

# Las personas con trastorno mental grave en un programa de alojamiento supervisado por un Equipo Comunitario Asertivo

People with severe mental disorders in a housing program supervised by an Assertive Community Team

FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO<sup>a</sup>, MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA<sup>b</sup>, ENRIQUE GONZÁLEZ DÁVILA<sup>c</sup>, MANUEL E. MÉNDEZ ABAD<sup>d</sup>

*a) Profesor titular Departamento de Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría. Universidad de La Laguna, Tenerife, España*

*b) Profesora del Departamento de Enfermería. Universidad de La Laguna, Tenerife, España.*

*c) Profesor titular Departamento de Matemáticas, Estadística e Investigación Operativa. Universidad de La Laguna, Tenerife, España.*

*d) Médico de familia. Consultorio de La Perdoma. CS Orotava-San Antonio. Servicio Canario de Salud, Tenerife, España.*

*Correspondencia: Prof. Dr. Francisco Rodríguez Pulido (fpulido15@yahoo.es)*

Recibido: 10/11/2020; aceptado con modificaciones: 05/05/2022

**Resumen:** El objetivo de este trabajo es evaluar la actitud y satisfacción de 182 pacientes con trastorno mental grave alojados en pisos y residencias supervisadas, sus redes sociales, las necesidades de atención y los cambios clínicos. Se recogieron datos socio-demográficos y clínicos. Se aplicaron los cuestionarios de Actitudes del Usuario (CAU), de Red Social (CURES) y la Escala ENAR-CPB de Valoración de los Niveles de Atención Residencial, con repetición a los dos años. El 86% refirieron mejoría en su vida, 77% en su enfermedad y 50% en sus relaciones sociales. Se observó una reducción significativa en las necesidades de atención a los dos años. Un 86% no tuvo ingresos hospitalarios,

frente al 99% del año previo. En general, encontramos una buena aceptación de los alojamientos, con mejoría en las relaciones sociales, la estabilidad clínica y hospitalizaciones. Gracias al tratamiento asertivo comunitario, la mayoría consideraba que había habido una mejoría en su enfermedad y en sus vidas.

**Palabras clave:** tratamiento asertivo comunitario, trastornos mentales graves, alojamiento de apoyo, rehabilitación psiquiátrica, recuperación de la salud mental.

**Abstract:** The aim of this work was to evaluate the attitude and satisfaction of 182 patients with severe mental disorder in supervised accommodation, their social networks, their care needs and clinical changes. Sociodemographic and clinical data were collected. The User Attitudes Questionnaire (CAU), the Social Network Questionnaire (CURES) and the Scale of Assessment of the Levels of Residential Attention for people with Severe Mental Disorder (ENAR-CPB) were administered with repetition at two years. 86% of them reported improvement in their life, 77% in their illness, and 50% in their social relationships. There was a significant reduction in care needs at two years. 86% of the participants did not have hospital admissions, compared to 99% the previous year. In general, we found a good acceptance of the accommodations, as well as an improvement in their social relationships, clinical stability, and hospitalizations. Thanks to the assertive community treatment, the majority considered that there was an improvement both in their disease and in their lives.

**Key words:** assertive community treatment, severe mental disorders, supported housing, psychiatric rehabilitation, mental health recovery.

## INTRODUCCIÓN

LA INTEGRACIÓN de las personas con trastorno mental grave (TMG) en la comunidad es un objetivo primordial de las políticas en salud mental, ya que ha demostrado tener un efecto normalizador en sus vidas (1-3).

En la isla de Tenerife, en 2004, comenzaron a implantarse un conjunto de recursos sanitarios, sociales, de ocupación y de empleo destinados a la recuperación de las personas con TMG, configurando una red de redes de cuidados. Se implementó una estrategia de apoyo individualizado al empleo (IPS), que frente a una estrategia de orientación vocacional es más efectiva en la integración laboral, consiguiendo mayor tasa de empleabilidad, más tiempo de trabajo, mayores salarios y menores tasas de ingresos hospitalarios (4).

Las personas con TMG presentan muchas dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidados. Por eso, se impulsó la creación de recursos alojativos: pisos supervisados, apoyados por auxiliares 6 horas diarias, y mi-

ni-residencias, con apoyo continuo. Ambos cuentan con supervisión y seguimiento sanitario por parte del Equipo Comunitario Asertivo (ECA) y tienen una Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de referencia. La media de residentes por trabajador a tiempo completo es de 13 en las residencias y de 6 en los pisos. Los pacientes de estos recursos son derivados inicialmente al ECA desde las USMC, las Unidades de Rehabilitación Activa Hospitalaria o las Unidades de Internamiento Breve Hospitalario.

En este estudio se planteó evaluar la actitud y satisfacción de los usuarios con estos recursos, sus redes sociales, el nivel de necesidad de atención y el cambio de nivel tras dos años de estancia, para mejorar el proceso de atención y facilitar la incorporación a la comunidad, evitando que las residencias o los pisos supervisados se conviertan en una nueva forma, más benévola, de institucionalización.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo, de carácter transversal, realizado en pacientes con TMG alojados en recursos del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), reevaluando a los dos años los niveles de atención residencial.

En el estudio participaron 182 personas: 105 (57.8%) alojadas en una de las 18 viviendas supervisadas y 77 (42.2%) en una de las 4 residencias. A los pacientes se les explicó verbalmente el estudio y se les pidió consentimiento informado por escrito. 4 pacientes (alojados en residencias) no quisieron participar.

Los criterios de inclusión fueron los de acceso a estos recursos: mayores de 18 años, padecer TMG y presentar dificultades de convivencia familiar o ausencia de apoyo familiar. Se excluyó a los pacientes con trastorno mental orgánico, a los que presentaban consumo activo de sustancias psicoactivas o enfermedades físicas graves que requiriesen de cuidados médicos intensivos.

El término TMG engloba diversas entidades nosológicas, como psicosis funcionales, trastorno bipolar o episodios depresivos graves, que presentan un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, con una percepción distorsionada de la realidad y una evolución mayor de 2 años o un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses, con abandono de roles sociales y riesgo de cronificación, aunque remitan los síntomas (5,6).

Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas y se aplicaron los siguientes cuestionarios:

*Cuestionario de Actitudes del Usuario* (CAU), validado en su versión española por García-Cubillana (7). Se emplea para conocer, de manera directa, la percepción que las personas tienen sobre la atención sociosanitaria que reciben. Consta de 20

preguntas, que recogen aspectos de las actitudes y satisfacción del usuario respecto al lugar en el que reside y sobre su vida.

*Cuestionario de Red Social (CURES)*, validado por García-Cubillana. Consta de 18 ítems que miden las características de la red social (8). Para el análisis, se agrupó la información en cuatro apartados: 1) calidad y frecuencia de los contactos sociales (ítems 1-3); 2) apoyo social práctico (ítems 4-8); 3) apoyo afectivo (ítems 9-13); 4) compañero de apoyo (ítems 14-18). Se dan valores de 1 (nunca) hasta 4 (siempre).

*Escala de Valoración de los Niveles de Atención Residencial para personas con Trastorno Mental Severo (ENAR-CPB)*, validada por Lascorz y administrada en la admisión en el alojamiento y dos años después. Consta de 24 ítems, formulados como enunciados, con 5 posibles respuestas, que se valoran de 0 a 4 (de menor a mayor necesidad de atención) (9).

El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS (IBM Statistics v.19). Los intervalos proporcionados tienen un nivel de confianza del 95%. La comparación de las variables categóricas se realizó con el Test  $\chi^2$ . La comparación del número de ingresos previos y durante la estancia según el tipo de alojamiento se evaluó a partir de estadística no paramétrica (U-Mann-Whitney), y para la comparación de los resultados previos y durante, el test de Wilcoxon. Para los resultados del CURES y del ENAR, se aplicó el análisis de varianza (ANOVA). En el caso particular del ENAR, donde se disponía de información pre y post fue aplicado un análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA-MR), estudiando las interacciones entre el factor tipo de residencia y el tiempo. La regresión logística se aplicó para estudiar la posible relación de las variables binarias (sí/no) frente a otras variables y el tipo de alojamiento.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran las principales características sociodemográficas y en la Tabla 2 las características clínicas.

El 82% de los participantes se beneficiaban de unos ingresos similares a una pensión no contributiva (340 euros) y solo un 16% tenía ingresos superiores. El grado de dependencia reconocida fue superior en los usuarios de residencias (37.2% en grados 2 y 3 en pisos frente al 88.5%;  $p<0.001$ ). Un 35% de los usuarios asistían a centros ocupacionales, un 15% a centros de rehabilitación psicosocial, un 15% participaban en actividades de teatro y un 11% tenían un empleo ordinario.

Respecto a la situación jurídica de las personas, un 12.5% de los alojados en pisos estaban tutelados (10.6% por familiares) frente al 69% de los alojados en residencias (50% por familiares) ( $p<0.001$ )

### *Cuestionario de Actitudes del Usuario (CAU):*

En la Tabla 3 se detallan distintas respuestas al CAU. Algunas se consideran no clasificables, ya que no incluyen suficiente información para evaluarlas (no sé, el material alucinatorio y/o delirante, etc.).

A otros ítems relevantes del CAU respondieron:

- \* “¿Qué es lo que le gusta de vivir aquí?”. Usuarios en pisos: el personal (61%), los compañeros (51%) y el entorno exterior (43%). Usuarios en residencias: la comida (60%), el personal (58%), el régimen de funcionamiento (57%), el entorno exterior (56%) y los compañeros (48%).
- \* “¿Qué es lo que no le gusta de vivir aquí?”. En pisos: 42% no hay nada que no les guste y 36% el régimen de funcionamiento. En las residencias, al 48% no hay nada que no les guste y al 23% el régimen de funcionamiento. Al 11% de los usuarios no les gustan sus compañeros.
- \* “¿Dónde le gustaría vivir?”. Hubo diferencias significativas entre los usuarios de pisos vs residencias: querían vivir solos (38.8% vs. 7%); con la familia de origen (17.5% vs. 67.4%); con familia propia (28.7% vs. 16.3%).

169 participantes (94%) respondieron que las actividades organizadas les resultaban beneficiosas. En las actividades sociales y/o juegos participaban preferentemente los usuarios de residencias, mientras que en las de tipo ocupacional participaban los usuarios de pisos.

### *Cuestionario de Red Social (CURES)*

En la Tabla 4 se recogen las respuestas a los ítems 1-9 del CURES. Un 18% de los participantes salía con alguna persona (novio/a), y un 9% en los pisos y un 1% en las residencias vivían en pareja. Más del 65% de los usuarios no se sentía parte de un grupo. El 50% de los usuarios de pisos y el 49% de residencias creía que sus relaciones sociales habían mejorado (respecto al año previo) y solo el 7% y el 9%, respectivamente, que habían empeorado.

El 44% de los usuarios de pisos y el 66% de residencias establecían sus relaciones mayoritariamente con otros usuarios del programa ( $p < 0.01$ ) y sus amigos de confianza también eran usuarios en un 27% de los alojados en pisos y un 53% en las residencias ( $p < 0.008$ ).

Al comparar las puntuaciones medias de los 4 factores CURES entre pisos y residencias, vemos que en “calidez y frecuencia de los contactos sociales” y “apoyo afectivo” no existían diferencias significativas; en cambio, para “apoyo social práctico” y “compañero de apoyo” las puntuaciones fueron significativamente más altas en los usuarios de las residencias ( $p = 0.001$  y  $0.012$ , respectivamente).

Al analizarlos en función de la edad (<35 años, 35-50 años, >50 años) y tipo de alojamiento observamos que:

- a) En los pisos, en los mayores de 50 años la puntuación fue superior a la del resto de edades para el factor “apoyo social práctico” y en los menores de 35 años para el factor “apoyo afectivo”. No hubo diferencias significativas en los otros dos factores.
- b) En las residencias las puntuaciones fueron significativamente superiores en el grupo de más de 50 años para los factores “apoyo social práctico” y “compañero apoyo”, ( $p= 0.007$  y  $0.037$ , respectivamente). En los otros dos factores, no hubo diferencias significativas.

*Escala de Valoración de los Niveles de Atención Residencial para personas con Trastorno Mental Severo (ENAR-CPB)*

Las dimensiones que integran las categorías de atención residencial (ENAR-CPB) mostraron una reducción significativa ( $p < 0.001$ ) entre el momento inicial y dos años después, tanto en pisos como en residencias, de forma global y en cada una de ellas: estabilidad clínica, dimensión física, realización de las actividades de la vida diaria (AVD), desarrollo personal y social (y dentro de esta, la autonomía, las relaciones interpersonales y el bienestar e integración).

El porcentaje de usuarios que mejoró fue similar en pisos y residencias (73% globalmente), y lo mismo ocurrió cuando se analizó en función del tipo de diagnóstico clínico (Tabla 5 ).

Antes del acceso a los recursos, todos los usuarios habían tenido al menos 2 ingresos; y el 7% de los usuarios de pisos y el 40% de los de residencias, 8 o más ingresos ( $p < 0.001$ ). El 99% de los usuarios presentó ingresos el año anterior al alojamiento, el 40% de ellos con más de 60 días de hospitalización. Tras estar alojados, un 86% de los usuarios no tuvo ingresos (91% pisos y 79% residencias). 22 pacientes tuvieron ingresos inferiores a 30 días y 3 pacientes superiores a 30 días.

En el ítem “Identificación de hábitos saludables”, se pasó del 14% y 8% al inicio del estudio en las categorías de “Conocerlos y tener capacidad para llevarlos a cabo” o “Necesitar poco apoyo” al 64% y 44% a los dos años (pisos vs. residencias).

En la dimensión “Capacidades para la realización de actividades de la vida diaria”, mejoraron los hábitos higiénicos y los cuidados del aspecto físico, pasando de un 60% y un 45% que las realizaban “con autonomía” o “con apoyo organizativo” al inicio del estudio a un 94% y 85% respectivamente (pisos vs. residencias) a los dos años.

Dentro del bloque de desarrollo personal y social, en la subdimensión “Autonomía y autogobierno”, se encontró también una evolución favorable, en particular, en la capacidad para el manejo de situaciones de estrés, aunque también en otras,

como las capacidades básicas de adaptación (compresión, atención, memoria, orientación, lenguaje, cálculo y juicio).

En la subdimensión “Relaciones interpersonales”, el porcentaje de usuarios que indicó no mantener contacto con sus familias o solo contacto telefónico bajó del 20% y el 12% al inicio del estudio al 16% y 6% a los dos años del seguimiento (pisos vs. residencias), y aumentaron los usuarios que mantenían relaciones de amistad fuera de la residencia, regular o esporádicamente, pasando del 39% y 7% al inicio del estudio al 87% y 40% a los dos años.

El comportamiento respecto a las normas sociales de convivencia, cumplimiento de las tareas internas y trato con los compañeros pasó de “buenas o aceptables” en el 27% en pisos y del 20% en residencias al inicio al 75% a los dos años, y las habilidades sociales “sin mayores problemas o solo con leves carencias en algunos aspectos” pasaron de un 40% a más del 83%.

La utilización del tiempo libre para realizar actividades no programadas al menos una vez a la semana pasaron a realizarlas del 10% al 40% a los dos años, aunque el 90% precisaba ayuda para “plantear y realizar objetivos y llevarlos a buen fin”.

## DISCUSIÓN

En la Estrategia Nacional de Salud Mental (2009-2013) se reflejaron las diferencias y los desajustes en la equidad de los servicios y prestaciones que se ofrecen en las diferentes comunidades autónomas (10). Se usa diferente terminología para nombrar los recursos de alojamiento, hay diferencias en la dotación de las plazas, distinta titularidad y diversidad de agencias prestadoras de servicios, con distintos mecanismos de gestión y dinámica de funcionamiento, entre otras, como también describe Lelliott analizando 368 instalaciones del Reino Unido (11).

Los usuarios de este estudio no tuvieron otros criterios de selección más allá de los de asignación de plazas, y se incluyó a todos, excepto los 4 que rechazaron participar. El perfil de estos usuarios era representativo del de los pacientes que acuden a las USMC de Canarias, como describió Duque (12), y con el perfil de las personas con TMG recogido en la literatura epidemiológica internacional (13) y en estudios realizados en nuestro país (estudio FAISEM) (14). En otros, aunque se incluye una proporción mayor de mujeres en viviendas supervisadas (52%), los resultados se asemejan (15).

Antes del acceso al alojamiento, todos los usuarios habían presentado al menos dos ingresos y tras dos años, más del 75% no tuvieron reingresos. Cuando los hubo, fueron de menor duración: solo 3 con duración superior al mes frente al 40% que habían presentado ingresos previos al alojamiento superiores a 60 días. Esto se considera una medida directa de la efectividad de los ECA y los alojamientos (16,17).

Los bajos ingresos económicos de los usuarios, en los umbrales de la pobreza, y que deban realizar un copago por sus alojamientos, los deja con una disponibilidad económica muy limitada para sus proyectos vitales y obstaculizan los procesos de inclusión social.

La mayor o menor satisfacción con los distintos aspectos de la vida no está necesariamente asociada con la remisión de síntomas en la esquizofrenia. A pesar de tener síntomas moderados o graves, muchos de ellos tienen un alto nivel de satisfacción con su vida (18). Los usuarios reconocen una mejoría en su enfermedad y en sus vidas, y esta mayor satisfacción depende de múltiples variables: asistenciales, individuales y ambientales (la psicopatología, el funcionamiento personal y social, el entorno físico, el ambiente de la vivienda y el entorno exterior). Tanzman encontró que los pacientes prefieren que en los alojamientos el personal de apoyo esté disponible por teléfono, y son pocos los que quieren vivir con ellos. También reconoció la importancia de soportes materiales, como dinero, subsidios de alquiler, teléfonos o transporte, para su vida en la comunidad (19). En el programa FAISEM, la mayoría de residentes tenían una relativa satisfacción con los alojamientos, aunque para muchos no era su aspiración como residencia permanente (20). En el programa residencial de Andalucía, la participación en actividades organizadas desde el mismo era reducida (14). El alto grado de aceptación de los dispositivos encontrado probablemente esté en relación con la mejoría de su enfermedad, con la mejor relación con los compañeros y el personal y con la participación en los entornos externos e internos. Por entornos externos o abiertos se hace alusión a la participación en actividades fuera de los dispositivos, pero también a que las viviendas están situadas en lugares que facilitan el acceso a la vida en la comunidad donde residen, favoreciendo la socialización, el concepto de hogar y la integración frente al aislamiento y la segregación.

Aunque las personas mejoraron de forma significativa sus relaciones sociales, seguían teniendo redes sociales pobres y en la mayoría de los casos en el ámbito familiar o dentro de los recursos, al igual que en otros estudios (13,21). Esto refleja la necesidad de hacer un trabajo más intenso desde los servicios sociales y diseñar medidas favorecedoras de la socialización. En general, los contactos de los usuarios con amigos o familiares fueron indicados como esporádicos/nulos tanto en pisos como en residencias. La calidez y frecuencia de los contactos sociales o el apoyo afectivo también fueron bajos. En cambio, hubo diferencias significativas en el apoyo social práctico y los compañeros de apoyo, siendo más alta la puntuación en las residencias, probablemente relacionado con el apoyo de los monitores y amigos más que el de las parejas.

La escala ENAR-CPB sirve como instrumento de medida del nivel de necesidad de atención que precisan los usuarios con TMG atendidos en las residencias



y permite evaluar la evolución de dichas personas. Encontramos una reducción significativa entre el momento inicial y tras dos años en todos los recursos y en todas las dimensiones de la escala. La dimensión física es la que menos mejoró y la de bienestar personal e integración social la que experimentó una mayor mejoría. Más del 70% de los pacientes presentaron mejoría, tanto al analizar por las patologías que padecen como por tipo de alojamiento. Un estudio reciente de Lascorz muestra resultados similares a los dos años tras el alojamiento (22).

Otro estudio encontró que el alojamiento de apoyo mejoraba la satisfacción, reducía las hospitalizaciones y conducía a la disminución de medicamentos y el uso de alcohol (23). Un metaanálisis reciente encontró, con un nivel de evidencia moderado, que los alojamientos de apoyo reducen las hospitalizaciones, la asistencia a urgencias y aumentan la satisfacción (24). Los usuarios lo viven como una oportunidad de descansar en calma, con seguridad y en un ambiente de privacidad (25).

## CONCLUSIONES

Las residencias y los pisos supervisados deben considerarse como un lugar para la rehabilitación y recuperación psicosocial de las personas con TMG, ya que mejoran las relaciones sociales, la salud y la estabilidad clínica, disminuyen las visitas a Urgencias y las hospitalizaciones y, además, son bien aceptados. Y tal vez más relevante: ellos consideran que presentan una mejoría en su enfermedad y en su vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Carling P. Emerging approaches to housing and support for people with psychiatric disabilities. En: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N (eds.). *Handbook of mental health economics and health policy*. Vol. I, Schizophrenia. Wiley; New York: Wiley, 1996; pp. 239-59.
- (2) Fellin P. Reformulation of the context of community based care. *J Sociol Soc Welf*. 1993; 20: 57-67.
- (3) Flynn R, Aubry TD. Integration of persons with developmental or psychiatric disabilities: Conceptualization and measurement. En: Flynn RJ, Lewey R (eds.). *A quarter-century of normalization and social role valorization*. Ottawa: University of Ottawa Press, 1999; pp. 271-304.
- (4) Rodríguez Pulido F, Caballero Estebaranz N, Tallo Aldana E, Méndez Abad ME, Hernández Álvarez-Sotomayor MC, López Reig S, et al. Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gac Sanit*. 2018; 32: 513-18.
- (5) Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*. 1990; 147(12):1602-8.
- (6) Goldman HH, Gatozzi AA, Taube CA. Defining and counting the chronically mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*. 1981; 32: 21-27.
- (7) García-Cubillana P, Fernández L, López M, Moreno B, Luna JD, Laviana M. Adaptación y fiabilidad del Cuestionario de Actitudes del Usuario, versión española de Patient Attitude Questionnaire. *Archivos de Psiquiatría*. 2006; 69 (2): 117-132.
- (8) García-Cubillana P, Luna JD, Laviana M, Fernández L, Perdiguero D, López M. Adaptación y fiabilidad del Cuestionario de Red Social, versión española del “Questionario sulla rete sociale”, aplicado a personas con trastorno mental severo. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2006; 97: 135-150.
- (9) Lascorz Fierro D, Serrats Alabau E, Pérez Solá V, Ruiz Fornós B, Vegué Grillo J. Validación de la Escala de Valoración de los Niveles de Atención Residencial, para personas con Trastorno Mental Severo (ENAR-CPB). *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2012; 32: 481-498.
- (10) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
- (11) Lelliott P, Audini B, Knapp M, Chisholm D. The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents. *Br J Psychiatry*. 1996;169(2): 139-47.
- (12) Duque Cárdenas JA. *Evaluación de la actividad asistencial de las unidades de salud mental comunitaria de Canarias en el quinquenio 2009-2013*. Tesis Doctoral. Las Palmas de Gran Canaria: ULPGC, 2015.
- (13) Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ, Morgan C, Jackson D, Boydell J, et al. Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*. 2012;7(3): e31660.
- (14) López M, Fernández L, García-Cubillana P, Jimeno V, Moreno B, Laviana M. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en An-

- dalucía (III): características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios por los residentes. *Rehabil Psicosoc.* 2005; 2(1): 28-39.
- (15) García Pérez O, Torio López S. Funcionamiento básico y social de los usuarios de las viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: necesidad de una intervención pedagógica. *Revista Complutense de Educación* 2014; 25(2): 411-31.
  - (16) Cheng AL, Lin H, Kasprow W, Rosenheck RA. Impact of supported housing on clinical outcomes: Analysis of a randomized trial using multiple imputation technique. *J Nerv Men Dis.* 2007; 195(1): 83-8.
  - (17) Leff HS, Chow C M, Peppin R, Conley J, Allen IE, Seaman CA. Does one size tall? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatr Serv.* 2009; 60(4): 473-82.
  - (18) Fervaha G, Agid O, Takeuchi H, Remington G. Impairments in both reward and punishment guided reinforcement learning in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2013; 150(2-3):592-3.
  - (19) Tanzman B. An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hosp Community Psychiatry.* 1993; 44: 450-5.
  - (20) López M, García-Cubillana P, López A, Fernández L, Laviana M, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (V): actitudes y grado de satisfacción de los residentes. *Rehabil Psicosoc.* 2005; 2(2):56-63.
  - (21) Albert M, Becker T, Mccrone P, Thornicroft G. Social network and mental health service utilisation. A literature review. *Int J Soc Psychiatry* 1998; 44 (4): 248 266.
  - (22) Lascorz D, Serrats E, Ruiz B, Ximenes AR, Vegué J, Pérez V. Estudio descriptivo de la evolución experimentada por los usuarios de una residencia de salud mental, tras 10 años de funcionamiento. *Actas Esp Psiquiatr* 2018; 46(1):12-20.
  - (23) Cheng AL, Lin H, Kasprow W, Rosenheck RA. Impact of supported housing on clinical outcomes: Analysis of a randomized trial using multiple imputation technique. *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195(1): 83-8.
  - (24) Rog DJ, Marshall T, Dougherty RH, George P, Daniels AS, Ghose SS, et al. Permanent supportive housing: assessing the evidence. *Psychiatr Serv.* 2014; 65(3): 287-94.
  - (25) Bengtsson-Tops A, Ericsson U, Ehliasson K. Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life. *Int J Ment Health Nurs.* 2014; 23(5): 409-18.

TABLA I

*Distribución de las variables sociodemográficas de las personas con TMG*

Tipo de alojamiento				
	Pisos (n=105)	Residencias (n=77)	p-valor	Total (n=102)
Sexo			0.920	
Hombre	73 (70%)	53 (69%)		126 (69%)
Mujer	32 (30%)	24 (31%)		56 (31%)
Edad			< 0.001	
<35	23 (22%)	2 (2%)		25 (14%)
35-50	58 (55%)	29 (38%)		87 (48%)
>50	23 (23%)	46 (60%)		70 (38%)
Comarca			<0.001	
Metropolitana	61 (58%)	37 (48%)		98 (54%)
Noroeste	18 (17%)	40 (52%)		58 (32%)
Sureste	26 (25%)	0		26 (14%)
Estado civil			0.882	
Separado/divorciado/ viudo	20 (19%)	14 (18%)		34 (19%)
Soltero	85 (81%)	63 (82%)		148 (81%)
Nivel educativo			0.055	
Sabe leer y escribir	10 (10%)	13 (17%)		23 (13%)
Estudios primarios	57 (54%)	50 (65%)		107 (59%)
Bachiller elemental	19 (18%)	5 (7%)		24 (13%)
Bachiller superior	12 (11%)	4 (5%)		16 (9%)
Estudios universitarios	7 (7%)	5 (7%)		12 (6%)

Los valores que se muestran comparan si la distribución de las variables difiere entre los usuarios de pisos y residencias.

TABLA 2

*Distribución de las características clínicas de la muestra de personas con TMG*

Tipo de alojamiento				
	Pisos (n=105)	Residencias (n=77)	p-valor	Total (n=102)
Diagnóstico (CIE-10)			0.012	
Esquizofrenia	71 (68%)	66 (86%)		137 (75%)
Trastorno esquizoafectivo	10 (9%)	8 (10%)		18 (10%)
Trastorno ideas delirantes	7 (7%)	1 (1%)		8 (4%)
Trastorno del ánimo	16 (15%)	2 (3%)		18 (10%)
Otros trastornos	1 (1%)	0		1 (1%)
Edad comienzo <sup>a</sup>	24.3 (7.17)	22.6 (7.07)	0.125	23.6 (7.15)
Duración enfermedad <sup>a</sup>	18.7 (9.57)	28.7 (10.21)	<0.001	22.9 (11.0)
Tiempo residencia actual <sup>a</sup>	4.1 (1.92)	5.2 (1.44)	<0.001	4.5 (1.82)

<sup>a</sup> Media y desviación estándar (s.d.) (en años). Los valores p comparan si la distribución de las variables analizadas difiere entre los usuarios de pisos y de residencias.

TABLA 3

*Respuestas al Cuestionario de Actitudes del Usuario (CAU)*

Tipo de alojamiento				
CAU	Pisos (n=105)	Residencias (n=77)	p-valor	Total (n=102)
¿Deseaba antes cambiar de residencia?			0.196	
No	29 (29%)	29 (39%)		58 (33%)
Sí	72 (71%)	45 (61%)		117 (67%)
¿Dónde le gusta más vivir?			0.383	
Aquí	78 (77%)	53 (71%)		131 (74%)
Allí	23 (23%)	22 (29%)		45 (26%)
¿Le gustaría volver a vivir allí?			0.143	
No	82 (80%)	53 (70%)		135 (76%)
Sí	20 (20%)	23 (30%)		43 (24%)
¿La sensación de vida aquí es diferente?			0.010	
No	8 (8%)	16 (21%)		24 (13%)
Sí	96 (92%)	61 (79%)		157 (87%)
Su vida es en general...			0.968	
Mucho mejor	33 (36%)	24 (39%)		57 (38%)
Algo mejor	45 (50%)	28 (46%)		73 (48%)
Algo peor	8 (9%)	6 (10%)		14 (9%)
Mucho peor	5 (5%)	3 (5%)		8 (5%)
¿Le gustaría que fuese su hogar permanente?			0.004	
No	76 (76%)	42 (55%)		118 (67%)
Sí	24 (24%)	34 (45%)		58 (33%)

¿Lo recomendaría a otra persona?			0.001	
No	9 (9%)	19 (27%)		28 (16%)
Sí	95 (91%)	51 (73%)		146 (84%)
¿Ha tenido algún problema para cuya solución necesitara otra persona?			0.435	
No	58 (56%)	45 (62%)		103 (58%)
Sí	46 (44%)	28 (38%)		74 (42%)
¿Le gusta vivir aquí?			0.134	
No	10 (10%)	13 (17%)		23 (13%)
Sí	93 (90%)	62 (83%)		155 (87%)
¿Algún cambio con su enfermedad?			0.070	
Ningún cambio	13 (13%)	18 (25%)		31 (18%)
Cambio a peor	4 (4%)	5 (7%)		9 (5%)
Cambio a mejor	85 (83%)	50 (68%)		135 (77%)
¿Algún cambio con su vida en general?			0.077	
Ningún cambio	14 (13%)	17 (23%)		31 (17%)
Cambio a peor	6 (6%)	8 (11%)		14 (8%)
Cambio a mejor	84 (81%)	48 (66%)		132 (75%)

TABLA 4

*Respuestas a los 9 primeros ítems del CURES*

	Nunca	A veces	Muy frecuente	Siempre	p-valor
¿Has contactado con amigos o familiares?					0.457
Pisos	10 (10%)	60 (58%)	31 (30%)	3 (3%)	
Residencias	5 (7%)	39 (51%)	27 (35%)	5 (7%)	
¿Amigos o familiares han contactado?					0.744
Pisos	24 (23%)	55 (53%)	24 (23%)	1 (1%)	
Residencias	18 (24%)	42 (55%)	14 (18%)	2 (3%)	
¿Amigos o familiares te comentan sus problemas?					0.002
Pisos	27 (26%)	70 (67%)	7 (7%)	-	
Residencias	35 (46%)	31 (41%)	10 (13%)		
¿Has tenido a alguien que te ha tranquilizado?					<0.001
Pisos	5 (5%)	65 (64%)	22 (22%)	10 (10%)	
Residencias	7 (10%)	24 (32%)	17 (23%)	26 (35%)	
¿Si te ha ocurrido algo bueno lo has podido comentar?					<0.001
Pisos	2 (2%)	69 (68%)	19 (19%)	12 (12%)	
Residencias	5 (7%)	27 (36%)	15 (21%)	27 (36%)	
¿Si hubieras estado enfermo tendrías alguien que te cuidara?					<0.001
Pisos	5 (5%)	60 (58%)	14 (14%)	24 (23%)	
Residencias	2 (3%)	18 (24%)	6 (8%)	48 (65%)	



¿Si necesitas ayuda en tareas domésticas alguien te ayuda?					<0.001
Pisos	-	47 (46%)	31 (30%)	24 (24%)	
Residencias	6 (8%)	19 (26%)	12 (16%)	37 (50%)	
¿Si no puedes hacer recados consigues quien te los haga?					0.003
Pisos	10 (10%)	66 (70%)	13 (14%)	6 (6%)	
Residencias	12 (20%)	24 (39%)	17 (28%)	8 (13%)	
¿Has tenido amigos o familiares a quien contarle tus problemas?					0.005
Pisos	15 (15%)	61 (59%)	23 (22%)	4 (4%)	
Residencias	18 (24%)	24 (32%)	25 (34%)	7 (10%)	

Estos ítems están referidos a los últimos dos meses. Se comparan las proporciones entre pisos y residencias

TABLA 5

Porcentaje de pacientes que presentan mejor puntuación en el momento final frente al inicial, diferenciados por tipo de alojamiento y diagnóstico clínico

	Tipo de alojamiento			Diagnóstico		
	Total	Pisos	Residencias	Esquizofrenia	Trast. esquizoafectivo o del ánimo	Ideas delirantes
	Porcentaje que mejora (%)					
Global	73	75	71	73	73	74
Estabilidad clínica	67	70	62	66	68	63
Dimensión física	59	62	55	59	58	63
Realización AVD <sup>1</sup>	76	75	78	75	78	75
Desarrollo personal y social	79	81	77	79	79	81
Autonomía <sup>2</sup>	72	73	69	72	72	66
Rel. Interper-sonales <sup>2</sup>	74	76	71	73	75	81
Bienestar e integración <sup>2</sup>	92	93	90	92	89	97

<sup>1</sup> AVD: actividades de la vida diaria. <sup>2</sup> Subdimensiones del desarrollo personal y social.