

Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes

Relation between the functioning of sheltered housing/supported home for people with severe mental disorder, the social support of the caregiver and the daily life skills of the residents

Carolina Tapia C.¹, Pamela Grandón F.² y Claudio Bustos N.²

*Residential programs fulfill an important role in the overall operation of the people with severe mental disorders and they are considered promoters of the improvements observed in them. The study is aimed on determining the relation between the operation of a protected home/residence and the social support of the caregivers, with the daily life skills of the residents. **Method:** 122 users that reside in protected homes and residences from the Maule and Biobío Regions were interviewed, as well as 30 caregivers/monitors that worked in those places. **Results:** Both age and gender of the residents shows no significant relation with “skills of the overall daily life”. However, a relation was found between the age of the residents and the subscale “activity and social relationships”: the older the age, the lesser activity and social relationships of the users. Regarding the restrictiveness variable of the device, it was found that the lesser restrictiveness, the greater basic skills of the daily life of the residents was presented, especially in areas such as domestic and community skills. A relation between daily life skills of the residents and the perceived social support was not found. Nevertheless, a greater perception of social support, greater “activity and social relationships” of the users that reside in Protected Homes and Residences was observed. **Conclusions:** The restrictiveness of the device by being a relevant variable for daily life skills of the residents must be taken into account in the organization and structure of the residential programs in Chile.*

Key words: Residential care, basic skills of daily living, social support, severe mental disorder.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (1): 20-28

Recibido: 29/01/2013

Aceptado: 8/04/2013

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Enfermera, Asesora de Salud Mental, Departamento de Gestión y Articulación de las Redes, Servicio de Salud Concepción, Chile.

² Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Chile.

Introducción

Las enfermedades mentales son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas que las padecen¹⁻⁵.

Durante las últimas décadas la OMS y la OPS han recomendado la utilización de un modelo de atención comunitaria para las personas con Trastornos Mentales Severos (TMS). Dicho modelo se ha basado en la creación de una red de dispositivos de atención comunitaria, dentro de los cuales se encuentran los dispositivos residenciales: hogares y residencias protegidas⁶⁻¹⁴.

Los programas residenciales son dispositivos generados para que vivan las personas con TMS. Estos proporcionan un marco normalizado donde se abordan las diferentes problemáticas del individuo, posibilitando una actuación integral y global, no centrada en la institución sino en las necesidades del usuario¹⁵⁻¹⁷. En estos lugares se fomenta la autonomía de las personas a través del desarrollo de sus habilidades sociales. Es así como los modelos de vivienda que facilitan la recuperación y la reintegración en la comunidad han demostrado tener una influencia positiva en el bienestar psicosocial general de los usuarios^{16,18,19}.

Existen una serie de variables del dispositivo que influyen y contribuyen a determinar el funcionamiento social de los usuarios. Un entorno flexible combinado con la promoción de relaciones positivas entre usuarios y profesionales, disminuye las tasas de reingreso hospitalario y aumenta el nivel de funcionamiento de los residentes^{18,20,21}.

Respecto a la estructura de los dispositivos, estudios indican que las rutinas rígidas en las viviendas se asocian con un menor nivel de integración de los usuarios en la comunidad y que una articulación clara de las expectativas del programa se asocia con un mayor nivel de integración²¹⁻²⁴.

Otra variable que ha resultado de interés respecto del funcionamiento de los usuarios, tiene que ver con la relación que establecen los residentes con las personas que trabajan al interior de los dispositivos.

Dado que el programa residencial se consti-

tuye en un “Hogar” para el usuario, la persona que acompaña permanentemente la rutina de los usuarios, tiene profundos efectos en los resultados que puedan obtenerse en rehabilitación. Incorporando el concepto de alianza terapéutica, se ha encontrado una asociación significativa entre ésta y la calidad de vida de los usuarios^{3,11,21,25-28}.

En Chile, a la fecha sólo se conocen dos investigaciones en este ámbito y ambas describen básicamente características sociodemográficas de los residentes, además de estudiar la efectividad del programa de hogares respecto de un sistema tradicional^{29,30}.

Considerando la importancia del funcionamiento social de las personas con TMS para la reinsertión y permanencia en la comunidad donde se vive, y dado que a nivel nacional no existen investigaciones que incorporen variables relacionadas con el funcionamiento de los centros residenciales y como éstas influyen en las habilidades básicas de la vida diaria de los residentes, este estudio se propuso los siguientes objetivos:

- Evaluar la relación entre características sociodemográficas (sexo, edad) de los residentes y las habilidades de la vida diaria.
- Evaluar la relación entre el funcionamiento de un Hogar/Residencia Protegida, evaluado a través de la restrictividad, y las habilidades de la vida diaria de los residentes.
- Evaluar la relación entre apoyo social de los cuidadores y las habilidades de la vida diaria de los residentes.

Método

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-correlacional con un diseño transversal mediante encuestas.

Participantes

Se ingresaron al estudio 15 hogares y 6 residencias protegidas ubicadas en las Regiones del Maule y Bío Bío respectivamente, 21 dispositivos en total (Tabla 1).

El Servicio de Salud Maule, es el Servicio que

Tabla 1. Dispositivos ingresados al estudio

Servicio de Salud	Centro
Maule	Hogar Protegido Curicó 1
	Hogar Protegido Curicó 2
	Hogar Protegido Talca 1
	Hogar Protegido Talca 2
	Hogar Protegido Linares
	Residencia Protegida Curicó Residencia Protegida Talca
Ñuble	Hogar Protegido San Carlos
	Hogar Protegido Chillán
Bío Bío	Hogar Protegido Los Ángeles 1
	Hogar Protegido Los Ángeles 2
Arauco	Hogar Protegido Lebu
Talcahuano	Hogar Protegido Tomé
	Hogar Protegido Talcahuano
	Hogar Protegido Hualpén
	Residencia Protegida Hualqui 1
Concepción	Hogar Protegido Concepción
	Hogar Protegido Coronel
	Residencia Protegida Concepción
	Residencia Protegida Arauco
	Residencia Protegida Chillán

Tabla 2. Características Sociodemográficas de los residentes y cuidadores

Variables	n (122)	%	Media
Sexo usuarios			
Hombres	55	45,1	
Mujeres	67	54,9	
Edad			47,74
Rango de edad			
20 a 35 años	17	14	
35 años un mes a 45 años	32	26,2	
45 años un mes a 65 años	68	55,8	
Mayor a 65 años	5	4,1	
Tiempo de permanencia			
Menor a un año	35	28,7	
Entre un año un mes y dos años	23	18,9	
Entre dos años un mes y cuatro años	30	24,6	
Mayor a 4 años	34	27,9	
Tipo de dispositivo			
Hogar	79	64,6	
Residencia	43	35,2	
Cuidadores			
	n (30)	%	
Hombres	2	6,6	
Mujeres	28	93,3	

dispone de mayor número de dispositivos residenciales a cargo (7 centros), le siguen Concepción y finalmente Talcahuano.

Como se observa en la Tabla 2, se entrevistó a 122 usuarios en total, que tenían una edad promedio de 47 años. El 54,9% de las personas entrevistadas eran mujeres.

La mayoría de los usuarios llevaban viviendo en el dispositivo menos de un año (28,7%) y más de 4 años (27,9%).

El 64,6% de los usuarios vive en un hogar protegido, sólo el 35,2% lo hace en una residencia.

Respecto a los cuidadores entrevistados, el 93,3% eran mujeres.

Instrumentos

Restrictividad del dispositivo: Se aplicó la Escala de Prácticas Restrictivas de Jordá y Espino-

sa³¹. Permite evaluar el funcionamiento de dispositivos residenciales y consta de 55 preguntas.

Para el presente estudio se eliminaron algunos ítems y se cambió el formato de respuesta de dicotómico a escala tipo likert, lo anterior a fin de adaptarlo a nuestro contexto y captar las diferencias entre centros.

Finalmente, quedó constituido por 43 preguntas. En el presente estudio se obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,82.

Habilidades básicas de la vida diaria: Se utilizó el Cuestionario Habilidades Básicas de la Vida Diaria (BELS)³².

Corresponde a una adaptación en español de un instrumento inglés que fue utilizado en el TAPS: el Basic Everyday Living Skills, habitualmente conocido por sus siglas BELS.

Su objetivo es evaluar las habilidades básicas de la vida diaria en personas que sufren una enfermedad mental de larga duración, permitiendo valorar el

funcionamiento del residente a través de 26 ítems, cada uno de los cuales describe un comportamiento concreto en cuatro áreas de funcionamiento: autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias y habilidades en las relaciones sociales.

Para cada ítem hay dos puntuaciones, una que valora el nivel de desempeño y otra, de carácter previo, que valora la oportunidad concreta de ejercicio de la habilidad, lo que permite evaluar también la mayor o menor “restrictividad” del funcionamiento del dispositivo en el que reside.

Con el fin de adaptar las preguntas a nuestro contexto, se efectuaron modificaciones en la redacción de algunos ítems.

En el presente estudio se obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,86 para la escala de oportunidad y de 0,88 para la escala de realización.

Apoyo social percibido: Se utilizó el cuestionario autoadministrado MOS³³ que permite investigar el apoyo social percibido por la persona entrevistada.

El cuestionario original está constituido por 20 preguntas. Para el presente estudio se modificó la redacción de las preguntas y se eliminaron dos ítems a fin de favorecer la comprensión de las preguntas por los participantes y de adaptar el instrumento al contexto local.

En la presente investigación se obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,89.

Procedimiento

Se solicitó la aprobación del proyecto a los Comités de Ética de los distintos Servicios de Salud. Una vez finalizada esta etapa y con el fin de ade-

cuar los instrumentos a nuestro contexto, se aplicó una prueba piloto en una residencia protegida que no fue incorporada en el estudio definitivo.

Terminado este proceso, se realizaron las modificaciones correspondientes y se precedió a la aplicación de los instrumentos para el estudio definitivo.

Se realizó una entrevista a cada usuario y cuidador del dispositivo. Se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó su colaboración. A quienes accedieron participar y firmaron el consentimiento informado se les aplicó individualmente los instrumentos en dependencias del mismo establecimiento.

Análisis de los datos

Se ingresaron los datos al sistema estadístico SPSS versión 15.

Se realizó un análisis descriptivo y exploratorio de los datos, posteriormente se estableció la consistencia interna de los instrumentos. Por último se procedió a contrastar las hipótesis del estudio para lo cual se utilizó la Correlación producto-momento de Pearson y la T de Student.

Resultados

Los resultados obtenidos muestran la presencia de diversas asociaciones entre las variables en estudio. En la Tabla 3 se muestran las respectivas significancias.

El análisis revela que asumiendo un contraste unilateral, no existe relación entre la edad de los residentes y la realización de actividades de la vida diaria evaluada a través del puntaje total de la

Tabla 3. Correlación entre las diferentes variables

Variables	Edad	Restrictividad del dispositivo	Apoyo social percibido
Autocuidado	-0,046	-0,224*	0,035
Habilidades domésticas	-0,001	-0,333**	0,018
Habilidades comunitarias	-0,011	-0,252**	0,092
Actividad y relaciones sociales	-0,218*	-0,021	0,206*
Realización de AVD (Actividades de la Vida Diaria Puntaje Escala Total)	-0,071	-0,288**	0,091

*p < 0,05; **p < 0,01.

Tabla 4. Diferencias de género en las variables

	Mujer		Hombre		t	Sig. (unilateral)
	M	Ds	M	Ds		
Realización de AVD	2,48	0,685	2,53	0,69	-0,333	0,37
- Autocuidado	2,62	0,67	2,75	0,61	-1,156	0,125
- Habilidades domésticas	2,31	1,05	2,24	1,1	0,375	0,354
- Habilidades comunitarias	1,81	1,06	2	1,12	-0,92	0,179
- Actividad y relaciones sociales	3	0,8	2,9	0,87	0,647	0,259

escala BELS ($r = -0,071$ $p > 0,05$) y las subescalas Autocuidado ($r = -0,046$ $p > 0,05$), Habilidades Domésticas ($r = -0,001$ $p > 0,05$) y Habilidades Comunitarias ($r = -0,011$ $p > 0,05$). Sin embargo, se observa una relación negativa significativa de baja intensidad entre la edad de los residentes y la actividad y relaciones sociales ($r = -0,218$ $p < 0,05$), es decir, a mayor edad, menor actividad y relaciones sociales de los residentes.

Por otra parte, se observa una relación negativa significativa de baja intensidad entre la restrictividad del dispositivo y las habilidades de la vida diaria de los usuarios, es decir, a menor restrictividad del dispositivo, mayor desempeño de los usuarios en las habilidades de la vida diaria general ($r = -0,288$ $p < 0,05$). Concordante con esto se encontraron relaciones entre casi todas las subescalas del BELS y la restrictividad de los centros; autocuidado de los residentes ($r = -0,224$ $p < 0,05$), habilidades domésticas ($r = -0,333$ $p < 0,05$) y habilidades comunitarias ($r = -0,252$ $p < 0,05$).

Respecto de la variable apoyo social, se observa una relación significativa positiva de mediana intensidad con la actividad y relaciones sociales de los usuarios ($r = 0,206$ $p < 0,05$), es decir, aquellos usuarios que perciben mayor apoyo social desde los cuidadores, tienen mayor desempeño en la actividad y relaciones sociales que mantienen con otras personas.

Por último, asumiendo un contraste unilateral, el examen de las diferencias de sexo mediante la prueba T de Student revela que no existen diferencias significativas en las medias de las habilidades de la vida diaria de los residentes y sus subescalas (Tabla 4).

Discusión

En relación a la información sociodemográfica de los usuarios que viven en hogares y residencias protegidas, a diferencia de lo obtenido por López et al³⁴, en España y por Minsal el año 2006³⁵; la presente investigación arrojó que no existen grandes diferencias entre los usuarios respecto del sexo (54,9%, femenino; 45,1% masculino), situación similar a lo encontrado por otros autores, Leibe y Kallert, el año 2001¹⁹ y por Saldivia et al, el año 2004³⁰.

En la práctica, lo expuesto anteriormente tiene relación con que los dispositivos visitados se encuentran organizados mediante la asignación equitativa de plazas para hombres y mujeres, por tanto la cantidad de cupos de Hogares y Residencias Protegidas es similar para ambos sexos.

Al observar la variable edad de las personas que viven en Hogares y Residencias Protegidas, ésta se sitúa mayormente (tanto para hombres como para mujeres), entre los 45 a 65 años de edad (55,8%) al igual que lo observado por López et al³⁴. El promedio de edad de los residentes está en los 47,74 años, información similar a la encontrada el año 2004 por Saldivia et al.

Respecto del análisis bivariado realizado, se observa que la edad de los residentes y las habilidades de la vida diaria (BELS como instrumento total), no muestran una relación significativa, situación contraria a lo observado por otros autores¹¹. Esto podría deberse a que la gran mayoría de los entrevistados se encuentra en la etapa de adultez media, sólo un porcentaje menor de usuarios se ubicó en las edades extremas, donde se presentan las mayo-

res diferencias. Sin embargo, se encontró relación entre la edad de los residentes y la subescala de “actividad y relaciones sociales”; a mayor edad, menor actividad y relaciones sociales de los usuarios. La subescala mencionada tiene que ver con la capacidad del sujeto para involucrarse en actividades como pasar el tiempo libre, realizar actividades de ocio, preocuparse por otros y actuar coherentemente en caso de presentarse una emergencia. Según lo planteado por Romero³⁶, estas habilidades (en este caso más sociales) son consideradas actividades *Instrumentales de la Vida Diaria* y suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por lo que la edad tendría que ver con su desempeño, siendo las personas con mayor edad las que presentarían más dificultades en llevarlas a cabo.

Respecto de las diferencias por sexo en los usuarios, nuevamente se observa que no existe relación entre el sexo de los residentes y las habilidades básicas de la vida diaria. Contrario a lo expuesto por Warner y Di Girolamo el año 1995¹⁸ y a lo encontrado por Navarro y Carrasco el año 2011³⁷, respecto de que en la mujer los TMS, principalmente la Esquizofrenia, resultan menos dañinos que en el hombre, ya que la cultura del medio las alienta al desarrollo de habilidades necesarias para el ejercicio de responsabilidades domésticas y en consecuencia le facilitan un mejor ajuste a los contextos residenciales.

Los resultados obtenidos en esta investigación pueden tener relación con la dinámica de funcionamiento al interior de los dispositivos. Las normativas y orientaciones técnicas que rigen las actividades que se realizan en los hogares y residencias protegidas no explicitan diferencias por sexo, por tanto no existen mayores diferencias en las tareas asignadas dentro y fuera de la casa. Hombres y mujeres realizan labores domésticas, así también ambos tienen la posibilidad de realizar algún trabajo remunerado (sea este protegido o no), fuera del dispositivo. La excepción, sólo la constituyen aquellas personas mayores, que dada su condición física, no tienen las habilidades para realizar alguna tarea.

Respecto de la variable restrictividad del dispositivo se encontró que, a menor restrictividad del

dispositivo mayores habilidades básicas de la vida diaria en los residentes, hallazgo consistente con lo planteado por diversos grupos de investigadores^{11,20,21}, quienes plantean que un ambiente menos rígido, sumado al fomento de relaciones positivas entre usuarios y profesionales, aumenta el nivel de funcionamiento de los usuarios. Por el contrario, rutinas rígidas en las viviendas se asocian con un menor nivel de integración y funcionamiento social de los residentes^{11,34}.

Por último, no se encontró relación entre las habilidades de la vida diaria de los residentes y el apoyo social percibido por éstos, de parte de los cuidadores. La situación descrita podría estar relacionada al hecho de que la mayoría de las variables medidas a través del instrumento BELS tienen relación con habilidades que dependen de características individuales del usuario o del centro en el cual vive.

En concordancia con lo anterior, se observa que a mayor percepción de apoyo social, mayor “actividad y relaciones sociales”, situación similar a lo planteado por otros autores^{26,38}.

El rol que juega el cuidador al interior de los programas residenciales es altamente relevante, en algunos casos, se constituyen en el único apoyo instrumental y/o emocional para el usuario. Comparten tiempos y experiencias, lo que finalmente genera una vinculación usuario-cuidador, que en algunos casos se traduce en importantes resultados a nivel de funcionamiento, identidad y sentido de vida de los usuarios, situación que también ha sido planteada por Brekke³, por Jiménez et al³², y por Sprioli y Silva²⁸ el año 2011.

Por otra parte, este rol de cuidado ya sea informal (familiares) o formal (personal sanitario) descansa fundamentalmente sobre las mujeres³⁹ y en este caso sólo en dos dispositivos se entrevistó a un cuidador de sexo masculino, en el resto de los dispositivos la totalidad de las entrevistadas correspondió a cuidadoras mujeres.

A partir de los resultados encontrados, la restrictividad de los dispositivos es una variable que se asocia al funcionamiento social de los usuarios, por tanto si se desea aumentar éste es necesario organizar los programas residenciales de manera flexible.

A nivel Ministerial sería conveniente revisar las actuales orientaciones y normativas técnicas que rigen el funcionamiento de este tipo de dispositivos, ya que habitualmente las actividades tienden a ser estandarizadas, con escaso o sin enfoque de género, concebidas previamente, lo que no deja mucho espacio a la espontaneidad y flexibilidad que se pudiese presentar al interior de cada dispositivo.

Dentro de las limitaciones de la investigación se encuentra la elección de la muestra no probabilística elegida por conveniencia, lo cual no permite generalizar los resultados a otros usuarios que no sean los que participaron de la presente investigación.

Una segunda limitación tiene que ver con que el instrumento que mide Habilidades Básicas de la Vida diaria (BELS) y el que mide Prácticas Restrictivas del dispositivo no se encuentran validados a nivel nacional. En este contexto y considerando la utilidad de dichos instrumentos, se sugiere realizar la validación de ambos a fin de incorporarlos como parte de la evaluación periódica de usuarios y dis-

positivos residenciales existentes en Chile.

Dado que en Chile no existe información de este tipo, se sugiere seguir avanzando en investigaciones futuras que entreguen mayor información respecto del conjunto de variables que participan en el mayor o menor desempeño de habilidades básicas de la vida diaria de personas que viven en hogares y residencias protegidas, lo anterior a fin de obtener mejores resultados en la rehabilitación de personas con trastornos mentales.

Es necesario reconocer la importancia que tienen en la vida de las personas los programas residenciales. La vivienda ha dejado de ser exclusivamente un tema de bienestar social, sino más bien se considera un componente importante del tratamiento y de las políticas en salud mental¹⁷. La vivienda es una fuerza estabilizadora en la vida cotidiana que forma la base sobre la que una persona puede establecer una rutina diaria, por ello en Chile debe existir un cambio de modelo, desde uno centrado en los recursos disponibles a otro centrado en las necesidades de los usuarios.

Resumen

Los programas residenciales cumplen un rol importante en el funcionamiento general de las personas con trastornos mentales severos y son considerados favorecedores de las mejoras observadas en ellos. El estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida y el apoyo social de los cuidadores, con las habilidades de la vida diaria de los residentes. **Método:** Fueron entrevistados 122 usuarios que viven en hogares y residencias protegidas de las regiones del Maule y Bío Bío, además de 30 cuidadores/monitores que trabajaban en el lugar. **Resultados:** La edad y el sexo de los residentes no muestran una relación significativa con las "habilidades de la vida diaria general". Sin embargo, se encontró relación entre la edad de los residentes y la sub escala "actividad y relaciones sociales"; a mayor edad, menor actividad y relaciones sociales de los usuarios. Respecto de la variable restrictividad del dispositivo se encontró que a menor restrictividad mayores habilidades básicas de la vida diaria en los residentes, especialmente en áreas como "habilidades domésticas" y "habilidades comunitarias". No se encontró relación entre las habilidades de la vida diaria de los residentes y el apoyo social percibido. No obstante, se vio que a mayor percepción de apoyo social, mayor "actividad y relaciones sociales" de los usuarios que viven en hogares y residencias protegidas. **Conclusiones:** La restrictividad del dispositivo al ser una variable relevante en las habilidades de la vida diaria de los residentes, debe ser considerada en la organización y estructura de los programas residenciales en Chile.

Palabras clave: Cuidados residenciales, habilidades básicas de la vida diaria, apoyo social, trastorno mental severo.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago (Chile): Ministerio de Salud 2001.
2. Lafuente S, Francisco J, Criado I, Covarrubias C. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2007; 27 (100): 319-31.
3. Aldaz AJ, Vázquez VC. Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. España: Siglo veintiuno de España Editores S.A; 1996.
4. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2007; 27 (99): 187-223.
5. Comunidad de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Atención Residencial Comunitaria y Apoyo al Alojamiento de personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica: Recursos Residenciales y Programas Básicos de Intervención. Madrid (España): Consejería de Familia y Asuntos Sociales 2007.
6. Larrobla C, Botega N. Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en América del Sur. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28 (1): 22-30.
7. Marcos DA, Topa CG. Salud mental comunitaria. España: Aranzadi SA; 2012.
8. Cohen H. Principios de la Salud Mental Comunitaria. En: Conferencia presentada con ocasión del Día Mundial de la Salud. El Salvador 2001.
9. Desviat, M. La Reforma psiquiátrica. Madrid: Ediciones DOR 1995.
10. Gisbert AC. Congreso Asociación Española de Neuropsiquiatría. En: Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. Oviedo: Asociación Española de Neuropsiquiatría 2003. p. 1-276.
11. Wong Y, Solomon P. Community Integration of Persons with Psychiatric Disabilities in Supportive Independent Housing: A Conceptual Model and Methodological Considerations. *Ment Health Ser Res* 2002; 4 (1): 13-28.
12. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Norma Técnica Sobre Hogares Protegidos. Santiago (Chile): Ministerio de Salud 2000.
13. Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental. Norma Técnica Residencias Protegidas para personas con Discapacidad de causa Psíquica. Santiago (Chile): Ministerio de Salud 2006.
14. Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental. Norma Técnica N° 90, Rehabilitación Psicosocial para personas mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad. Santiago (Chile): Ministerio de Salud 2006.
15. Sylvestre J, Nelson G, Sabloff A, Peddle, S. Housing for people with serious mental illness: A comparison of values an research. *Am J Community Psychol* 2007; 40 (1-2): 125-37.
16. Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Fábregas J, Vegué J. Estudio comparativo costo-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2009; 103 (29): 191-201.
17. Kloos B, Townley G. Investigating the Relationship between Neighborhood Experiences and Psychiatric Distress for Individuals with Serious Mental Illness. *Adm Policy Ment Health* 2011; 38 (2): 105-16.
18. Ramos RJ, Martínez LM, Cuevas YC, Perona GS, Laviana CM, Luque CP, *et al.* Alojamientos protegidos para enfermos mentales crónicos 1: Perfil epidemiológico, síntomas, calidad de vida y autoestima en dos muestras de sujetos. *Apuntes de psicología* 2003; 21 (1): 1-16.
19. Leibe M, Kallert T. Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes. *Eur Psychiatry* Ed Esp 2001; 8: 93-104.
20. Wright P, Kloos B. Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *J Environ Psychol* 2007; 27 (1): 79-89.
21. Brangier P. Problemas asociados a la recuperación de personas con problemas de salud mental de larga evolución [tesis doctoral]. España: Universidad de Granada; 2010.
22. Kyle T, Dunn J. Effects of Housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Soc Care Community* 2008; 16 (1): 1-15.
23. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fer-

- nández L, Moreno B, Maestro J. Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (II): características de los dispositivos residenciales. *Rehabilitación psicosocial* 2005; 2 (1): 16-27.
24. López M, García-Cubillana A, López L, Fernández M, 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. *Rehabilitación psicosocial* 2005; 2 (2): 56-63.
 25. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández M, Fernández L, Maestro J. Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (IV): perfiles funcionales y redes sociales de los residentes. *Rehabilitación psicosocial* 2005; 2 (2): 44-55.
 26. Navarro D, García-Heras S, Carrasco O, Casas B. Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención psicosocial* 2008; 17 (3): 321-36.
 27. Tsai J, Desai R, Rosenheck R. Social Integration of People with Severe Mental Illness: Relationships between Symptom Severity, Professional Assistance, and Natural Support. *J Behav Health Serv Res* 2012; 39 (2): 144-57.
 28. Sprioli N, Silva M. Cuidar en tiempos nuevos: el trabajo de cuidadores con pacientes psiquiátricos en residencias terapéuticas. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011; 19 (5): 1-8.
 29. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Estudio de Hogares Protegidos. Santiago (Chile): Ministerio de Salud 2000.
 30. Saldivia S, Grandón P, Silva F, Melipillán R. Informe Final Evaluación del Programa de Hogares Protegidos para pacientes con esquizofrenia. Concepción: Universidad de Concepción 2004.
 31. Jordá E, Espinosa J. El proceso de desinstitucionalización en la provincia de Valencia: estudio de los alojamientos utilizados mediante la escala de prácticas restrictivas. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona* 1990; 17 (2): 77-87.
 32. Jiménez J, Torres F, Laviana M, Luna J, Trieman N, Richard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del "Basic Everyday Living Skills" (BELS). *Actas Esp de Psiquiatr* 2000; 28 (5): 284-8.
 33. Rodríguez S, Carmelo H. Validación Argentina del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate* 2007; 7: 155-68.
 34. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Jimeno V. Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (III): características socio demográficas, clínicas y de uso de servicios de los residentes. *Rehabilitación psicosocial* 2005; 2 (1): 28-39.
 35. Ministerio de Salud; Organización Mundial de la Salud. Informe Who-Aims Sobre Sistemas de Salud Mental en Chile. Santiago (Chile): Ministerio de Salud 2006.
 36. Romero D. Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología* 2007; 23 (2): 264-71.
 37. Navarro D, Carrasco O. Diferencias de género en los síntomas y el funcionamiento psicosocial de personas con trastorno mental grave. *Revista psiquiatría.com* [serie en Internet]. [citado el 12 de agosto de 2013]; [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4345>.
 38. Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe, S. Research in supported Housing. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2002; 37 (7): 301-15.
 39. Sandoval C, Canales G. Funcionamiento psicosocial de personas con enfermedad mental desinstitucionalizadas: Una experiencia de rehabilitación psicosocial Costarricense. *Revista Costarricense de Psicología* 2009; 29 (41-42): 121-35.

Correspondencia:

Carolina Tapia C.

Salud Mental, Depto. de Gestión y Articulación de las Redes, Servicio de Salud Concepción, Ren-go N° 345, Concepción, Chile.

Teléfonos: +56 (41) 2688436-2688399.

E-mail: ctapia@ssconcepcion.cl