



Calidad de vida, alojamiento con apoyo y trastorno mental severo: el valor de la perspectiva socioeducativa en su recuperación

Omar García-Pérez¹; Carmen María Fernández García²; María de las Mercedes Inda Caro³

Recibido: septiembre 2015 / Evaluado: noviembre 2015 / Aceptado: noviembre 2015

Resumen. En el nuevo marco de atención comunitaria a personas con Trastorno Mental Severo (TMS), el alojamiento con apoyo se convierte en un componente crucial de intervención socioeducativa, constatando los efectos positivos para su recuperación y mejora de calidad de vida. El objetivo es analizar la calidad de vida de los usuarios de las viviendas supervisadas en Asturias y determinar en qué medida influyen en ella las variables socioclinicas, su funcionamiento personal y social y su apoyo social y comunitario. Se utilizan diversos instrumentos y entrevistas: Lancashire Quality of Life Profile-LQOLP; BELS-Basic Everyday Living Schedule; SBS-Social Behaviour Schedule; EMAS-Entrevista Mannheim de Apoyo Social y el Cuestionario de Apoyo Social Comunitario. Se obtienen resultados óptimos en: seguridad y actividades de tiempo libre; mejorables en: finanzas, trabajo, familia y estado de salud. Su funcionamiento básico-social repercute directamente sobre su calidad de vida, así como tener un empleo. El alojamiento con apoyo incrementa su calidad de vida, ayuda a mejorar su inclusión social y colabora en su recuperación. Se propone un cambio transformador en las políticas públicas sociosanitarias, destacando la trascendencia de la perspectiva socioeducativa para conseguir el desarrollo integral de la persona y un entorno comunitario favorable.

Palabras clave: calidad de vida; trastorno mental severo; vivienda; satisfacción con la vida; inclusión social.

[en] Quality of life, supported housing and persons with severe mental disorder: the value of socioeducational perspective on their recovery

Abstract. In the new framework of care for people with severe mental illness (SMI), supported housing becomes a crucial component of socioeducational intervention, noting the positive effects for recovery and improved quality of life.. The purpose of this paper is to assess the quality of life of supported housing user's in Asturias through different instruments and interviews: questionnaire collecting demographic and clinical variables, Social Behavior Schedule (SBS) and Basic Everyday Living Skills (BELS) Community Social Support Questionnaire, Interview Mannheim Social Support and Quality of Life Profile of Lancashire. -LQOLP. The profile of quality of life has been analyzed in terms of socio-clinics variables, personal-social functioning and social and community support. The

¹ Universidad de Oviedo (España)
E-mail: garciaomar@uniovi.es

² Universidad de Oviedo (España)
E-mail: fernandezcarmen@uniovi.es

³ Universidad de Oviedo (España)
E-mail: indamaria@uniovi.es

results show optimal outcomes in safety and leisure activities; on the other hand finances, work, family and health must be improved. It can also be concluded that people's quality of life is influenced by the fact of having a work and by their basic and social skills. To sum up, supported housing increases these people's quality of life, helps to improve their social inclusion and contributes to recover their vital project. A transformational change in the public policy is proposed. Moreover, this change is crucial to emphasize the pedagogical perspective for the integral development and to promote a favorable community environment.

Keywords: quality of life; severe mental illness; supported housing; satisfaction with life; social inclusion.

Sumario. 1. Introducción. 2. Calidad de vida y alojamiento con apoyo para personas con trastorno mental severo. 3. Método. 4. Resultados. 5. Discusión. 6. Consideraciones finales. 7. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: García-Pérez, O.; Fernández García, C.M. y Inda Caro, M-M. (2017). Calidad de vida, alojamiento con apoyo y trastorno mental severo: el valor de la perspectiva socioeducativa en su recuperación. *Revista Complutense de Educación*, 28 (2), 573-590.

“El modo en que una sociedad atiende y trata a sus “locos” da cuenta, de forma privilegiada, de la catadura moral de esa sociedad.”
Rivas-Guerrero (2003, p.60).

1. Introducción

Los procesos de reforma y desinstitucionalización de los servicios psiquiátricos, junto al cambio de consideración de las personas con Trastorno Mental Severo (TMS) como ciudadanos de pleno derecho, han aumentado el interés en el análisis de su calidad de vida. En este sentido, se ha ido imponiendo en Europa, Estados Unidos y América Latina un modelo organizativo de tipo comunitario con un enfoque más integral y holístico que tiene en cuenta todas las dimensiones de la persona con el fin de mejorar su recuperación y calidad de vida (Anthony, 2000). De este modo, más allá de la sintomatología, estas personas sufren un enorme costo económico, educativo, laboral y social, que unido a determinadas políticas y comportamientos sociales derivados del imaginario social del TMS, reducen sus oportunidades y calidad de vida, impidiendo la recuperación de su proyecto vital (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

Sin embargo, tanto a nivel nacional como internacional, la mayor parte de estudios y programas de intervención continúan bajo el modelo clínico y el tratamiento individual de reducción de síntomas (Bowersox *et al.*, 2012), cuando hay evidencias de que la mejora de su calidad de vida no se consigue mediante un enfoque exclusivamente psiquiátrico (Matejkowski *et al.*, 2013).

Desde esta perspectiva, nuestra mirada sobre el TMS trata de captar la dimensión socioeducativa y destaca su importancia a la hora de ayudar, asesorar, orientar y apoyar en los procesos de empoderamiento que les doten de recursos necesarios para el incremento de su calidad de vida e inclusión social en la comunidad (García-Pérez, 2013a, 2013b; García-Pérez y Torío-López, 2014).

En este sentido, se busca potenciar la autonomía de la persona como objetivo pedagógico primordial de un enfoque global de intervención fuera de una

institución cerrada; esta concepción implica, ineludiblemente, la participación de diferentes agentes y profesionales, cuyos referentes clave son la emancipación y transformación social (García-Pérez, 2013a). Será fundamental, por tanto, que la dimensión socioeducativa articule sus propuestas en torno a dos procesos indisociables: la construcción comunitaria y la participación democrática, promoviendo una sociedad que eduque y una educación que socialice e integre (Caride, 2005; Caride, Gradaïlle y Caballo, 2015); concibiendo la educación como un esfuerzo permanente y crítico de desocultación de verdades (Freire, 1990).

Por tanto, el objetivo de la recuperación estará incompleto sin la dimensión socioeducativa que acompañe y apoye su proyecto vital, dedicada a mejorar los conocimientos, competencias y aptitudes desde una perspectiva personal, cívica, social y laboral (Comisión de las Comunidades Europeas, 2001). De este modo, las comunidades locales constituyen el ámbito adecuado para la mejora de su calidad de vida (De Heer-Wunderink *et al.* 2012); y es aquí, en la comunidad, donde resulta determinante el apoyo a la vivienda, ofreciendo un espacio de recuperación de la persona en el propio entorno (Polvere, Macnaughton y Piat 2013).

2. Calidad de vida y alojamiento con apoyo para personas con trastorno mental severo

Aunque la definición del concepto “calidad de vida” no ha alcanzado un consenso claro, se ha convertido en una dimensión fundamental de evaluación sobre los efectos de servicios ofrecidos a personas con TMS (Hansson, 2006), quienes reportan consistentemente una calidad de vida más baja que la población general, viendo limitadas sus opciones de vida por factores estructurales como la pobreza o desigualdad (Patterson *et al.*, 2013). La importancia del concepto aumenta, si cabe, al evidenciar que la calidad de vida está íntimamente relacionada con la inclusión social y con el objetivo de recuperación (Bowersox *et al.*, 2012; Conell *et al.*, 2012; De Heer-Wunderink *et al.*, 2012), principio rector de los servicios de salud mental en la actualidad.

La evaluación de la calidad de vida, según coinciden gran parte de autores (Angermeyer y Kilian, 1997; Connell *et al.*, 2012; Hansson, 2006; Gutiérrez-Maldonado *et al.*, 2012; Lehman, 1988; Oliver *et al.*, 1996), incluye indicadores objetivos sobre una amplia variedad de aspectos como el funcionamiento personal, ingresos económicos, empleo, status residencial, actividades de ocio, ocupacionales, educación, acceso a recursos, autonomía, etc. Por otro lado, debe incluir elementos subjetivos que valoren el grado de satisfacción o bienestar alcanzado por las personas, partiendo de su propia percepción, en áreas vitales como relaciones, familia, actividad recreativa, salud, etc.

En este sentido, las personas con TMS atendidas en la comunidad han mostrado una calidad de vida mejor en comparación con los pacientes en entornos hospitalarios (Brunt y Hansson, 2004; Priebe *et al.*, 2002) con un efecto de normalización en su día a día (De Heer-Wunderink *et al.*, 2012). Así, la calidad de vida mejora cuando las personas pasan de estar en entornos sanitarios restrictivos a alojarse en la comunidad (Björkman y Hansson, 2002).

Por este motivo, la adquisición de una vivienda digna proporciona un punto de inflexión que permite comenzar a trabajar en su recuperación y lograr otros objetivos de vida (Ridgway, 2008). Asimismo, como indican Rogers, Kash-Macdonald y Olschewski (2009), aparte del tratamiento, probablemente no hay área de servicios más importante para la recuperación de las personas con TMS que la prestación de servicios de vivienda sobre los que ofrecer apoyos socioeducativos flexibles e individualizados en función de sus necesidades.

Esta importancia reside en los efectos positivos evidenciados del alojamiento con apoyo, que mejora de calidad de vida, tanto objetiva como subjetiva, de sus usuarios (Hubley *et al.*, 2014). Destacamos, entre otros, los siguientes resultados: ofrecen estabilidad residencial; mejoran el funcionamiento básico y la integración social; reducen síntomas psiquiátricos y la incidencia de hospitalización; mejoran la vinculación con recursos comunitarios; aumentan la satisfacción con su propia vida; producen un gran sentido y pertenencia de hogar; además, son rentables debido a que se reducen costes como consecuencia de un menor uso de servicios (Fakhoury *et al.*, 2002; López *et al.*, 2004; Nelson, 2010; Nelson, Aubry y Hutchinson, 2010; Pleace y Wallace, 2011; Pleace y Quilgars, 2013; Rogers *et al.*, 2009; Ridgway, 2008; Stanhope y Dunn, 2011; Tsemberis, 2010).

Así pues, la prestación de servicios residenciales se convierte en la “base para imaginar un futuro diferente” (Polvere *et al.*, 2013, p.111), además de un elemento clave sobre el que construir una intervención socioeducativa que mejore su calidad de vida (García-Pérez y Torío-López, 2014).

En el Principado de Asturias, al no existir un programa autonómico de atención residencial para personas con TMS, coexisten tres tipos de organización de viviendas que ofrecen servicios y funciones similares: a) Aquellas cuyo apoyo se establece a través de la Fundación Asturiana de Atención y Protección a Personas con Discapacidades y/o Dependencias (FASAD); b) Aquellas cuya gestión es llevada a cabo por otra institución social, Fundación Siloé.; c) Aquellas que dependen directamente de los servicios de Salud Mental (ver García-Pérez, 2013; García-Pérez y Torío-López, 2014).

Todas ellas tienen como objetivo fundamental proporcionar al usuario un soporte psicosocial y pedagógico en su proceso de inserción, abarcando diferentes ámbitos como alojamiento, manutención, habilidades personales, sociales, ocio y tiempo libre..., hasta adquirir las competencias necesarias que permitan una vida autónoma plena (García-Pérez y Torío-López, 2014).

Por todo ello, el trabajo que se presenta en estas líneas tiene el propósito de exponer el nivel calidad de vida de las personas con TMS que residen en las viviendas supervisadas de Asturias, e intentar determinar qué aspectos inciden en ella, con el fin de plantear diversos escenarios para su mejora.

3. Método

Se trata de una investigación que combina la perspectiva cuantitativa y cualitativa, orientada a la comprensión de la realidad, al cambio y a la transformación social que mejore y dé sentido a programas y políticas sociales. La técnica de recogida de información ha sido la entrevista, recurso esencial a la hora

de atender necesidades y demandas y otorgar el empoderamiento a la propia persona en su proceso de recuperación (García-Pérez, 2013a, 2013b).

Tras la obtención del consentimiento informado por parte de los participantes y el cumplimiento del Código Ético de las instituciones implicadas, las entrevistas han sido realizadas por un único entrevistador formado para tal fin.

3.1. Muestra

Para la elección de la muestra se ha seguido un muestreo no probabilístico, a conveniencia, de modo que la muestra englobaba a toda la población objeto de estudio existente en el Principado de Asturias: las siete viviendas supervisadas para personas con TMS y sus usuarios.

Personas con TMS que habitan en las viviendas supervisadas. La muestra está formada por 21 usuarios, alojados en todas las viviendas supervisadas en funcionamiento (7), (grado de participación del 95,45%). El 52,4% son mujeres y el 47,6% hombres. La edad media de los participantes es de 42,81 (DT=8,40). Son solteros (85,7%) y tienen un bajo nivel de estudios (38,1% terminaron EGB o estudios primarios; 33,3% Secundaria). Además, un 9,5% tiene empleo, el 66,7% está en desempleo y un 23,8% están jubilados. La media de ingresos económicos es de 421 euros (DT=230,72). Por otra parte, el 90,5% presentan un diagnóstico de esquizofrenia, principalmente, paranoide. La edad media de inicio de la enfermedad es de 23,7 años (DT=7,37). Han sufrido una media de 3,11 ingresos por usuario (DT=2,35) en servicios de salud mental. El 95% ha de seguir tratamiento farmacológico y llevan en el alojamiento una media de 30 meses (DT=30,27).

3.2. Instrumentos

Habilidades Básicas de la Vida Diaria (BELS) (Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental, 2000). Evalúa las habilidades específicas básicas de convivencia diaria en personas que sufren un trastorno mental de larga duración. Explora cuatro áreas de funcionamiento: autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias, actividad y relaciones sociales, con buen nivel de fiabilidad en su adaptación española (Jiménez et al., 2000).

Inventario de Conducta Social (SBS- Social Behaviour Schedule) (Wykes y Sturt, 1986). Evalúa en 21 preguntas la capacidad del sujeto para relacionarse con los demás, la adecuación de su comportamiento social y la adaptación a las exigencias del medio donde vive, mediante una escala tipo Likert, con buenos resultados de fiabilidad test-retest (Salvador-Carulla et al., 1998).

Cuestionario de Apoyo Social Comunitario (Gracia, Herrero y Musitu, 2002). Consta de 25 ítems, distribuidos en tres escalas, en las que evalúa cuatro dimensiones: Integración Comunitaria, Participación Comunitaria, Apoyo Social en Sistemas Informales y Apoyo Social en Sistemas Formales. El instrumento muestra un alto grado de fiabilidad y validez.

Entrevista Mannheim de Apoyo Social (EMAS) (Veiel, 1990). Analiza la red de apoyo social y evalúa cuatro categorías generales de apoyo: Apoyo Psicológico Cotidiano; Apoyo Instrumental Cotidiano; Apoyo Psicológico en Crisis; y Apoyo

Instrumental en Crisis. Su adaptación española evidencia un coeficiente de correlación moderado-alto, en cuanto a fiabilidad test-retest, para un intervalo de seis semanas (Vázquez y Jiménez, 1994).

Perfil de Calidad de Vida de Lancashire.-LQOLP- (Oliver et al., 1997) Consta de 105 elementos que evalúan el bienestar global de la persona, su autoconcepto, así como el bienestar, en nueve áreas principales de la vida tanto desde una perspectiva subjetiva como objetiva: Trabajo/educación, tiempo libre/participación de actividades recreativas, religión, finanzas, alojamiento, problemas legales y de seguridad ciudadana, relaciones familiares, relaciones sociales, salud. Incluye 2 escalas para medir el estado afectivo y la autoestima del paciente y una de valoración por parte del entrevistador (Uniescala). La versión española adaptada por Vázquez-Barquero et al. (1997), determina su adecuada validez y fiabilidad.

3.3. Variables y análisis

Se efectúan los análisis descriptivos de las variables objeto de estudio y se estudia la calidad de vida en función de la situación socioclínica, funcionamiento personal y social y el apoyo sociocomunitario (ver tabla1). Debido al tamaño de la muestra ($n < 30$ personas) y a que la mayor parte de variables se encuentran fuera de la curva de normalidad, se emplean las siguientes técnicas no paramétricas: H de Kruskal-Wallis para el análisis de todas las variables de satisfacción y calidad de vida, (variables continuas), con variables categóricas politómicas, tales como el nivel de estudios o su situación laboral; U de Mann Whitney para el análisis de variables de calidad de vida con variables categóricas dicotómicas como el género; estadístico de correlación Spearman para el análisis de variables de calidad de vida y todas las variables del funcionamiento personal, social y apoyo social y comunitario (ver tabla1). El tratamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico IBM-SPSS Statistics 22. En cuanto a la parte cualitativa, se realizaron análisis de contenido de las diferentes entrevistas.

4. Resultados

En el presente apartado se muestra el grado de satisfacción de los usuarios de las viviendas y se evalúa su calidad de vida en función de las características socioclínicas, funcionamiento básico y social y su red apoyo social y comunitario.

Calidad de Vida y Satisfacción	Variables Socioclínicas	Funcionamiento personal-social	Apoyo Social-Comunitario
Vida conjunto hoy	Género	Autocuidado	Integración comunitaria
Ocupación	Edad	Habilidades domésticas	Participación comunitaria
Dinero gana	Nivel estudios	Habilidades comunitarias	Apoyo social sistemas informales
Cosas hace casa	Lugar residencia previo	Actividad y relaciones sociales	Apoyo social sistemas formales
Cosas hace fuera	Situación laboral	Funcionamiento social	Apoyo psicológico cotidiano
Ver TV, oír radio	Edad comienzo enfermedad	Problemas conducta grave	Apoyo instrumental cotidiano
Situación financiera	Restricción viviendas		Apoyo psicológico crisis
Dinero diversión			Apoyo instrumental crisis
Condiciones piso			Red de apoyo social
Influencia ejerce piso			
Nivel de independencia			
Estar viviendo compañeros			
Intimidad piso			
Continuar piso más tiempo			
Volver recurso sanitario			
Seguridad personal			
Seguridad vecindario			
Familia en general			
Relación familiares			
Relación otras personas			
Número amigos			
Estado general salud			
Frecuencia visita médico			
Bienestar psíquico			
Dimensiones Calidad Vida			
Trabajo			
Tiempo Libre			
Religión			
Finanzas			
Alojamiento			
Seguridad			
Familia			
Relaciones Sociales			
Salud			

Tabla 1.- Variables de estudio. *Perfil de Calidad de Vida de los usuarios de las viviendas supervisadas*

Valoración Global

Satisfacción Vital Global
Pensamiento vida globalmente
Lugar escalera vida actual
Uniescala calidad de vida
entrevistador

Tabla 2 (cont.).- Variables de estudio. *Perfil de Calidad de Vida de los usuarios de las viviendas supervisadas*

Los usuarios de las viviendas manifiestan estar indiferentes respecto a su satisfacción general con la vida (tabla2). La mayor parte están satisfechos con su bienestar general, aunque varios muestran disconformidad con su vida, deseando “*ser normal y poder hacer lo que hace la gente normal, trabajar, salir...*” (U-14)⁴. La valoración que efectúan en los diferentes dominios, ordenados de mayor a menor satisfacción es: seguridad, tiempo libre, relaciones sociales, alojamiento, finanzas, salud, ocupación, religión y, por último, la familia.

Grado de satisfacción con...	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
Vida en conjunto actualmente	4,67	1,111	-,950	,349
Ocupación	4,42	,753	-,313	-,104
Dinero que gana	3,14	1,236	,931	-,125
Cosas hace casa	4,76	,700	-1,562	2,766
Cosas hace fuera	4,71	,956	-1,254	2,328
Ver TV, oír radio	4,57	,811	-1,499	4,161
Situación financiera	4,05	1,322	-,813	-,214
Dinero gasto diversión	3,95	1,431	-,814	-,283
Condiciones piso	5,14	,910	-,745	2,076
Influencia que ejerce piso	3,71	1,056	-,771	,745
Nivel independencia	4,62	1,117	-,806	,087
Estar viviendo compañeros	4,71	1,007	-1,305	1,767
Intimidación piso	4,38	1,359	-1,175	,859
Seguir viviendo piso más tiempo	3,95	1,431	,205	-1,471
Volver recurso sanitario	1,72	1,526	1,198	2,287
Seguridad personal	4,71	,902	-1,170	,577
Seguridad vecindario	4,76	,995	-1,489	2,336
Familia en general	3,71	1,271	,274	-,874
Relación familiares	3,48	1,209	,437	-,774
Relación otras personas	4,71	,845	-,482	,045
Número amigos	4,19	1,250	-,736	,395
Estado general salud	3,62	1,359	-,145	-,950
Frecuencia visita médico	4,43	1,076	-1,794	4,263

⁴ Las frases entrecomilladas y en cursiva que aparecen en el presente apartado de resultados corresponden a palabras textuales de los usuarios manifestadas en las entrevistas. La simbología posterior identifica a los participantes en el estudio.

Bienestar psíquico	3,71	1,231	,073	-1,157
Trabajo	3,62	2,256	-,067	-,950
Tiempo Libre	4,69	1,687	-1,186	3,120
Religión	3,62	1,375	,953	3,390
Finanzas	4,00	2,739	-,791	-,317
Alojamiento	4,00	3,937	-,549	,947
Seguridad	4,74	1,401	-,851	,881
Familia	3,60	2,272	,588	-,319
Relaciones Sociales	4,45	1,609	,170	-,307
Salud	3,92	2,700	,043	-1,445
Satisfacción Vital Global	4,14	9,373	,517	,128

Tabla 3. Estadísticos descriptivos Calidad de Vida Subjetiva.

Las personas que disponen de un empleo reflejan altos índices de satisfacción. Para quienes están en desempleo, *“no es una situación agradable”*(U-18), anhelando una ocupación diaria que les despierte sentimiento de utilidad, más allá del dinero. Respecto al tiempo libre, aun siendo la segunda dimensión mejor valorada, manifiestan tener a su alcance escasas posibilidades de ocio por restricciones propias del ambiente interno del programa, como salidas nocturnas. Por otra parte, un 47,6% de residentes están descontentos o muy descontentos con su familia, por diversas razones: *“me dan de lado, me tienen miedo y no me quieren con ellos”*(U-14), *“tienen su propia familia y es lógico que no tengamos tanta relación”*(U-6), *“no me llaman ni preguntan por mí y todavía no sé por qué”*(U-5).

En cuanto al estado de salud general, es mayoritario el grupo de personas insatisfechas, que engloba al 47,6% de la muestra; dicen estar *“hartas”* de su enfermedad, expresando gran malestar por ser *“pacientes crónicos”*: *“no me voy a curar nunca, y mejor de lo que estoy ahora creo que tampoco”*(U-8). Otras añaden *“¿cómo voy a estar satisfecha con mi salud con lo que tengo?”*(U-11). EL 33,4% de los usuarios expresa satisfacción, tanto con su salud general como con su bienestar físico actual, pero tomando como referencia estados anteriores, *“comparándolo con hace algún tiempo, ahora estoy muy bien, muy estable y tranquila...Hace tiempo que no tengo alucinaciones y estoy contenta”*(U-1). Los usuarios destacan su buen nivel de independencia dentro del alojamiento (47,6%), su satisfacción con los compañeros de piso (61,9% están contentos) o el grado de intimidad (61,9% están contentos o muy contentos). Sin embargo, no desean vivir allí permanentemente, no es su objetivo vital: *“nada más que me recupere y pueda salir de aquí me voy a poner a trabajar y vivir con mi novio”* (U-21); o mostraban cierta resignación: *“claro que me gustaría poder tener un buen trabajo, mi casa, una novia, pero dónde voy con lo que tengo”*(U-7). Además, el descontento aumenta cuando se habla del grado de influencia que ejercen en el funcionamiento del piso, debido a que *“controlan hasta los yogures que comemos y no me hacen caso cuando digo cosas para mejorar o para tomar decisiones, ya que viene ya todo hecho desde arriba”*(U-4). Otro de los residentes estaba disconforme con esta situación pero intentaba adaptarse a las exigencias del programa: *“sé que esto es así, sabía a lo que venía, y tengo que intentar acostumbrarme a cómo funciona esto, porque sé que me va a ayudar”*(U-8). Otros muestran un alto grado de conformismo, debido a las diferencias de expectativas entre los residentes: *“llevo*

toda la vida haciendo lo que la gente me dice así que por qué cambiar ahora, así me ahorro problemas”(U-17).

4.1. Autoestima y autovaloración

Se constata que la mayoría de los residentes han sentido que las cosas estaban yendo como deseaban (66,7%), se han sentido orgullosos por algún motivo en particular (61,9%), contentos (66,7%). Por otro lado, también han experimentado estados de ánimo no tan positivos, ya que han estado intranquilos (76,2%), no han experimentado la sensación de sentirse *en la cima del mundo* (76,2%), se han aburrido (66,7%), han estado deprimidos o tristes (52,4%) o se han sentido solos y aislados de la gente (52,4%). Por otro lado, su nivel de autoestima alcanza un 6,60 sobre una puntuación máxima de 10 lo que, unido a una puntuación de cinco sobre diez en estado de ánimo, deja patente la necesidad de un trabajo socioeducativo que fomente la actividad y dé salida a sus necesidades de ocio y tiempo libre, de animación sociocultural y de formación para el empleo.

4.2. Valoración global de vida y uniescala de calidad de vida

La mayoría de residentes coincide en señalar que su vida ha sido regular (61,9%), *“encontrando muchos palos y problemas en el camino”*(U-20), sin conseguir los objetivos vitales propuestos. Por otra parte, el 19% de los usuarios considera su vida bastante feliz en conjunto, *“aunque me puse malo y no pude terminar de estudiar ni empezar a trabajar, siempre tiré para adelante y bastante feliz en general”*(U-13). Sin embargo, el mismo porcentaje considera que no han sido nada feliz por situaciones desagradables sufridas. La valoración que realizan de su vida globalmente es dispar (42,9% se encuentran satisfechos o muy satisfechos; 33,4% están descontentos y un 4,8% no puede estar peor).

	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
Pensamiento vida globalmente	3,95	1,244	-,591	-,050
Lugar escalera vida actual	5,80	1,989	-,317	,555
Uniescala calidad de vida entrevistador	5,00	1,581	-,503	,922

Tabla 4. Valoración y uniescala de calidad de vida.

Para concluir con la valoración de su bienestar general actualmente, medida según la escala de Cantrill, la puntuación media de los usuarios es de 5,8 sobre un máximo de 10, encontrándose su vida en un punto medio respecto a lo peor que ha pasado y lo mejor que podría sucederle, de modo que *“ahora estoy normal”*, *“mal aquí no estoy pero espero que lo mejor esté por llegar”*, etc.

4.3. Variables socioclínicas y calidad de vida

En cuanto al género, no se han detectado diferencias, al igual que ocurre con la edad, el nivel de estudios, el lugar de residencia previo, los ingresos económicos mensuales, el diagnóstico, el tiempo que llevan en el piso o el nivel de restricción de las viviendas supervisadas. En cambio, sí se constatan diferencias en función de

la edad de comienzo de la enfermedad respecto a su satisfacción con la ocupación diaria ($rs=-0,92;p=0,008$) y la satisfacción respecto a su bienestar físico; aquellas personas que padecen la enfermedad de forma más tardía, presentan menor grado de satisfacción con su ocupación, probablemente debido a que ya habían iniciado estudios universitarios, tenían empleo e incluso, alguna persona estaba casada y con familia. Asimismo, tienen mayor satisfacción con su bienestar psíquico.

Sin embargo, si alguna variable destaca por encima del resto es la *situación laboral*. Las personas que se encuentran en situación de desempleo presentan una peor opinión de su vida en conjunto que los que obtuvieron la jubilación o están trabajando, aun siendo un empleo a media jornada ($\chi^2=10,57;p=0,005$), están insatisfechos con su situación financiera ($\chi^2=6,66;p=0,036$) y con el dinero del que disponen para diversión ($\chi^2=6,80;p=0,033$). Se sienten menos seguros en el vecindario ($\chi^2=8,05;p=0,030$), siendo los jubilados los más contentos en este sentido, y se muestran disconformes con el número de amigos que tienen ($\chi^2=7,02;p=0,030$). Además, valoran peor su vida globalmente ($\chi^2=6,13;p=0,047$) y están más insatisfechos con su ocupación diaria ($\chi^2=0,06;p=0,048$), finanzas ($\chi^2=6,74;p=0,034$), relaciones sociales ($\chi^2=6,02;p=0,049$) y satisfacción global con su vida ($\chi^2=8,07;p=0,018$).

4.4. Funcionamiento básico, funcionamiento social y calidad de vida

El funcionamiento personal no presenta incidencia sobre su calidad de vida subjetiva. Sí lo tiene el funcionamiento social con su satisfacción del bienestar psíquico ($rs=0,514;p=0,017$), con la consideración de su vida actual ($rs=0,444;p=0,044$), con la escala general de salud ($rs=0,453;p=0,039$) y con la calidad de vida considerada por el entrevistador del instrumento ($rs=0,693;p=0,000$). En este sentido, a mejor funcionamiento social, mayor satisfacción con su vida y mejor calidad de vida. Lo mismo ocurre si analizamos la calidad de vida en función del número de problemas de conducta grave, por cuanto mayor número de conductas disruptivas, peor será la calidad de vida general ($rs=-0,542;p=0,011$) y su salud ($rs=-0,445;p=0,043$).

4.5. Apoyo social y calidad de vida

La red social y el apoyo social comunitario sólo tienen influencia respecto a la satisfacción familiar. De este modo, aquellas personas que disponen de un mayor apoyo psicológico en tareas cotidianas ($rs=0,561;p=0,008$) y un mayor apoyo instrumental en situaciones de crisis ($rs=0,519;p=0,016$), expresan estar más contentos en la escala de satisfacción con la familia, por cuanto siguen siendo una fuente de apoyo importante.

5. Discusión

Los usuarios de las viviendas supervisadas están moderadamente satisfechos con diversos ámbitos de su vida cotidiana, con sus actividades, su bienestar general, su tiempo libre y su seguridad ciudadana. Sin embargo, el descontento

umenta en temas relacionados con su situación financiera, trabajo, familia, estado de salud y bienestar psíquico. La mayoría de las personas considera que su vida ha sido “regular” y casi todos coinciden señalando el dinero, trabajo, vivienda propia y curarse como elementos que mejorarían considerablemente sus vidas. Carecen de empleo y del nivel formativo necesario para la consecución de un puesto laboral de calidad. Además, disponen de pocos recursos económicos, con bajos niveles de participación e integración comunitaria y con limitados apoyos en su red social, muy vinculada a la familia y a los profesionales de salud mental y de las viviendas. Estos aspectos son coincidentes con diversos estudios en programas de alojamiento con apoyo como el de Yeich *et al.*, (1994) en Estados Unidos, el de Fakhoury, Priebe y Quraishi (2005) en el Reino Unido o los de Connell *et al.* (2012), Hansson (2006) o Matejkowski *et al.* (2013). Analizando dimensiones objetivas, estas personas tendrían dificultades para atender autónomamente sus necesidades de alojamiento y para acceder y mantenerse en una vivienda digna y adecuada. De hecho, según apunta Ridgway (2008), las personas con discapacidades psiquiátricas tienen, por lo menos, un riesgo diez veces superior a la población general de convertirse en personas sin hogar, de ahí la importancia del alojamiento para la recuperación.

Asimismo, destacamos que apenas se establecen diferencias significativas en la calidad de vida subjetiva con las variables sociodemográficas y clínicas, al igual que ocurre en otros estudios (Björkman y Hansson, 2002; Caqueo y Lemos, 2008; Lafuente *et al.*, 2007). Sin embargo, un aspecto marca la diferencia en cuanto a la calidad de vida: la situación laboral. El tener empleo es la mayor fuente de deseo de los participantes en la investigación y es un elemento clave en la calidad de vida.

Por otro lado, el funcionamiento básico y social sí juega un papel más activo en el concepto de calidad de vida, de modo que deficiencias en competencias básicas, comportamentales y de relaciones sociales, originan peores resultados en diferentes dimensiones del constructo de calidad de vida subjetiva. Estos resultados sugieren que las expectativas individuales juegan un papel elemental en la configuración de su bienestar general y en las diferentes dimensiones de satisfacción, más allá de la vivienda en sí (Patterson *et al.*, 2013), ya que el funcionamiento interno de las viviendas en Asturias no afecta para su nivel de calidad de vida objetiva ni subjetiva. Este hecho puede deberse, tal y como Leiß y Kallert (2001) expresan, a que estas personas evalúan su nivel de vida a partir de las vivencias pasadas, de sus necesidades y propósitos, que muchas veces se ven reducidos con la enfermedad, por lo que también reducen sus propias expectativas, de modo que más de un usuario opinaba que “*después de la vida que llevé, ahora estoy en la gloria, tranquila, no necesito más*” (U14).

Del mismo modo, observamos que la red de apoyo social, su integración y participación comunitaria son importantes para la recuperación de las personas con TMS, pero no ejercen gran influencia en su calidad vida subjetiva (exceptuando el apoyo familiar), al contrario que otras investigaciones (Gutiérrez-Maldonado *et al.*, 2012).

Para finalizar, la calidad de vida de los usuarios también es variable, relativamente baja en algunos casos y muy buena en otros, a quienes sólo les falta un mayor apoyo comunitario que permita un paso más para su inserción plena en la sociedad.

Así pues, la satisfacción de los usuarios no depende de un único factor sino que se trata de un aspecto de procedencia multicausal.

Por tanto, aunque las características metodológicas de esta investigación impiden generalizar los resultados y evidenciar que las mejoras percibidas en los usuarios tengan como causa directa su residencia en las viviendas, parece importante continuar este enfoque de investigación que contempla múltiples dominios y considerar la utilidad de sus resultados para gestores, profesionales, trabajadores y participantes de los programas.

6. Consideraciones finales

Las viviendas supervisadas aportan una estructuración y mejora de las condiciones de vida, una oportunidad de aprender y mejorar y ofrece una calidad de vida mayor que el alojamiento anterior, de modo que todos los usuarios recomiendan el acceso a este tipo de viviendas. Sin embargo, aunque el alojamiento con apoyo mejore su calidad de vida, todavía es mejorable y no desean que se convierta en su residencia permanente.

Así pues, sostenemos como ya lo hicieron Patterson *et al.* (2013) y Hubley *et al.* (2014), que la calidad de vida subjetiva es, quizás, la variable más adecuada para evaluar la efectividad de diferentes intervenciones, incluida la vivienda. En este sentido, las personas con TMS son los mejores jueces de su calidad de vida debido a que percibimos e interpretamos el mismo evento de manera muy diferente dependiendo de nuestras propias expectativas, perspectivas y experiencias vividas. De este modo las medidas objetivas no se corresponden con la capacidad de una persona para responder a los diferentes acontecimientos vitales, mientras que las variables subjetivas de calidad de vida reflejan demandas, necesidades, experiencia y expectativas propias, que influyen en el éxito de cualquier programa socioeducativo y en el intento de un cambio transformador.

Esta ambigüedad en la evaluación de calidad de vida, nos lleva a considerar dos aspectos interrelacionados sobre los que se debe incidir, ya que pueden determinar la inclusión social y calidad de vida de las personas. Por un lado, la teoría del intercambio social (Connell *et al.*, 2012), la cual indica que toda interacción puede generar respuestas positivas o negativas, pudiendo provocar síntomas de estrés, ansiedad y ser perjudiciales, por lo que se va generando una respuesta de evitación, reduciendo su calidad de vida (Hansson, 2006). Por otro, el efecto del estigma social y el autoestigma o internalización del estigma (Connell *et al.*, 2012; Corrigan *et al.*, 2009; Mashlach-Eizenberg *et al.*, 2013), consistente en que las personas con TMS son conscientes del estigma público hacia la enfermedad mental y adoptan esas actitudes estigmatizantes. Como consecuencia, los usuarios llegan a asimilar lo que Corrigan *et al.*, (2009) denominaron el modelo de "*¿por qué intentarlo?*" el cual sugiere que personas con TMS, como resultado del estigma internalizado, reducen su autoestima y autoeficacia, hechos que se aprecian en el presente estudio, y les hace cuestionarse su capacidad para participar en la comunidad y, por ende, dificultar su inclusión social.

De este modo, la intervención en las viviendas debería basarse en una relación educativa individualizada y personalizada, en la que el usuario sea protagonista de

la acción y no sólo objeto de atención (Caride, 2005). En este sentido, se ha evidenciado que su participación en la toma de decisiones y elección de vivienda en base a su preferencia tienen un impacto significativo sobre la mejora de la calidad de vida (O'Connell *et al.*, 2006; Piat y Sabetti, 2011).

Además, deben incrementarse los esfuerzos de intervención y política socioeducativa en tres aspectos básicos: educación, trabajo y acceso a una vivienda digna. Respecto a la educación, a pesar de que los jóvenes con TMS no disponen de la formación reglada que dé derecho a un empleo remunerado a causa de su enfermedad (De Heer-Wunderink *et al.*, 2012), diversos programas de educación con apoyo han demostrado un aumento de la inclusión social y calidad de vida (Mowbray *et al.*, 2005). En cuanto al trabajo, los resultados de este estudio han verificado que disponer de empleo es un elemento clave en la configuración de su calidad de vida. Por último, la vivienda digna es un derecho social que se ha convertido, actualmente, en un privilegio. Sería esencial que desde los servicios públicos se brinden los apoyos necesarios para la adecuada provisión de plazas en alojamientos con apoyo, respetando la recomendación establecida a nivel nacional de un mínimo de 20 plazas por cada 100 mil habitantes (García-Pérez, 2013a). En efecto, España tiene unas tasas de dotación residencial muy por debajo de otros lugares europeos como Londres (43,2 plazas por cada 100 mil habitantes) y Copenhague con 250 plazas (López *et al.*, 2004).

En síntesis, estas personas se encuentran en continua desigualdad, tanto en oportunidades de empleabilidad y formación como para conseguir de facto ese empleo, lo que perpetúa la desigualdad en el tiempo (Formichella y London, 2013). Los servicios públicos deberían optar por romper ese orden social, consolidando el renovado concepto de ciudadanía de las personas con TMS y atribuyendo a la dimensión pedagógica una posición fundamental ya desde los inicios de la enfermedad, reflejando el compromiso con un colectivo que, aunque vulnerable, constituye una fuente de aprendizaje indiscutible (Ayuste y Payá, 2014; Manthey, Goscha y Rapp, 2015).

Para finalizar, concluiremos con unas palabras de Jaques Delors (1996), que expresan la importancia de la labor pedagógica en nuestra sociedad y que, trasladadas a la temática central de este trabajo, nos evocan el papel fundamental de la perspectiva educativa en la recuperación de las personas con TMS y su calidad de vida:

“La utopía orientadora que debe guiar nuestros pasos consiste en lograr que el mundo converja hacia una mayor comprensión mutua, hacia una intensificación del sentido de la responsabilidad y de la solidaridad, sobre la base de aceptar nuestras diferencias espirituales y culturales. Al permitir que todos tengan acceso al conocimiento, la educación tiene un papel muy concreto que desempeñar en la realización de esta tarea universal: ayudar a comprender el mundo y a comprender al otro, para así comprenderse mejor a sí mismo.” (p.54)

7. Referencias bibliográficas

- Angermeyer, M.C., y Kilian, R. (1997). theoretical Models of Quality of Life for Mental Disorders. En Katschnig, H., Freeman, H. y Sartorius, N. (Eds.). *Quality of Life in Mental Disorders* (pp.19-30). Nueva York: Wiley.
- Anthony, W.A. (2000). Recovery-oriented service systems: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168,
- Ayuste, A. y Payá, M. (2014). La relación educativa con mujeres en contextos de prostitución: la dimensión pedagógica de la intervención. *Educación XXI*, 17(1), 289-308.
- Björkman, T., y Hansson, L. (2002). Predictors of improvement in quality of life of long-term mentally ill individuals receiving case management. *European Psychiatry*, 17(1), 33-40.
- Bowersox, N.W., LAI, Z., y Kilbourne, A.M. (2012). Integrated Care, Recovery-Consistent Care Features, and Quality of Life for Patients With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 63(11), 1142-1145.
- Brunt, D., y Hansson, L. (2004). The quality of life of persons with severe mental illness across housing settings. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 293-298.
- Caqueo, a., y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.
- Caride, J.A. (2005). *Las fronteras de la Pedagogía Social*. Barcelona: Gedisa.
- Caride, J.A., Gradaílle, R., y Caballo, M.B. (2015). De la pedagogía social como educación, a la educación social como pedagogía. *Perfiles Educativos*, XXXVII(48, suplement.), 4-10.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2001). *Hacer realidad un espacio europeo de aprendizaje permanente*, COM(2001) 678 final, Bruselas.
- Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M., y Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(138).
- Corrigan, P.W., Larson, J.E., y Rüsche, N. (2009). Self-stigma and the ‘why try’ effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.
- De Heer-Wunderink, C., Visser, E., Sytema, S., Y Wiersma, D. (2012). Social Inclusion of people With Severe Mental Illness Living in Community Housing Programs. *Psychiatric Services*, 63(11), 1102-1107.
- Delors, J. (Dir.). (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana-Ediciones UNESCO.
- Fakhoury, W., Murray, A., Shepherd, G., y Priebe, S. (2002). Research in supporting housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 301-315.
- Fakhoury, W.K.H., Priebe, S., y Quraishi, M. (2005). Goals of New Long-Stay Patients in Supported Housing: A UK Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(1), 45-54.
- Formichella, M.M., y london, S. (2013). Empleabilidad, educación y equidad social. *Revista de Estudios Sociales*, 47, 79-91.
- Freire, P. (1990). *La naturaleza política de la educación: cultura, poder y liberación*. Barcelona: Paidós.

- García-Pérez, O. (2013a). Viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: ¿ambiente restrictivo o abiertas a la comunidad? *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 123-136.
- García-Pérez, O. (2013b). El rol del ciudadano de la persona con trastorno mental severo: preferencias y poder de elección sobre la vivienda. En S. Torío López, O. García-Pérez, J.V. Peña Calvo y C. M^a Fernández García. *La Crisis Social y el Estado de Bienestar: las respuestas de la Pedagogía Social* (pp.78-83). Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- García-Pérez, O., y Torío-López (2014). 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*, 25(2), 411-431.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2000). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*, Madrid: Síntesis.
- Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. (2000). *BELS. Habilidades Básicas de la Vida Diaria*. Granada: Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M., y Fernández Dávila, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262.
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*, 113(supl.429), 46-50.
- Huble, A.M., Russell, L.B., Palepu, A., y Hwang, S.W. (2014). Subjective quality of life among individuals who are homeless: a review of current knowledge. *Social Indicators Research*, 115, 509-524.
- Jiménez, J., Torres, F., Laviana, M., Luna, J., Trieman, N., y Richard, C. (2000). 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 Españolas de Psiquiatría*, 28(5), 284-288.
- Lafuente, S., Santos, J., Criado, I., y Covarrubias, C. (2007). Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. *Revista AEN*, XXVII(100), 319-331.
- Leibe, M. y Kallert, T.W. (2001). Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes. *European Psychiatry Edición Española*, 8, 93-104.
- Lehman, A.F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill (QOLI). *Evaluation and Program Planning*, 11(1), 51-62.
- López, M., Lara, L., Laviana, M., Portes, L., García-Cubillana, P., y López, A. (2004). Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de Psiquiatría*, 67(2), 101-128.
- Manthey, T., Goscha, R., y Rapp, C. (2015). Barriers to Supported Education Implementation: Implications for Administrators Policy Makers. *Adm Policy Ment Health*, 42, 245-251.
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P.T., Lysaker P.H. y ROE, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research*, 208(1), 15-20.
- Matejkowski, J., LEE, S., Henwood, B., Lukens, J., y Weinstein, L.C. (2013). Perceptions of Health Intervene in the Relationship Between Psychiatric Symptoms and Quality of

- Life for Individuals in Supportive Housing. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(4), 469-475.
- Mowbray, C.T., Collins, M.E., Bellamy, C.D., Megivern, D.A., Bybee, D., y Szilvagy, S. (2005). Supported education for adults with psychiatric disabilities: An innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Social Work*, 50(1), 7-20.
- Nelson, G., Aubry T., y Hutchison, J. (2010). Housing and Mental Health. En Stone, JH y Blouin, M. (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*, 2010. Recuperado de: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/132/> (Última consulta: 25 de mayo de 2015).
- Nelson, G. (2010). Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change. *Journal of Sociology & Social Welfare*, XXXVII(4), 123-146.
- O'connell, M., Rosenheck, R., Kaspro, W., y Frisman, L. (2006). An examination of fulfilled housing preferences and quality of life among homeless persons with mental illness and/or substance use disorders. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(3), 354-365.
- Oliver, J., Huxley, p., Bridges, K., y Mohamad, H. (1997). *Quality of life and Mental Health Services*. London, Routledge.
- Oms (2010). *User empowerment in mental health –a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Genève: World Health Organization.
- Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C.J., Krausz, M., y Somers, J.M. (2013). Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1245-1259.
- Piat M., y Sabetti, J. (2011). Residential Housing for Persons with Serious Mental Illness: The Fifty Year Experience with Foster Homes in Canada. En Stone, JH y Blouin, M. (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*, 2011. Recuperado de: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/236/>. (Última consulta: 25 de mayo de 2015).
- Pleace, N., y Wallace, A. (2011). *Demonstrating the Effectiveness of Housing Support Services for People with Mental Health Problems: A Review*. London: National Housing Federation.
- Pleace, N., y Quilgars, D. (2013). *Improving Health and Social Integration through Housing First: A Review*. UK: Centre for Housing Policy.
- Polvere, L., Macnaughton, E., y Piat, M. (2013). Early Findings From the At Home/Chez Soi Project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 110-112.
- Priebe, S., Hoffmann, K., Isermann, M., y Kaiser W. (2002). Do long-term hospitalised patients benefit from discharge into the community? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(8), 387-392.
- Ridgway, P. (2008). Supported Housing. En MUESER K.T. y JESTER, D.V. (Eds.). *Clinical handbook of schizophrenia* (p.287-298). New York: The Guilford Press.
- Rivas-Guerrero, F. (2003). La psicosis en la comunidad y el espacio sanitario: nuevos retos y nuevos protagonistas para la vieja Reforma Psiquiátrica. *AEN*, XXII (85), 59-73.
- Rogers, S., Kash-Macdonald, M. y Olschewski, A. (2009). *Systematic Review of Supported Housing Literature, 1993–2008*. Boston: Boston University, Sargent College, Center for Psychiatric Rehabilitation. Recuperado de: <http://www.bu.edu/drrk/research->

- syntheses/psychiatric-disabilities/supported-housing/ (Última consulta: 25 de mayo de 2015).
- Salvador-Carulla, L., García-Mellado, M.J., Velázquez, R., Romero, C., y ALONSO, F. (1998). A reliability study of the Spanish version of the Social Behaviour Schedule (SBS) in a population of adults with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(1), 22-28.
- Stanhope, V. y Dunn, K. (2011). The curious case of housing first: the limits of evidence based policy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 275-282.
- Tsemberis, S. (2010). Housing First: ending homelessness, promoting recovery and reducing costs. En Gould E I. y O'Flaherty, B. (Eds.). *How to House the Homeless* (p.37-57). New York: Russell Sage Foundation.
- Vázquez-Barquero J.L., Gaite, L., Ramírez, N., García, E., Borra, C., Sanz, O. y OLIVER, J. (1997). Desarrollo de la versión española del Perfil de Calidad de Vida de Lancashire-LQOLP. *Archivos de Neurobiología*, 60(2), 125-139.
- Vázquez, A.J. y Jiménez, R. (1994). Inventario de Conducta Social (Social Behaviour Schedule): fiabilidad y validez de un instrumento de evaluación para pacientes mentales crónicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 22(1), 34-39.
- Veiel, H.O.F. (1990). The Mannheim Interview on Social Support. Reliability and validity data from three samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 25(5), 250-259.
- Wykes, T. y Sturt, E. (1986). The measurement of social behavior in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS Schedule. *British Journal of Psychiatry*, 148, 1-11.
- Yeich, S., Mowbray, C.T., Bybee, D., y Cohen, E. (1994). The case for a “supported housing” approach: a study of consumer housing and support preferences. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(2), 75-86.