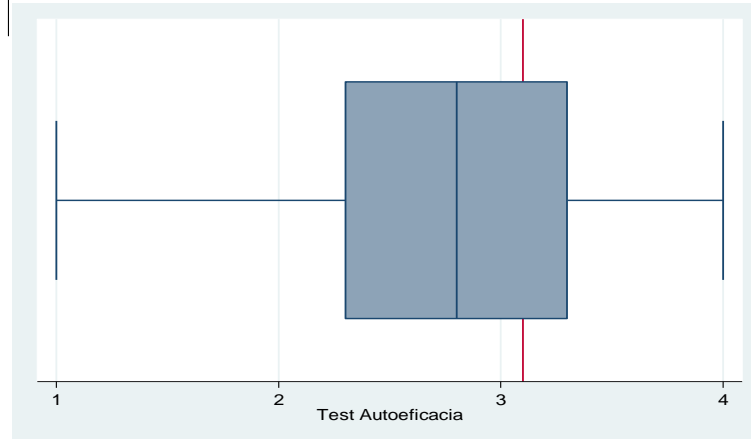
Gràfic 8: distribució percentual de les respostes a les preguntes del test d'Autoeficàcia Generalitzada



El següent gràfic, mostra quina és la distribució de la puntuació agregada del test de la mostra Primer la Llar. La mitjana general del test és de 2,7, fet que el situa per sota de la mitjana poblacional de referència (línia vermella amb un valor de 3,1 punts). S'observa, a més, que al voltant d'un 70 % dels enquestats tenen valors inferiors a la puntuació mitjana i que un 25 % arriben com a màxim a una puntuació de 2,3 punts. Així mateix, s'aprecia com un 25 % té una puntuació superior al 3,3.



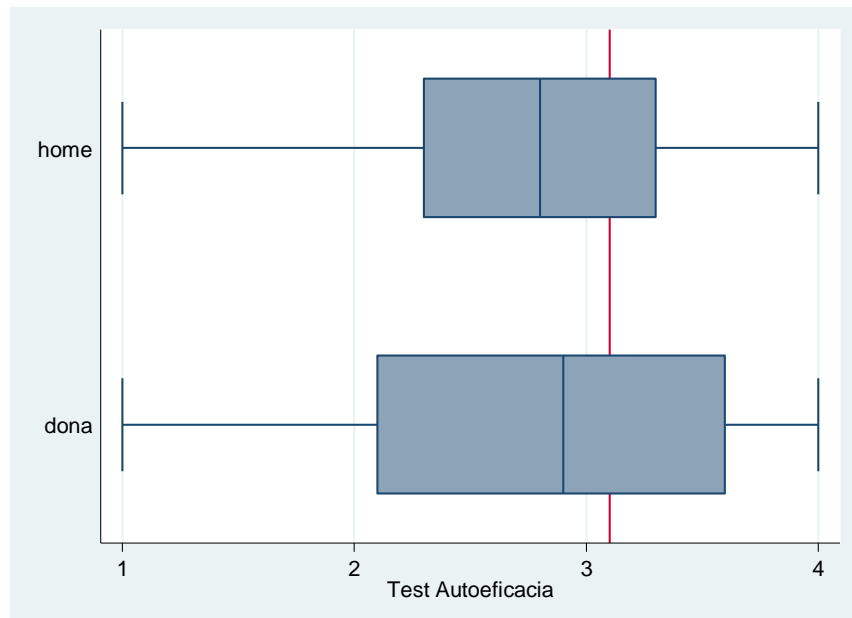
Gràfic 9: puntuació del test d'Autoeficàcia Generalitzada de la mostra primer la Llar



Passem tot seguit a segmentar els resultats del test a partir de les cinc dimensions esmentades anteriorment – sexe, edat, anys sense llar, problemes de salut afegits i seguiment clínic.

En primer lloc, i amb relació a la variable sexe, el següent gràfic mostra com les diferències en les puntuacions entre homes i dones no són molt importants. El que si cal destacar és que en el cas de les dones les puntuacions són més variades que les dels homes: això és, una part important de les persones enquestades s'allunyen molt del valor de referència, mentre que, al mateix temps, una altra part important el supera.

Gràfic 10: puntuació del test d'Autoeficàcia Generalitzada per sexe

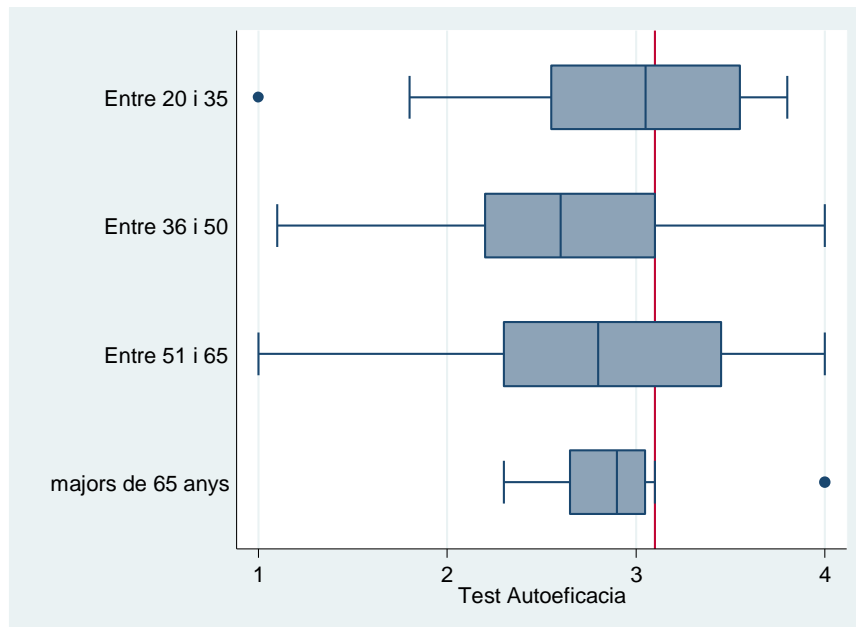


El següent gràfic mostra els resultats específics per diferents trams d'edats. S'observa com la major part de les persones (un 75 %) entre 36 i 50 anys i majors de 65 anys es situen clarament per sota de la puntuació de referència. Per contra, les persones entre 20



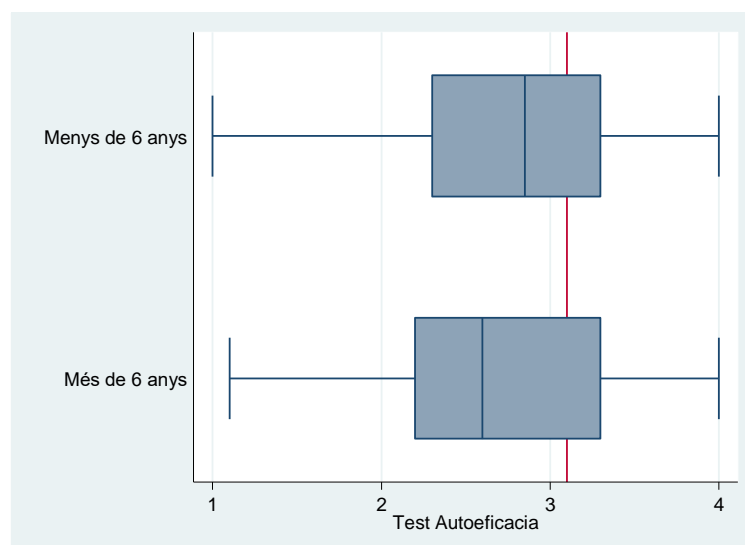
i 35 anys es troben al voltant d'aquest valor de referència. Finalment, les persones entre 51 i 65 anys es troben de manera més àmplia situades al voltant d'aquest valor, una part important ho fa per sota però com també en menor grau per sobre.

Gràfic 11: puntuació del test d'Autoeficàcia Generalitzada per trams d'edat



Si atenem al gràfic següent, s'observa com el fet d'estar més o menys temps sense llar no genera gaires diferències en el test d'autoeficàcia. Les persones amb menys de 6 sensellarisme i aquelles amb més de 6 es distribueixen de forma molt semblant al voltant del valor de referència. La diferència més rellevant però és que per aquells que porten més de 6 anys, el valor de la mediana (el 50 % de la població) es situa més lluny de la línia vermella que el valor equivalent en aquells que porten menys de 6 anys sense una llar estable.

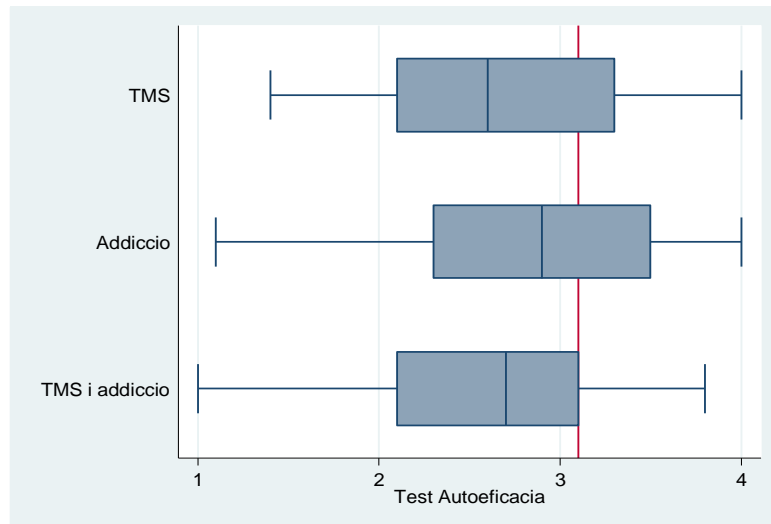
Gràfic 12: puntuació del test d'Autoeficàcia Generalitzada per temps sense una llar estable





Pel que fa als problemes de salut afegits, s'aprecia com aquells amb major problemes de salut afegits obtenen puntuacions més baixes en el test d'autoeficàcia. Concretament, el 75 % de les persones enquestades amb un trastorn mental i conducta addictiva es troba per sota del valor de referència. Per les persones amb una conducta addictiva aquest percentatge es situa al voltant del 60 %, mentre que per aquelles amb un trastorn mental sever és el 70 %.

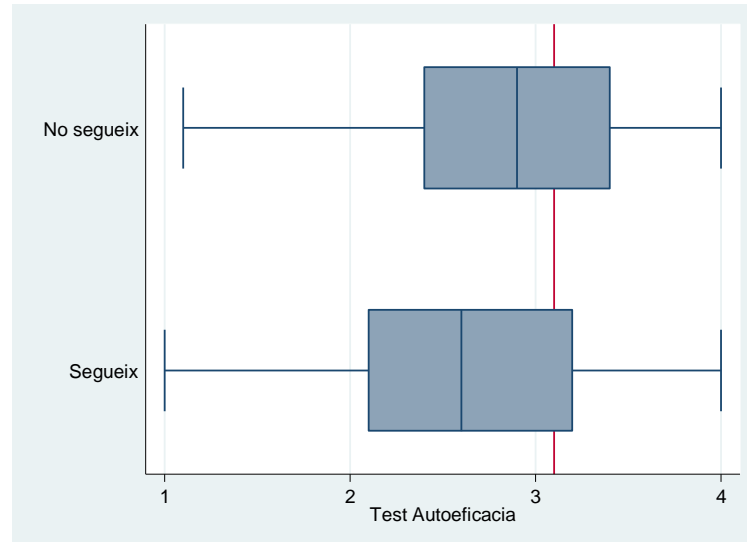
Gràfic 13: puntuació del test d'Autoeficàcia Generalitzada per problemes de salut afegits



Finalment, pel que fa al fet de si hi ha o no un seguiment clínic, el següent gràfic mostra com les persones que segueixen una supervisió o tractament obtenen puntuacions en el test lleugerament més baixes que els que no segueixen. Concretament, el 72 % de les persones que segueixen tractament han obtingut un valor inferior al valor de referència, mentre que pels que segueixen aquest percentatge és d'un 66. Així mateix, s'observa com un 25 % de les persones que segueixen un tractament ha obtingut una puntuació en el test inferior a 2,1.



Gràfic 14: puntuació del test d'Autoeficàcia Generalitzada per seguiment de tractament



#### 4.1.2 Recuperació personal

##### Què entenem per recuperació personal?

Davant d'un diagnòstic i tractament professional (clínic o social), cada vegada més es reclama la centralitat de la persona afectada en determinar aquelles decisions que afecten a la seva millora per assolir una millor qualitat de vida. Sorgeix, i guanya progressivament més importància, el concepte de recuperació personal (Anthony 1993; Jacobson i Curtis 2000; García-Cubillana et al. 2006).

La recuperació d'una persona sense sostre amb o sense trastorn mental esdevé un procés de transformació personal de la persona afectada per tal de visqui una vida que consideri plena i que maximitzi la seva capacitat de decisió i participació en la vida social. Es tracta d'un concepte que reforça l'autonomia de la persona que pateix el trastorn mental, la seva capacitat de decisió i, finalment, la comprensió holística de la patologia.

##### Les característiques del qüestionari Stori

El qüestionari Stages of Recoveri (Stori) és un qüestionari compost per 50 preguntes agrupades en 10 blocs, les quals es responen amb una escala Likert que s'extén de 0 (Fals) a 5 (vertader). La seva administració dura uns 15 minuts i es tracta d'un qüestionari autoadministrat. El qüestionari ha estat sotmès a un procés de validació per part dels seus creadors (Andresen, Caputi, i Oades 2006).



La construcció d'aquest instrument es basa en un model previ, elaborat pels mateixos autors (Andresen, Oades, i Caputi 2003), en el que desenvolupen un itinerari de recuperació en cinc fases consecutives. Per elaborar aquestes etapes seqüencials, els autors van portar a terme una revisió sistemàtica de la literatura i una recerca qualitativa posterior per tal de copsar el significat del 'camí' de la recuperació des del punt de vista de les persones afectades. La taula següent determina aquestes cinc etapes, detallant per cada una les seves característiques:

<b>Etapa</b>	<b>Característiques</b>
<b>Moratòria</b>	Temps de desistiment personal caracteritzat per un sentiment profund de pèrdua i manca d'esperança
<b>Consciència</b>	Incipient consciència personal de que no tot està perdut i que millorar és possible
<b>Preparació</b>	Temps en el que s'entomen els avantatges i inconvenients de la recuperació i es comença a pensar a nivell pràctic en com recuperar-se
<b>Reconstrucció</b>	Temps en el que es treballa activament en la recuperació, fixant objectius assolibles i recuperant el control de la pròpia vida
<b>Creixement</b>	Temps en el que es viu una vida plena, caracteritzat per pròpia gestió de la malaltia, resiliència i un sentiment positiu d'un mateix.

La ubicació de cada enquestat en l'estadi actual equival al que tingui la puntuació mitjana més elevada dels cinc. En cas d'empat, s'agafa l'estadi amb una puntuació mitjana més alta.

El qüestionari està pensat per reflectir l'evolució individual de cada persona en la seva trajectòria de recuperació, pel que no hi ha valors poblacionals de referència. Per tant, l'entitat de comparació és el mateix individu, el qual ha d'haver respost dues vegades el mateix qüestionari en diferents moments del temps.

Finalment, esmentar que el qüestionari ha estat adaptat a la situació de les persones que presenten una conducta addictiva, en les quals el procés de recuperació pot ser similar al d'una persona sense llar amb un trastorn mental sever. L'adaptació ha consistit en afegir l'ítem 'conducta addictiva' al cantó d'on esmentava alguna patologia o trastorn mental sever.





## Descripció agregada de resultats en la mostra de persones 'Primer la Llar'

La taula següent fa referència a la proporció de persones enquestades que s'ubiquen en cada una de les fases successives de l'itinerari de recuperació. Un 16,79 % de les persones enquestades s'ubiquen en la fase de moratòria, el qual es caracteritza per un sentiment profund de pèrdua i manca de confiança. El 9,16 % ho fa dins de la fase de consciència, en la qual la persona comença a desenvolupar una incipient consciència personal de que no tot està perdut i és possible millorar. Finalment, un 14,5 % resten a la fase de preparació, caracteritzada per un primer plantejament teòric sobre com sortir de la situació actual. Aquests serien les tres fases en què, segons el model, la persona encara no ha emprès cap acció pràctica per iniciar el seu itinerari de recuperació. De forma global, les persones que es troben en aquesta situació d'inactivitat representen el 40,45 %.

Estadi de la recuperació	Número	Percentatge
<b>Moratoria</b>	22	16,79
<b>Conciencia</b>	12	9,16
<b>Preparación</b>	19	14,5
<b>Reconstrucción</b>	46	35,11
<b>Crecimiento</b>	32	24,43
Total	131	100.00

De forma complementària, també es pot caracteritzar la situació de partida del qüestionari Stori en la mostra Primer la Llar si atenem a les puntuacions mitjanes de cada estadi. Tal i com veiem en la taula següent, les puntuacions mitjanes són quasi el 50 % de la puntuació màxima que permet el test en cada fase.

Estadi de la recuperació	Mitjana
<b>Moratoria</b>	23 punts
<b>Conciencia</b>	30 punts
<b>Preparación</b>	32 punts
<b>Reconstrucción</b>	34 punts
<b>Crecimiento</b>	31 punts

En si mateixes, aquestes xifres són difícilment interpretables de forma aïllada. Caldrà, aleshores, una segona mesura amb el mateix instrument per veure quina n'ha estat l'evolució – tant en la proporció de persones que conté cada estadi com en la puntuació mitjana de cada estadi de recuperació.



## 4.2 Les relacions socials

### La importància de les relacions socials.

L'estudi de les relacions socials de les persones en una situació vulnerable s'ha reconegut des de fa temps com a cabdal, en la mesura que constitueixen un factor protector molt important davant de tant problemes físics com de salut mental. En concret, hi ha evidència respecte al paper que tenen número, freqüència i diversitat i qualitat dels contactes socials semblen tenir, tant per assegurar l'estabilitat simptomatològica d'una patologia com per la permanència activa en la comunitat de persones en situació vulnerable.

Com a dades rellevants que es desprenen de diversos estudis, sembla habitual que les persones en una situació vulnerable tinguin xarxes socials més reduïdes i menys diverses, restringides en el millor dels casos a contactes en l'àmbit familiar o al propi contacte amb els professionals del sector sanitari o social que els atenen. En aquest sentit, es fa interessant abordar aquest àmbit en un programa que atén a persones sense llar amb problemes de salut afegits com poden ser els trastorns mentals severs i/o les conductes addictives.

### Les característiques del qüestionari de la 'Xarxa Social'

El qüestionari sobre la Xarxa social per persones amb trastorn mental sever fou adaptat i validat a l'espanyol per García-Cubillana et al. (2006). El qüestionari consta d'un total de 18 preguntes que aborden des de la freqüència de les relacions familiars, amb amigats, així com l'existència de persones de suport en moments considerats com a problemàtics per l'enquestat. Això no obstant, per la mostra de Primer la Llar, s'ha optat per adaptar el qüestionari i escollir aquelles 15 preguntes que millor apliquen a la problemàtica social del sensellarisme.

El qüestionari té un caràcter autoadministrat, encara que aquest fet no exclou que es puguin explicar les preguntes i/o fer aclariments a demanda de l'enquestat.

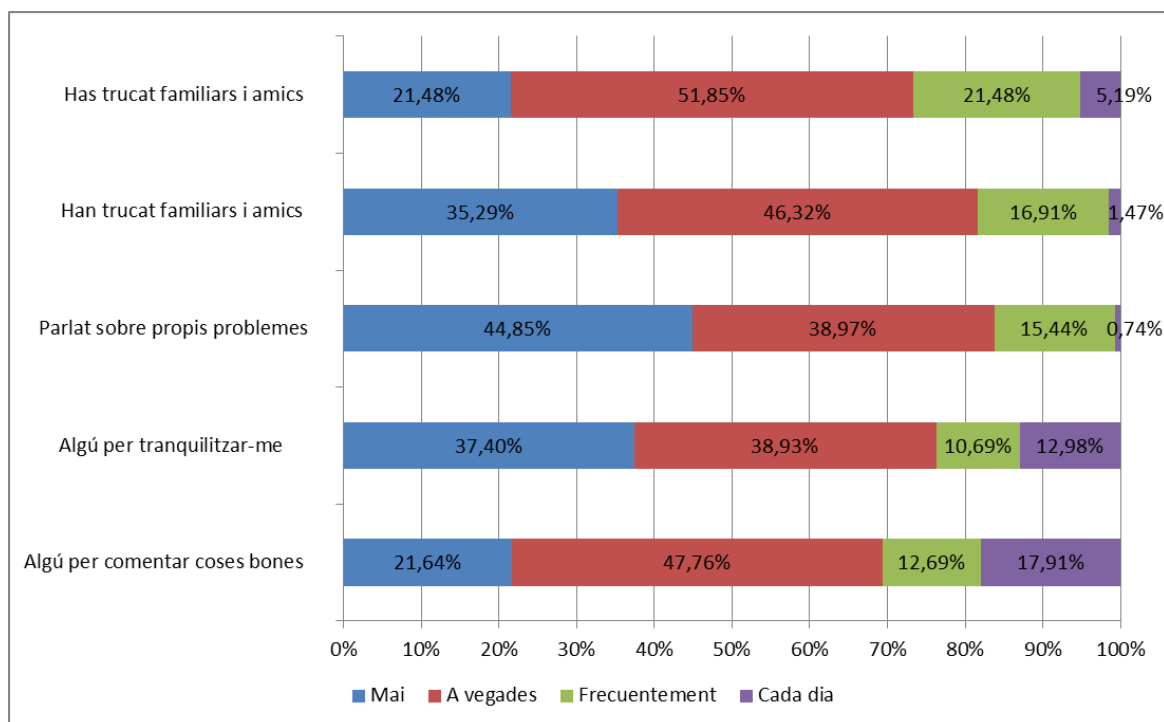
Aquest qüestionari no disposa d'una puntuació global que informi de forma sintètica de les relacions socials, ni tampoc de valors poblacionals de referència. Per tant, la unitat de comparació serà el mateix individu, sota el supòsit que hagi respòs al mateix qüestionari en dos moments diferents del temps.



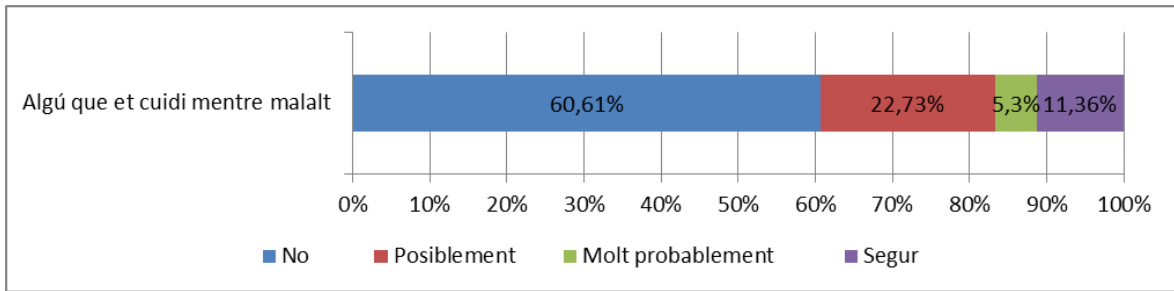
## Descripció agregada de resultats en la mostra de persones 'Primer la Llar'

En el següent gràfic s'aprecia la distribució percentual de les respostes de les primeres cinc preguntes del qüestionari. A la vista del resultats, crida l'atenció que en els darrers dos mesos:

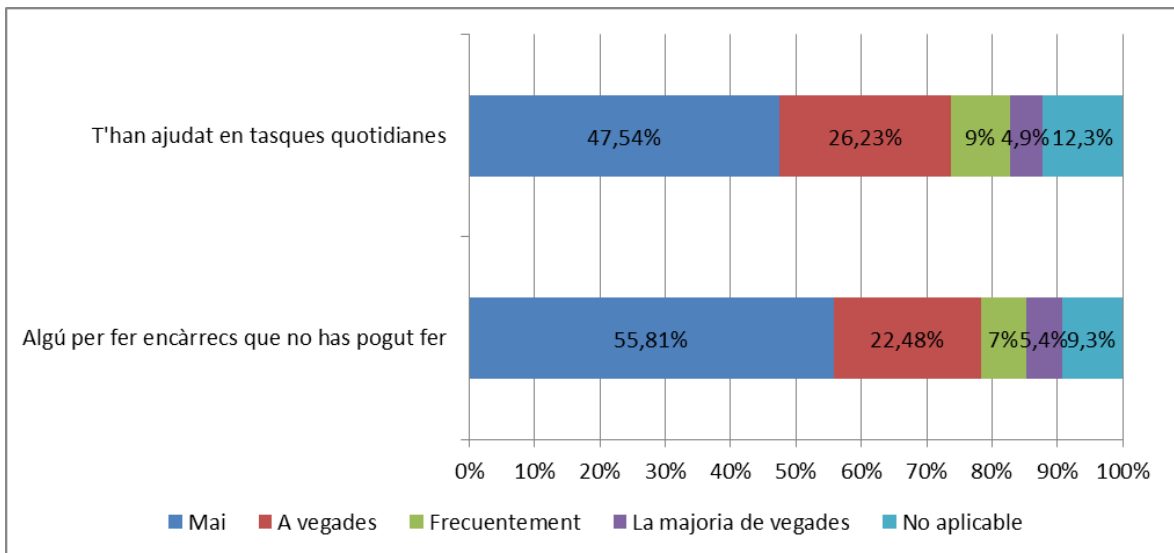
- un 21,48 % no han trucat mai a familiars i amics i un 51,85 % ho ha fet de forma esporàdica;
- només un 16,91 % han trucat a familiars i amics de forma freqüent i només un 1,47 % ho fa a diari;
- el 44,85 % no ha parlat amb ningú dels seus propis problemes i un 38,93 % ho ha fet de forma esporàdica;
- el 37,4 % no ha tingut ningú per tranquil·litzar-lo, mentre el 38,93 % l'ha tingut a vegades;
- el 17,91 % ha tingut algú per comentar coses bones, i només un 12,69 % ha tingut algú de forma freqüent.



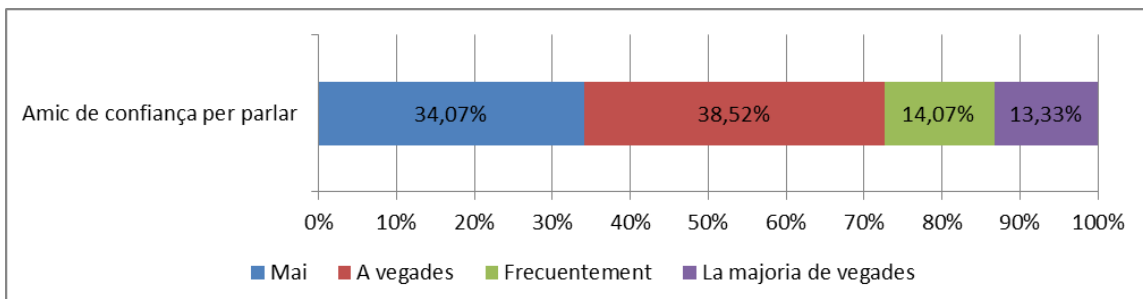
La pregunta 6, les respostes de la qual es mostren en el gràfic següent, pregunta sobre si hi hauria algú que tingués cura de l'enquestat en cas de malaltia en els darrers dos mesos. Un 60,61 % de les persones enquestades no tindrien a ningú, mentre que el 22,73 % manifesta que probablement.



Seguidament, les preguntes 7 i 8 abordaven si s'havia disposat d'algú en els darrers dos mesos que hagués ajudat en les tasques quotidianes o en fer algun encàrrec. Tal i com mostra el gràfic següent, el 47,54 % no han tingut mai ningú que l'ajudessin en les tasques quotidianes i, en un 55,81 %, ningú de confiança que els pogués fer un encàrrec.

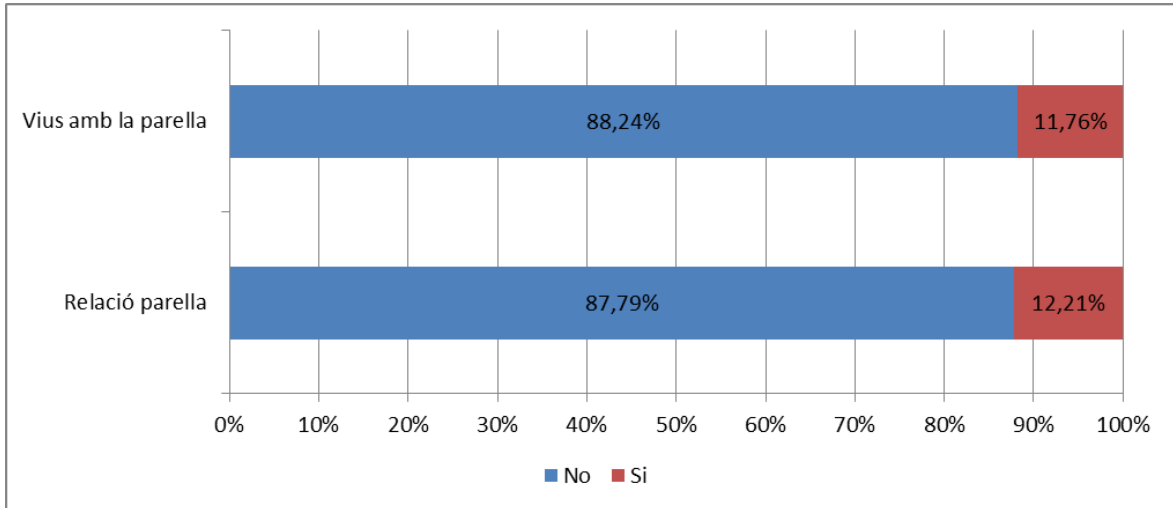


Amb relació a la pregunta anterior, la pregunta 9 s'interessava per l'existència dels amics de confiança amb qui poder parlar en els darrers dos mesos. En el següent gràfic s'observa com el 34,07 % no han tingut cap amic amb qui parlar i un 38,52 % a vegades.

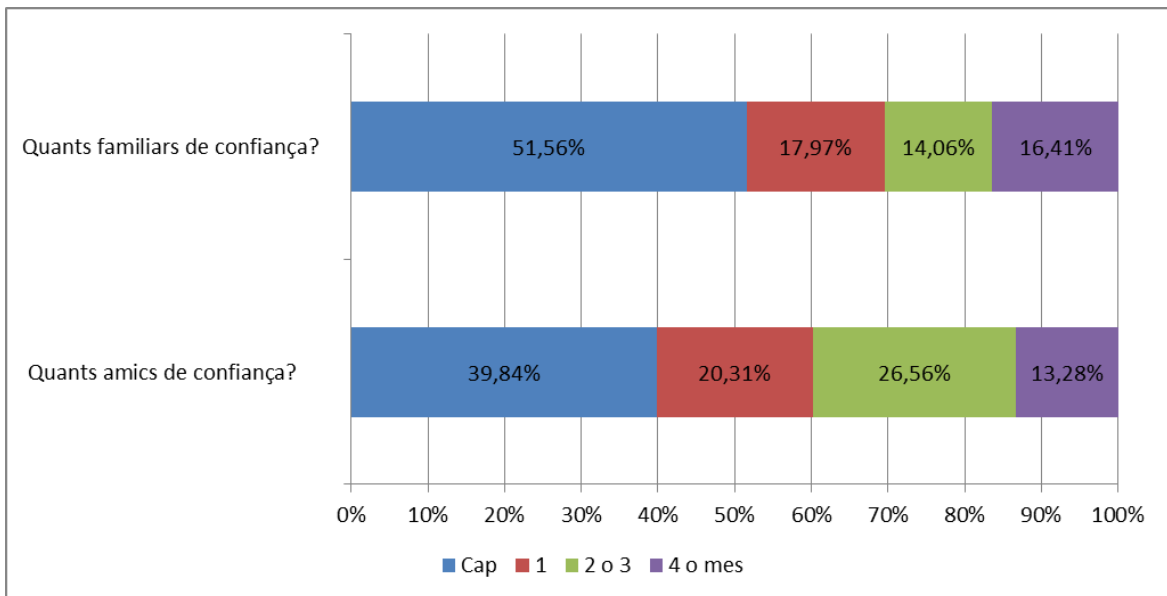




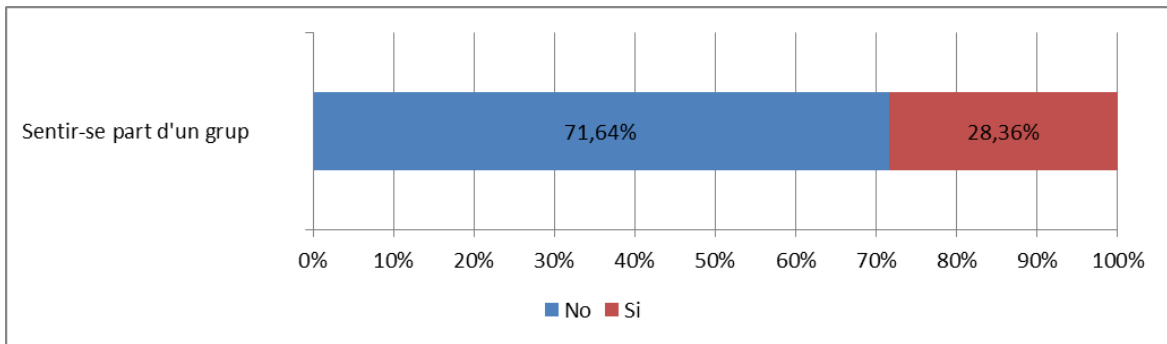
A les preguntes 10 i 11, es pregunta sobre si actualment s'ha tingut una relació de parella i, en cas afirmatiu, si s'hi ha conviscut en els darrers dos mesos. Tal i com es veu en el gràfic següent, el 87,79 % no tenien una relació de parella, i de les 16 parelles existents, només dues conviuen conjuntament (el 88,24 %).



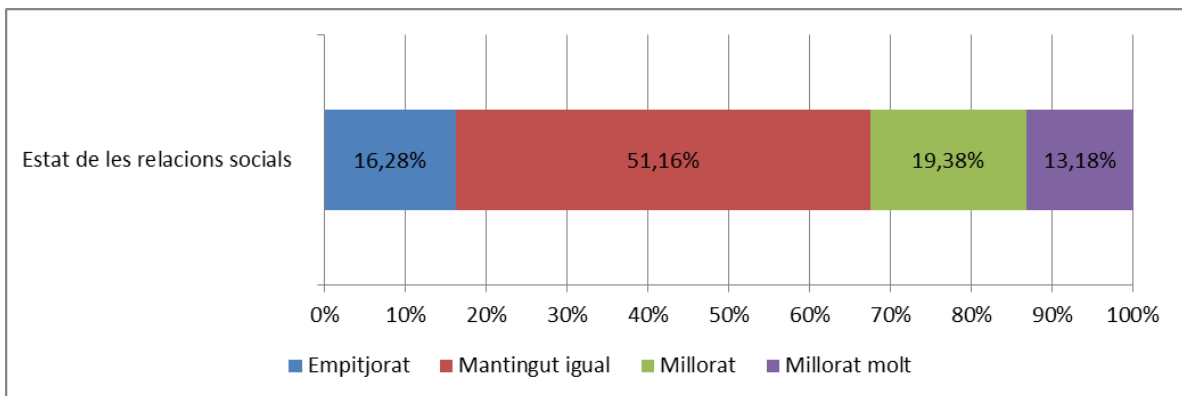
A les preguntes 12 i 13 s'adreçava quants amics o familiars de confiança disposava la persona enquestada. En el següent gràfic, s'observa com un 51,56 % no tenien cap familiar de confiança i el 17,97 en tenien un. Així mateix, el 39,84 % no tenien cap amic de confiança i el 20,31 % només en tenia un.



A la pregunta 14 s'abordava si la persona enquestada es sentia part d'un grup o entitat cultural en els darrers dos mesos. En el gràfic, s'aprecia com el 71,64 % de les persones enquestades no es sentien part de cap grup.



Finalment, a la pregunta 15 es preguntava sobre l'evolució de les relacions socials si es comparaven amb les de l'any anterior. Tal i com veiem en el gràfic següent, el 16,28 % consideren que han empitjorat, un 51,16 % que s'han mantingut igual, mentre que la resta dels enquestats considera que han millorat o han millorat molt.





## 5. Conclusions

Aquest informe presenta el perfil basal de les persones derivades al programa Primer la Llar, tant pel que a les dades sociodemogràfiques de les persones derivades com per la informació basal relativa als seus outcomes (qualitat de vida relacionada amb la salut, autoeficàcia, recuperació personal i relacions socials).

Les dades que es presenten en aquest informe es van recollir en el procés de derivació de candidats a la convocatòria del programa Primer la Llar. Cada persona derivada va complir la fitxa de derivació en la que es demanaven varis aspectes relatius a la sociografia del candidat. A més, també es van administrar les enquestes relatives als outcomes escollits per valorar l'efectivitat del programa.

Finalment, cal posar de manifest que la caracterització basal presentada en aquest informe té ja valor en si mateixa. Principalment, perquè aporta informació relativa al col·lectiu sense sostre no recollida fins al moment - sobretot pel que fa a mesures d'outcomes amb instruments validats. Però també perquè ens permet percebre com existeixen diferències dins del mateix el col·lectiu sense sostre si atenem a aspectes com ara el sexe, el temps sense llar, els problemes de salut afegits o, finalment, els ingressos econòmics.

### Aspectes sociodemogràfics

- De les 139 persones sense llar enquestades, el 81,29 % són homes mentre que només el 18,71 % són dones. La mitjana d'edat és d'uns 50 anys pels homes, mentre que per les dones és de 46 anys.
- El temps mitjà de pernoctació al carrer és de 7 anys, mentre que el temps mitjà de recurrència en l'ús dels recursos municipals d'atenció a persones sense llar és de 5 anys.
- En un 26,62 % dels casos derivats s'ha detectat presència d'un trastorn mental sever, en un 42,45 % d'addiccions i, finalment, en un 28,06 % de trastorn mental sever i també de conducta addictiva.
- De forma agregada per totes les persones derivades, un 42,96 % no segueixen cap tractament clínic, malgrat s'hagi reportat que hi ha un problema afegit de salut greu com són els trastorns mentals severs o les conductes addictives
- Un 62,32 % tenen ingressos econòmics mentre que un 37,68 % es troben en disposició de tenir-ne. Així mateix, dels que tenen ingressos, de mitjana obtenen



uns 483 euros mensuals. Això és, un 86,3 % de les persones derivades ingressen menys de 500 euros al més.

### **Qualitat de vida relacionada amb la salut**

- La qualitat de vida relacionada amb la salut de la mostra Primer la Llar és pitjor que els valors de referència de la població espanyola. Llevat del cas de la funció física, les diferències són importants en les dimensions de la salut en general, la salut mental, la funció social i el dolor corporal. A més, són considerables les diferències en les dimensions del rol físic i el rol emocional – 38 i 44 punts respectivament.
- Les dones de la mostra primer la llar estan relativament pitjor que els homes respecte els valors poblacionals de referència de la població espanyola
- Les diferències respecte els valors de la població espanyola són similars en els diferents trams d'edat (entre 20 i 35 anys, entre 36 i 50 anys, entre 51 i 65 anys i més de 65 anys) per la majoria de les dimensions considerades.
- Les puntuacions entre aquells que porten més de 6 anys i menys de 6 anys sense llar són relativament similars en totes les dimensions llevat de les dimensions dolor corporal, rol físic i rol emocional.
- Les persones amb un trastorn mental sever i conductes addictives tenen diferències majors que les altres dues categories (només trastorn mental sever i només conducta addictiva).
- Els enquestats que segueixen tractament clínic es troben en pitjor situació que els no en segueixen respecte els valors de referència de la població espanyola

### **Autoeficàcia**

- La mitjana general del test en la mostra Primer la Llar és de 2,7, fet que el situa per sota de la mitjana poblacional de referència (línia vermella amb un valor de 3,1 punts). S'observa, a més, que al voltant d'un 70 % dels enquestats tenen valors inferiors a aquesta puntuació mitjana.
- Les diferències en les puntuacions del test d'autoeficàcia entre homes i dones no són molt importants.
- S'observa com la major part de les persones (un 75 %) entre 36 i 50 anys i majors de 65 anys es situen clarament per sota de la puntuació de referència. Per contra, les persones entre 20 i 35 anys es troben al voltant d'aquest valor.
- El fet d'estar més o menys temps sense llar no genera gaires diferències en el test d'autoeficàcia.





- Pel que fa als problemes de salut afegits, s'aprecia com aquells amb major problemes de salut afegits obtenen puntuacions més baixes en el test d'autoeficàcia.
- Les persones que segueixen una supervisió o tractament obtenen puntuacions en el test lleugerament més baixes que els que no segueixen.

### **Recuperació personal**

- Un 16,79 % de les persones enquestades s'ubiquen en la fase de moratòria, la qual es caracteritza per un sentiment profund de pèrdua i manca de confiança. El 9,16 % ho fa dins de la fase de consciència, en la qual la persona comença a desenvolupar una incipient consciència personal de que no tot està perdut i és possible millorar. Finalment, un 14,5 % resten a la fase de preparació, caracteritzada per un primer plantejament teòric sobre com sortir de la situació actual.
- Aquestes serien les tres fases en què, segons el model, la persona encara no ha emprès cap acció pràctica per iniciar el seu itinerari de recuperació. De forma global, les persones que es troben en aquesta situació d'inactivitat representen el 40,45 %.

### **Relacions socials**

- Un 21,48 % no han trucat mai a familiars i amics i un 51,85 % ho ha fet de forma esporàdica en els darrers dos mesos.
- Només un 16,91 % han trucat a familiars i amics de forma freqüent i només un 1,47 % ho fa a diari.
- El 44,85 % no ha parlat amb ningú dels seus propis problemes en els darrers dos mesos i un 38,93 % ho ha fet de forma esporàdica.
- Un 60,61 % de les persones enquestades no tindrien a ningú que en tingués cura en cas de malaltia, mentre que el 22,73 % manifesta que probablement.
- El 34,07 % no han tingut cap amic amb qui parlar en els darrers dos mesos i un 38,52 % hi podria parlar a vegades.
- El 87,79 % no tenien una relació de parella, i de les 16 parelles existents, només dues conviuen conjuntament (el 88,24 %).
- Un 51,56 % no tenien cap familiar de confiança i el 17,97 en tenien un. Així mateix, el 39,84 % no tenien cap amic de confiança i el 20,31 % només en tenia un.



## 6. Bibliografía

Alonso, J., Enrique Regidor, Gregorio Barrio, Luis Prieto, Carmen Rodríguez, i L. De la Fuente. 1998. «Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36». *Medicina clínica* 111 (11): 410-16.

Andresen, Retta, Peter Caputi, i Lindsay Oades. 2006. «Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40 (11-12): 972-80.

Andresen, Retta, Lindsay Oades, i Peter Caputi. 2003. «The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37 (5): 586-94.

Anthony, William A. 1993. «Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s.» *Psychosocial rehabilitation journal* 16 (4): 11.

García, Ana María Pérez, José Bermúdez Moreno, i Pilar Sanjuán Suárez. 2000. «Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española». *Psicothema* 12 (2): 509-13.

García-Cubillana, Pablo, J. Luna, Margarita Laviana, Luís Fernández, David Perdiguero, i Marcelino López. 2006. «Adaptación y fiabilidad del cuestionario de red social, versión española del "Questionario sulla rete sociale", aplicado a personas con trastorno mental severo». *Revista de la AEN* 97: 135-50.

Garratt, Andrew, Louise Schmidt, Anne Mackintosh, i Ray Fitzpatrick. 2002. «Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures». *Bmj* 324 (7351): 1417.

Jacobson, Nora, i Laurie Curtis. 2000. «Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states.» *Psychiatric Rehabilitation Journal* 23 (4): 333.

Schwarzer, Ralf, i Judith Baessler. 1996. «Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General». *Ansiedad y estrés* 2 (1): 1-8.

Vilagut, Gemma, Montse Ferrer, Luis Rajmil, Pablo Rebollo, Gaietà Permanyer-Miralda, José M. Quintana, Rosalía Santed, et al. 2005. «El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos». *Gaceta sanitaria* 19 (2): 135–150.



# Annex I: fulla de derivació elaborada pel Departament de Persones Vulnerables de l'Ajuntament de Barcelona



**Ajuntament de Barcelona**

Gerència de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports.  
Direcció de Serveis de Família i Serveis Socials  
Departament d'Atenció a Persones Vulnerables

## INFORME SOCIAL I DOCUMENTACIÓ PER LA PROPOSTA de CANDIDATS pel SERVEI

### PRIMER LA LLAR (HOUSING FIRST)

Informe emès per	
Servei/ Entitat	Telf.
Data informe	e mail

<b>DADES DEL CANDIDAT:</b> <i>(Cas EXCEPCIONAL PARELLA reproduïu el quadre pel segon membre candidatura)</i>		
Nom i cognoms		
Data naixement		
Lloc de naixement		
DNI/ Passaport/NIE		
Domicili (Centre, Carrer, Altres):		
Telf. de contacte		
Discapacitat SI/NO	Quina	Grau
Estudis SI/NO	Sense Estudis/ Estudis Primaris/Estudis Secundaris/ Estudis Universitaris	
Causes penals pendents SI/NO <i>*Cal detallar les causes penals i si hi ha previsió de presó o altres que puguin interrompre el procés a l'apartat Observacions</i>		

<b>CRITERIS D'ACCÉS (REQUISITS D'ELIGIBILITAT):</b>
1) PERSONES SOLES MAJORS 18 ANYS
<input type="checkbox"/> Persones soles majors 18 anys
<input type="checkbox"/> Parelles o dos persones amb relació d'amistat/suport positiva (EXCEPCIONAL)
<i>* Cal justificar la relació a l'apartat Observacions</i>



Ajuntament  
de Barcelona

Gerència de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports.  
Direcció de Serveis de Família i Serveis Socials  
Departament d'Atenció a Persones Vulnerables

## 2) LLARGA TRAJECTÒRIA AL CARRER

- Llarga trajectòria al carrer (mínim 1 any)
- Recurrència en recursos residencials, ús puntual , sense vinculació\* (mínim 1 any)

\* **sense vinculació:** intermitència en els recursos en el darrer any, no millora en el procés ni assoliment d'objectius, no acceptació de les normes de funcionament, ús exclusivament per cobrir les necessitats bàsiques...

\* *Cal Complementar a l'apartat Observacions*

## 3) MALALTIA MENTAL I/O DROGODEPENÈNCIA o ADDICCIONS

- Transtorn Mental sever

*Diagnostic SI/NO*

*Tractament SI/NO*

*. Cal adjuntar full servei especialitzar amb Diagnòstic i Pronòstic (si n'hi ha)*

*On es fa el seguiment/tractament: ESMESS/ CSMA/ Altres, quins:*

*Tipus malaltia (Classificació DSM IV):*

*. Transtorn esquizofrènic / Transtorn delirant/ Transtorn bipolar/Transtorn obsessiu compulsiu*

*.Altres trastorns, quins:*

- Drogodependència/Addiccions

*Diagnostic SI/NO*

*Tractament SI/NO*

*. Cal adjuntar full servei especialitzar amb diagnòstic i pronòstic (si n'hi ha)*

*On es fa el seguiment/tractament: CRD, quin:*

\* *Cas Malaltia Crònica addicional, especificar a l'apartat Observacions*



Ajuntament  
de Barcelona

Gerència de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports.  
Direcció de Serveis de Família i Serveis Socials  
Departament d'Atenció a Persones Vulnerables

#### 4) AUTONOMIA PER LA VIDA DIÀRIA

Autònom per la vida diària

*\* Cal omplir enquesta AVD adjunta: S'exclou persona amb dependència alta (25 punts o mes)*

#### 5) INGRESSOS ECONÒMICS REGULARS

Disposar d'Ingressos econòmics regulars:

*Quins i import mensual:*

Tenir possibilitat d'aconseguir ingressos econòmics regulars

*Quins:*

#### OBSERVACIONS/ VALORACIÓ GLOBAL:

*1) Justificació cas excepcional parella*

*2) Causes penals pendents, especificar*

*3) Complementar apartat llarga trajectòria carrer*

*4) Cas malaltia crònica addicional, especificar*

*5) Altres observacions/ Valoració global*