

VARIABLES ASOCIADAS AL FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN USUARIOS DE HOGARES Y RESIDENCIAS PROTEGIDAS

VARIABLES ASSOCIATED WITH THE SOCIAL PERFORMANCE OF USERS IN SUPPORTED HOUSING

CAROLINA TAPIA CÁRDENAS*
PAMELA GRANDÓN FERNÁNDEZ**
CLAUDIO BUSTOS NAVARRETE***

RESUMEN

Objetivo: Determinar las variables asociadas al funcionamiento social de usuarios que viven en hogares y residencias protegidas, en particular las características personales y clínicas de los residentes, factores del dispositivo residencial y de las áreas de salud a las que pertenecen. **Material y método:** Estudio descriptivo y correlacional cuya muestra estuvo compuesta por 122 residentes y 30 cuidadores de 15 hogares y 6 residencias protegidas. Se evaluó el desempeño social usando la Escala de Habilidades Básicas de la Vida Diaria que consta de 4 subescalas: autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias, actividad y relaciones sociales. Para analizar los datos se utilizó un modelo lineal mixto. **Resultados:** En las subescalas de autocuidado, habilidades comunitarias y actividades y relaciones sociales, la varianza depende fundamentalmente de las características personales, en tanto en las habilidades domésticas el 47,6% corresponde a características del dispositivo y del área sanitaria. El nivel de restrictividad, el tiempo de permanencia en el dispositivo, el diagnóstico, la edad de los residentes y el apoyo social percibido fueron variables predictoras del funcionamiento social. **Conclusión:** El funcionamiento social de usuarios que viven en hogares y residencias está determinado, principalmente, por características individuales, sin embargo, variables del dispositivo y del área sanitaria tienen influencia dependiendo del tipo de habilidad social.

Palabras clave: Sistemas de apoyo psicosocial; trastorno mental; habilidades sociales.

ABSTRACT

Objective: Determine the variables associated with the social performance of users living in supported housing, in particular the personal and clinical characteristics of the residents, factors of the centre and of the health areas to which they belong. **Method:** Descriptive and correlational study whose sample consisted in 122 residents and 30 caregivers of 15 supported housing and 6 residential housing. Social performance was assessed through the Basic Everyday Living Skills Scale, which consisted of four sub-scales: self-care, domestic skills, community skills and activity and social relationships. In order to analyze the data, a mixed linear model was used. **Results:** In the sub-scales of self-care, community skills and activities and social relations the variance depends primarily on the personal characteristics. On the other hand, in the domestic skills 47.6% corresponds to centre characteristics and health area. The level of restrictiveness, time of residence in the facility, diagnosis

* Enfermera, Magíster en Psicología. Servicio de Psiquiatría, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción. Chile. Email: catapia1@uc.cl

** Psicóloga, Doctora en Psicología. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Email: pgrandon@udec.cl. Autor de correspondencia.

*** Psicólogo, Magíster en Estadística. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Email: clbustos@udec.cl

of the users, age of residents and social support received corresponded to the statistically significant variables on the prediction of the social performance. Conclusion: Social performance of the users who live in supported housing is mainly determined by individual characteristics. However, variables of the centre and health area have a different weight depending on the type of social skill.

Key words: Psychosocial Support System; mental disorders; social skills.

Fecha recepción: 02/08/17 Fecha aceptación: 08/06/18

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado un modelo de atención comunitario para personas con discapacidad mental ⁽¹⁾. A partir de este enfoque se ha desarrollado una red de dispositivos de atención destinados a satisfacer las necesidades de esta población ⁽²⁾. Al hablar de dispositivos de apoyo social, se hace referencia básicamente a la provisión de lo que se ha llamado “recursos instrumentales”, que están constituidos por distintos programas que tratan de contrarrestar las dificultades y problemas derivados del trastorno y de eliminar algunas de las barreras que bloquean el pleno funcionamiento ciudadano de las personas con discapacidad ⁽³⁾.

Los hogares y residencias protegidas son espacios que se han constituido como un factor crítico para el tratamiento y rehabilitación de los usuarios, en la medida que les dan estabilidad y favorecen su autonomía y toma de decisiones.

Vivir en un hogar protegido se asocia con un aumento del funcionamiento cognitivo, social y de habilidades domésticas de los residentes ⁽⁴⁾, así como también un incremento de las redes sociales y de la satisfacción con esta forma de vida ^(5, 6). Estas mejoras se relacionan con modelos de vivienda que facilitan la recuperación y reintegración en la comunidad ⁽⁷⁾. Un entorno flexible, que promueve interacciones positivas entre los usuarios y los cuidadores, se relaciona con una disminución de las tasas de reingreso hospitalario y con un aumento del funcionamiento social de los residentes ^(8, 9). Algunas investigaciones señalan que el nivel de restrictividad del dispositivo se asocia negativamente con la autonomía

de los usuarios, además de influir en la relación que se establece entre éstos y los cuidadores ^(10, 11). Sprioli y Costa ⁽¹²⁾ encontraron que en un ambiente no estructurado el personal se relacionaba con los usuarios con mayor normalidad y en un ambiente altamente estructurado, el personal se comportaba más apegado a su rol.

El apoyo social dentro del dispositivo se asocia a mayor estabilidad sintomatológica y permanencia en la comunidad de los usuarios ^(13, 14) y las personas que viven en alojamientos protegidos mejoran sus relaciones sociales y encuentran apoyo afectivo e instrumental en su interior ⁽¹⁵⁾. Así, el cuidador del alojamiento es una persona fundamental para los usuarios, pues un apoyo activo se asocia a un mejor funcionamiento de los residentes en la comunidad, mientras que la distancia social entre el personal y los residentes se asocia con un menor nivel de integración ⁽¹⁶⁾.

El modelo ecológico permite integrar las distintas variables usadas en los estudios sobre programas residenciales. De acuerdo a este modelo, los resultados de los residentes se ven afectados por diversos tipos de factores: los individuales, tales como las características sociodemográficas y clínicas, los de la vivienda, los relacionados con las características y políticas de los servicios residenciales y los relativos al apoyo social dado en los programas de tratamiento residencial ⁽¹⁷⁾. En la mayoría de las investigaciones se han estudiado solo algunas de estas variables, pero hay pocas que consideren una mirada ecosistémica del funcionamiento de los usuarios. Esto es fundamental pues desde esta perspectiva es posible visualizar los distintos niveles en que operan las variables y la interacción entre estas.

Por otra parte, hay escasa información sobre

servicios residenciales en países en vías de desarrollo como es el caso de Chile ⁽¹⁸⁾ y considerando este contexto, la presente investigación tuvo por objetivo determinar las variables asociadas al funcionamiento social de los usuarios que viven en hogares y residencias protegidas, en particular las características personales y clínicas de los residentes, factores del dispositivo residencial y de las áreas de salud a las que pertenecen.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: La investigación tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo correlacional con un diseño transversal mediante encuestas, en hogares y residencias protegidas pertenecientes a los Servicios de Salud de las Regiones del Maule y Biobío, Chile.

Población y muestra: Considerando los hogares con un tiempo de funcionamiento mayor a un año y las residencias que funcionaran más de 8 meses, el estudio se realizó en 15 hogares y 6 residencias protegidas que contaban, a diciembre del año 2012, con una población total de 216 usuarios. La muestra, constituida por 122 residentes, fue seleccionada por conveniencia y se consideraron como criterios de inclusión tener entre 20 y 70 años, tener una evolución mayor a tres años, estar compensados clínicamente, sin hospitalizaciones en servicios de corta estadía en los últimos 4 meses y estar viviendo más de 6 meses en el lugar. El único criterio de exclusión fue que los participantes no pudiesen entender ni responder a las preguntas del investigador. Respecto a los cuidadores, solo fueron considerados aquellos que trabajaban más de un año en el dispositivo y fueron 30 los que cumplieron este criterio.

Recolección de datos:

- Los residentes contestaron el Cuestionario *Medical Outcomes Study (MOS)* de Apoyo Social Percibido ⁽¹⁹⁾, que en este caso midió el apoyo que los usuarios percibían por parte de

los cuidadores de los dispositivos. El cuestionario original tiene 20 ítems con formato de respuesta Likert, que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre). La adaptación realizada para este estudio solo consideró 18, pues los ítems eliminados no correspondían a los objetivos de la investigación. Para esta muestra se obtuvo un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,89.

- Los cuidadores contestaron 2 instrumentos: a) Escala de Prácticas Restrictivas ⁽²⁰⁾ que evalúa el funcionamiento de los dispositivos residenciales y consta de 55 preguntas en su versión original. La adaptación realizada eliminó 12 ítems que no eran aplicables en nuestro contexto nacional y cambió la redacción de algunos otros para hacerlos comprensibles a nuestra población. Además, se modificó el formato de respuesta de dicotómico a escala Likert, 1 (siempre) a 4 (nunca). El instrumento quedó constituido por 43 ítems, y obtuvo un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,82. La validez no se verificó por cuanto no se cambió el constructo a estudiar; como ya se ha dicho se modificó el formato de respuesta, se eliminaron ítems y se adaptó el lenguaje a Chile, pero el instrumento seguía midiendo prácticas restrictivas. b) Escala de Habilidades Básicas de la Vida Diaria (*Basic Everyday Living Skills (BELS)*) ⁽²¹⁾ diseñada para evaluar las habilidades básicas de la vida diaria en personas que sufren un trastorno 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. Cada ítem tiene 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. 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.

- Complementario a los instrumentos aplicados se elaboró una ficha para la recolección de información del residente y del dispositivo. Respecto al hogar o residencia se consultó por: a) la frecuencia de asesoría técnica desde el centro de salud, b) la asignación de tareas personalizadas por residente, c) la homogeneidad de funcionamiento de los dispositivos dentro del área sanitaria respectiva, d) el tipo de profesional que realiza la asesoría técnica e) el tipo de dispositivo (hogar, residencia) y f) el tiempo de funcionamiento.

Procedimiento: Se aplicó una prueba piloto de los instrumentos para ver su adecuación al contexto local. El piloto se realizó en una residencia protegida que no fue incorporada en el estudio definitivo y que fue escogida por conveniencia. Se entrevistó a 12 usuarios y 2 cuidadores. Posteriormente se modificaron los instrumentos y se tomó contacto con los programas de salud mental de todas las áreas sanitarias incluidas. Una vez aprobada la investigación por los Comités de Ética o equivalentes de los distintos lugares, a saber: Servicios de Salud Maule, Talcahuano, Concepción, Arauco, Biobío y Ñuble, se procedió a realizar las visitas. Se revisaron las fichas personales de cada residente, donde se consigna información extraída de la ficha clínica del centro de salud. De estos registros se obtuvo información sociodemográfica y clínica. Para velar por el resguardo de los derechos de los usuarios y de los cuidadores, se aplicó un consentimiento informado que autorizó voluntariamente la participación de cada uno en el estudio. Se enfatizó la confidencialidad de los datos obtenidos y que dicha información no tendría ninguna consecuencia para la permanencia en el hogar/residencia del usuario. Además, se indicó que los datos serían utilizados exclusivamente con fines de investigación. Quienes accedieron a participar firmaron el consentimiento informado y se les aplicó individualmente los instrumentos en dependencias del mismo establecimiento. Los datos fueron recogidos entre los

meses de diciembre del año 2012 y marzo del año 2013.

Análisis de los datos: Se realizó un análisis descriptivo y exploratorio y posteriormente se estableció la consistencia interna de los instrumentos. Para responder al objetivo del estudio se utilizó un modelo lineal mixto. Para cada subescala del instrumento BELS se aplicó un modelo lineal jerárquico, que consideró los siguientes predictores (efectos fijos): a) características del individuo, específicamente sexo, edad, diagnóstico, tiempo de permanencia en el dispositivo y apoyo social percibido; b) variables propias del centro, como su nivel de restricción, asignación de tareas a los usuarios, el tipo de dispositivo y el tiempo de funcionamiento; y c) variables del área sanitaria, como la frecuencia de asesoría técnica, la homogeneidad de funcionamiento entre los hogares y residencias de una misma área sanitaria y el tipo de profesional que realiza la asesoría técnica. Como efectos aleatorios se consideró un modelo anidado por centro y área sanitaria específica. Este tipo de análisis entrega tres varianzas, una por sujetos dentro de cada centro, otra a nivel de centros (dispositivos) y una tercera a nivel de áreas sanitarias. Para obtener estimaciones de los coeficientes de los predictores y de las varianzas de los efectos aleatorios se utilizó la estimación por mínimos cuadrados penalizados, usando el paquete *lme4*⁽²²⁾. Para comprobar si los predictores aportaban a la explicación de la varianza de las subescalas del BELS se realizó una prueba de razón de verosimilitud por cada escala del BELS, basada en remuestreo paramétrico de 1.000 muestras. Específicamente, las pruebas se realizaron entre el modelo completo con efectos fijos y aleatorios y el modelo que sólo considera efectos aleatorios. Para determinar los niveles de significación de los coeficientes específicos de los modelos, se utilizó un muestreo *post-hoc* utilizando la función *pvals.fnc* del paquete *language R*⁽²³⁾. El análisis de los datos se realizó usando SPSS 15 y R, en su versión 3.1.

RESULTADOS

Perfil de los residentes: Los 122 usuarios entrevistados tenían una edad promedio de 47 años y la mayoría (55,8%) estaba en el rango de 45 a 65 años. El 54,9% de las personas eran mujeres y el 74,6% tenía un diagnóstico de esquizofrenia. La mayoría de los usuarios residían en el dispositivo menos de un año (28,7%) y más de 4 años (27,9%) y el 64,6% vivía en un hogar protegido. De los 30 cuidadores entrevistados el 93,3% eran mujeres (Tabla 1).

Variables asociadas al Funcionamiento Social: Respecto al Autocuidado y en específico a la varianza total para esta subescala, el modelo arroja que el 84,3% corresponde a varianza de los sujetos, el 14,6% a varianza de los centros (dispositivos) y solo un 1,1% corresponde a varianza

del Servicio de Salud (área sanitaria). La varianza explicada por el modelo de predictores dentro de los centros y ligada a los individuos es solo de un 2,5%, entre los centros de un 48,5% y entre los Servicios de Salud de un 100%. Es decir, de la varianza del sujeto dentro de cada centro (84,3%) el modelo solo explica el 2,5%; de la existente entre los centros (14,6%) el porcentaje llega al 48,5% y de la presente entre los servicios (1,1%) al 100%. Se debe hacer notar que la prueba de razón de verosimilitud basada en remuestreo muestra que el modelo de factores fijos no es estadísticamente significativo ($p=0,15$). El único efecto significativo sobre el Autocuidado es la Restricción del dispositivo (valor $t= -2,37$; $p= 0,02$) (Tabla 2). Al no ser estadísticamente significativo el modelo completo, este resultado debería considerarse como preliminar. El valor del Intercepto (categoría de contraste) de la Tabla 2 representa: sexo mujer, diagnóstico trastorno psicótico, permanencia en

Tabla 1. Características sociodemográficas de los residentes (N=122) y cuidadores (N=30).

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
Usuarios			
Sexo	Hombres	55	45,1
	Mujeres	67	54,9
Diagnóstico	Esquizofrenia	91	74,6
	Trastorno Bipolar	7	5,7
	Trastorno de personalidad	5	4,1
	Retraso mental	19	15,6
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
Tipo de dispositivo	Mayor a 4 años	34	27,9
	Hogar	79	64,6
	Residencia	43	35,2
Cuidadores			
Sexo	Hombres	2	6,6
	Mujeres	28	93,3

* Media= 47,74; DT = 10,42

Tabla 2. Variables predictoras del Modelo Autocuidado.

	Estimador	Error estándar	Valor t	p (MCMC)
Intercepto (categoría de contraste)	-0,612	0,97	-0,63	0,47
VARIABLES DEL SUJETO				
Sexo (hombre)	0,052	0,18	0,29	0,75
Edad	-0,003	0,01	-0,3	0,74
Dg. Trastorno Bipolar	0,242	0,42	0,57	0,54
Dg. Trastorno de Personalidad	0,822	0,47	1,75	0,09
Dg. Retardo Mental	-0,459	0,27	-1,69	0,11
Permanencia en dispositivo entre 1 año 1 mes y 2 años	-0,074	0,35	-0,21	0,8
Permanencia en dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años	-0,481	0,32	-1,52	0,12
Permanencia en dispositivo mayor a 4 años	-0,361	0,3	-1,21	0,23
Apoyo Social Percibido	-0,064	0,09	-0,69	0,54
VARIABLES DEL CENTRO (DISPOSITIVO)				
Restrictividad del dispositivo	-0,612	0,26	-2,37	0,02*
Asignación de tareas a cada usuario	0,058	0,75	0,08	0,77
Dispositivo (Residencia Protegida)	0,318	0,52	0,61	0,52
Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 1 año 1 mes y 2 años	-1,244	0,72	-1,74	0,16
Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años	1,068	0,88	1,22	0,16
Tiempo de funcionamiento del dispositivo mayor a 4 años	0,143	0,7	0,21	0,85
VARIABLES DEL SERVICIO DE SALUD (ÁREA SANITARIA)				
Asesoría técnica 1-2 veces por semana	0,241	0,65	0,37	0,7
Asesoría técnica quincenal	-0,462	0,81	-0,57	0,7
Asesoría técnica cada 3-4 meses	2,622	1,19	2,21	0,07
Funcionamiento cotidiano homogéneo entre los dispositivos	1,481	0,7	2,11	0,14
Profesional que realiza la asesoría técnica es del SS	-1,487	0,64	-2,32	0,11

*p<0,05

el dispositivo menor a un año, sin asignación de tareas a cada usuario, dispositivo hogar protegido, tiempo de funcionamiento menor a un año, asesoría técnica diaria, sin funcionamiento cotidiano homogéneo entre los dispositivos y profesional que realiza la asesoría técnica es de un equipo clínico. Este valor se mantiene fijo a través de todo el análisis multivariado, lo que implica que en las siguientes tablas será el mismo.

Respecto a las Habilidades Domésticas, el modelo de efectos aleatorios indica que un 52,4% de la varianza es de los sujetos, un 35,4% es a nivel de centros y un 12,2% es a nivel de área sanitaria. El modelo de factores fijos es estadísticamente significativo, de acuerdo a la prueba de verosi-

litud, $p=0,03$. La varianza explicada por el modelo para los sujetos es de un 5,3%, entre los centros es de un 59% y entre las áreas sanitarias es de un 100%. Por lo anterior, de la varianza de los individuos dentro de los centros (52,4%), el modelo solo explica el 5,3%; de la existente entre los centros (35,4%) el porcentaje llega a 59% y de entre los servicios (12,2%) es del 100%. Como se observa en la Tabla 3 la variable Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años (valor $t=1,753$; $p=0,032$) resultó ser el único predictor del modelo.

Respecto a las Habilidades Comunitarias, el modelo de efectos aleatorios arroja que la varianza de los sujetos dentro de los centros es de un 88,5%, a nivel de dispositivos sanitarios es de un

Tabla 3. Variables predictoras del Modelo Habilidades Domésticas.

	Estimador	Error estándar	Valor t	p (MCMC)
Intercepto	-0,921	0,97	-0,949	0,266
Variables del sujeto				
Sexo (hombre)	-0,218	0,145	-1,503	0,169
Edad	-0,005	0,008	-0,646	0,378
Dg. Trastorno Bipolar	0,639	0,348	1,836	0,086
Dg. Trastorno de Personalidad	-0,493	0,373	-1,321	0,211
Dg. Retardo Mental	-0,43	0,218	-1,976	0,066
Permanencia en dispositivo entre 1 año 1 mes y 2 años	-0,209	0,276	-0,757	0,467
Permanencia en dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años	-0,33	0,258	-1,278	0,142
Permanencia en dispositivo mayor a 4 años	-0,424	0,242	-1,751	0,054
Apoyo Social Percibido	0,017	0,074	0,235	0,664
Variables del Centro (dispositivo)				
Restrictividad del dispositivo	-0,112	0,261	-0,428	0,542
Asignación de tareas a cada usuario	1,27	0,759	1,672	0,051
Dispositivo (Residencia Protegida)	-0,138	0,567	-0,243	0,856
Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 1 año 1 mes y 2 años	0,101	0,708	0,142	0,841
Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años	1,557	0,888	1,753	0,032*
Tiempo de funcionamiento del dispositivo mayor a 4 años	0,107	0,716	0,149	0,796
Variables del Servicio de Salud (área sanitaria)				
Asesoría técnica 1-2 veces por semana	0,756	0,641	1,179	0,142
Asesoría técnica quincenal	0,089	0,8	0,112	0,89
Asesoría técnica cada 3-4 meses	0,899	1,199	0,75	0,373
Funcionamiento cotidiano homogéneo entre los dispositivos	-0,277	0,699	-0,397	0,683
Profesional que realiza la asesoría técnica es del SS	-0,31	0,656	-0,472	0,644

*p<0,05

10,7% y por área sanitaria es de 0,8%. El modelo de factores fijos es estadísticamente significativo, de acuerdo a la prueba de verosimilitud, $p=0,01$. La varianza explicada por este modelo dentro de los centros asociada a los individuos es de un 10,3%, en tanto que la existente entre los centros y entre las áreas sanitarias es de un 100%. Es decir, de la varianza de los sujetos dentro del centro (88,5%) el modelo explica el 10,3%; de la de los centros (10,7%) y de las áreas sanitarias (0,8%) el porcentaje corresponde al 100%. En el modelo los únicos efectos significativos sobre la variable Habilidades comunitarias son el Diagnóstico trastorno bipolar ($t=3,06$; $p=0,003$) y el tipo

de Dispositivo Residencia Protegida ($t=-2,34$; $p=0,032$) (Tabla 4).

Respecto a Actividad y Relaciones Sociales, el modelo presenta un 87,6% de varianza asociada a los sujetos dentro de los centros, un 4,4% a nivel de centros y un 8% a nivel de área sanitaria. El modelo de factores fijos es estadísticamente significativo, de acuerdo a la prueba de verosimilitud, $p=0,01$. Este modelo es capaz de explicar un 8,6% de la varianza a nivel individual dentro de los centros y un 100% de la varianza a nivel de centros y de áreas sanitarias. Vale decir, de la varianza del sujeto (87,6%), el modelo explica el 8,6% y de la del centro (4,4%) y del área sanitaria

Tabla 4. Variables predictoras del modelo Habilidades Comunitarias.

	Estimador	Error estándar	Valor t	p (MCMC)
Intercepto	0,694	0,798	0,869	0,409
Variables del sujeto				
Sexo (hombre)	0,175085	0,173096	1,012	0,331
Edad	-0,008736	0,009012	-0,969	0,351
Dg. Trastorno Bipolar	1,216087	0,397451	3,06	0,003**
Dg. Trastorno de Personalidad	0,004897	0,453582	0,011	0,985
Dg. Retardo Mental	-0,3934	0,261472	-1,505	0,135
Permanencia en dispositivo entre 1 año 1 mes y 2 años	-0,16787	0,337406	-0,498	0,606
Permanencia en dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años	-0,113578	0,298736	-0,38	0,713
Permanencia en dispositivo mayor a 4 años	-0,21313	0,283101	-0,753	0,456
Apoyo Social Percibido	0,094665	0,090377	1,047	0,298
Variables del Centro (dispositivo)				
Restrictividad del dispositivo	-0,082297	0,211707	-0,389	0,746
Asignación de tareas a cada usuario	0,802347	0,615673	1,303	0,235
Dispositivo (Residencia Protegida)	-0,923232	0,394612	-2,34	0,032*
Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 1 año 1 mes y 2 años	0,25123	0,598845	0,42	0,71
Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años	0,444082	0,716449	0,62	0,578
Tiempo de funcionamiento del dispositivo mayor a 4 años	-0,968325	0,558732	-1,733	0,104
Variables del Servicio de Salud				
Asesoría técnica 1-2 veces por semana	0,335639	0,54738	0,613	0,574
Asesoría técnica quincenal	0,145717	0,67549	0,216	0,864
Asesoría técnica cada 3-4 meses	0,01292	0,973806	0,013	0,99
Funcionamiento cotidiano homogéneo entre los dispositivos	-0,551994	0,581442	-0,949	0,417
Profesional que realiza la asesoría técnica es del SS	0,182145	0,514999	0,354	0,77

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

(8%) el porcentaje llega al 100%. Como se observa en la Tabla 5, la única variable significativa de forma clara que tiene relación con el desempeño de los usuarios en este criterio es la edad (valor t=-2,491); p=0,016) de los residentes. Sin embargo, el tiempo de permanencia en el dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años (valor t=-1,981; p=0,051) y el Apoyo Social Percibido (t=1,945; p=0,058) se muestran con significaciones muy cercanas a 0,05.

Al considerar la Escala de Realización de Actividades de la Vida Diaria (BELS) total, el modelo presenta una varianza por sujetos dentro de los centros de un 69%, a nivel de centros de un

24,2% y por área sanitaria de un 6,8%. El modelo de predictores no resulta estadísticamente significativo al usar la prueba de razón de verosimilitud por remuestreo, p=0,10 y ninguna de las variables por sí sola es significativa en la predicción de la realización de las actividades de la vida diaria en los usuarios (Tabla 6).

La única subescala en la cual los residuos se ajustan a los supuestos del modelo lineal mixto es la de Habilidades Domésticas. El no cumplimiento de supuestos en las otras indicaría la posible existencia de variables no consideradas dentro del modelo original.

Tabla 5. Variables predictoras del modelo Actividad y Relaciones Sociales.

	Estimador	Error estándar	Valor t	p (MCMC)
Intercepto	0,166	0,805	0,206	0,851
VARIABLES DEL SUJETO				
Sexo (hombre)	-0,203	0,175	-1,162	0,259
Edad	-0,023	0,009	-2,491	0,016*
Dg. Trastorno Bipolar	0,49	0,401	1,223	0,209
Dg. Trastorno de Personalidad	-0,515	0,458	-1,126	0,273
Dg. Retardo Mental	0,236	0,264	0,895	0,386
Permanencia en dispositivo entre 1 año 1 mes y 2 años	-0,078	0,34	-0,23	0,783
Permanencia en dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años	-0,597	0,301	-1,981	0,051
Permanencia en dispositivo mayor a 4 años	-0,333	0,286	-1,165	0,264
Apoyo Social Percibido	0,177	0,091	1,945	0,058
VARIABLES DEL CENTRO (DISPOSITIVO)				
Restrictividad del dispositivo	0,029	0,214	0,136	0,895
Asignación de tareas a cada usuario	0,298	0,621	0,48	0,682
Dispositivo (Residencia Protegida)	0,463	0,398	1,163	0,292
Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 1 año 1 mes y 2 años	0,059	0,604	0,097	0,969
Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años	0,776	0,723	1,073	0,339
Tiempo de funcionamiento del dispositivo mayor a 4 años	0,448	0,564	0,795	0,459
VARIABLES DEL SERVICIO DE SALUD (ÁREA SANITARIA)				
Asesoría técnica 1-2 veces por semana	0,868	0,552	1,572	0,14
Asesoría técnica quincenal	0,287	0,682	0,422	0,755
Asesoría técnica cada 3-4 meses	1,218	0,983	1,24	0,289
Funcionamiento cotidiano homogéneo entre los dispositivos	0,142	0,587	0,242	0,795
Profesional que realiza la asesoría técnica es del SS	-0,979	0,52	-1,884	0,125

*p<0,05

Tabla 6. Variables predictoras del modelo Escala de Realización de Actividades de la Vida Diaria (BELS).

	Estimador	Error estándar	Valor t	p (MCMC)
Intercepto	-0,392811	0,894852	-0,439	0,638
VARIABLES DEL SUJETO				
Sexo (hombre)	-0,070922	0,16659	-0,426	0,677
Edad	-0,011028	0,008738	-1,262	0,19
Dg. Trastorno Bipolar	0,789829	0,38936	2,029	0,052
Dg. Trastorno de Personalidad	-0,01921	0,431272	-0,044	0,945
Dg. Retardo Mental	-0,390038	0,250583	-1,556	0,142

Continuación Tabla 6.

Permanencia en dispositivo entre 1 año 1 mes y 2 años	-0,186522	0,320265	-0,582	0,584
Permanencia en dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años	-0,49373	0,290744	-1,698	0,086
Permanencia en dispositivo mayor a 4 años	-0,451043	0,274903	-1,641	0,101
Apoyo Social Percibido	0,052095	0,085999	0,606	0,509
VARIABLES DEL CENTRO (DISPOSITIVO)				
Restrictividad del dispositivo	-0,279543	0,239047	-1,169	0,217
Asignación de tareas a cada usuario	0,836731	0,694629	1,205	0,2
Dispositivo Residencia	-0,052598	0,486396	-0,108	0,9
Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 1 año 1 mes y 2 años	-0,325318	0,661208	-0,492	0,664
Tiempo de funcionamiento del dispositivo entre 2 años 1 mes y 4 años	1,355879	0,812244	1,669	0,074
Tiempo de funcionamiento del dispositivo mayor a 4 años	-0,029196	0,644021	-0,045	0,959
VARIABLES DEL SERVICIO DE SALUD (ÁREA SANITARIA)				
Asesoría técnica 1-2 veces por semana	0,688474	0,601135	1,145	0,212
Asesoría técnica quincenal	-0,022604	0,746081	-0,03	0,991
Asesoría técnica cada 3-4 meses	1,599494	1,098394	1,456	0,171
Funcionamiento cotidiano homogéneo entre los dispositivos	0,307772	0,647936	0,475	0,69
Profesional que realiza la asesoría técnica es del SS	-0,83674	0,591698	-1,414	0,225

*p<0,05

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En la búsqueda de variables asociadas al Funcionamiento social de los usuarios que viven en hogares y residencias protegidas, en particular las características personales y clínicas de los residentes, factores del dispositivo residencial y de las áreas de salud a las que pertenecen, destaca que la capacidad explicativa de las distintas variables fue diferente en los aspectos evaluados del Funcionamiento social: Autocuidado, Habilidades Domésticas, Habilidades Comunitarias y Actividades y Relaciones Sociales. En general, los factores individuales tienen un mayor peso, aunque en otras subescalas las variables del dispositivo y área sanitaria también son relevantes. Estos resultados indican que el constructo Funcionamiento social no es uniforme y que agrupa a un conjunto de habilidades que, aunque se relacionan, tienen una especificidad conceptual que sería importante considerar.

El modelo de regresión lineal mixto indica que la variabilidad presente en las escalas de Autocuidado, Habilidades Comunitarias y Actividades y Relaciones Sociales, se puede explicar fundamentalmente por características individuales, más que por las del centro y del área sanitaria. La baja varianza explicada para los sujetos indica que se deben considerar otras variables individuales en la explicación de ésta, aparte del sexo, la edad, el diagnóstico, el tiempo de permanencia y el apoyo social percibido.

En todas las escalas de desempeño es posible predecir un alto porcentaje de la varianza atribuida al centro y al área sanitaria, sin embargo, sumadas éstas, son muy pequeñas en relación con la varianza total: 15,7% para el Autocuidado, 11,5% para Habilidades Comunitarias y un 12,4% para Actividades y Relaciones Sociales. Sin embargo, considerando la cantidad de personas por centro y de centros por área sanitaria, la capacidad de predicción de las variables a nivel de conglomerados es bastante alta.

Por el contrario, en Habilidades Domésticas la varianza se distribuye de manera más homogénea, casi la mitad es atribuible al centro y al área sanitaria (47,6%). Es decir, conociendo el dispositivo en el cual vive el usuario y el área sanitaria asociada, se podría tener una capacidad de predicción de casi el 50% de esta variable. Lo anterior podría deberse a que las habilidades domésticas tienen mayor relación con el funcionamiento de los usuarios al interior de los dispositivos. En Chile las pautas y normas de estos lugares están dadas básicamente desde las áreas sanitarias y en algunos casos desde el propio centro ⁽²⁴⁾, por tanto, esta variable está fuertemente determinada por la organización del dispositivo.

A pesar de que las características personales son las que tienen mayor influencia en la varianza del “autocuidado”, el único predictor estadísticamente significativo es la restrictividad que es una variable del dispositivo. Esto puede deberse a que en esta subescala gran parte de las áreas por las que se consulta tienen que ver con actividades como el levantarse, tomar la medicación, volver a casa por la noche y comer, que en el caso de Chile son reguladas no solo por el sujeto, sino que también por su residencia ⁽²⁴⁾.

El tiempo de permanencia en el dispositivo resultó un predictor estadísticamente significativo para las Habilidades Domésticas. Esto podría deberse a que, durante el primer y segundo año, existe un proceso de adaptación de los usuarios a los dispositivos, lo que implica que difícilmente se observarán logros inmediatos durante el periodo inicial en el centro. Así mismo, pasados los 4 años, y una vez que el usuario adquiere ciertas habilidades, las exigencias hacia él disminuyen, por tanto, los mejores resultados en el Funcionamiento social se observan en un periodo comprendido entre los 2 años un mes y 4 años.

Por otra parte, el que el Trastorno Bipolar resultara ser un diagnóstico predictor, estadísticamente significativo, en el área de Habilidades Comunitarias podría deberse a que este diagnóstico tiene un mejor pronóstico funcional que otros como la esquizofrenia. Es sabido que los trastornos del espectro psicótico producen una serie de alteraciones en las habilidades cognitivas socia-

les, pues limitan las posibilidades de interacción y adaptación de las personas ⁽²⁵⁾.

La edad de los residentes también resultó ser un predictor claro del Funcionamiento social en el área de Actividad y Relaciones Sociales. Esta subescala tiene que ver con la capacidad del sujeto para usar su tiempo libre, preocuparse por otros y actuar coherentemente en caso de presentarse una emergencia. Según lo planteado por Romero ⁽²⁶⁾, estas habilidades 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. En una reciente revisión sobre el tema, se encontró que en las personas con esquizofrenia de más edad el deterioro cognitivo es mayor que en personas sin este padecimiento de la misma edad ⁽²⁷⁾.

Por otra parte, y de acuerdo a lo encontrado en otras investigaciones ^(13, 16, 28), el Apoyo Social Percibido también resultó ser un predictor de las Actividades y Relaciones Sociales. El rol que juega el cuidador al interior de los programas residenciales es relevante y, en algunos casos, se constituye en el único apoyo instrumental y/o emocional para el usuario. Ambos comparten tiempos y experiencias, y se genera una vinculación usuario-cuidador que se traduce en importantes resultados a nivel de Funcionamiento Social, identidad y sentido de vida en los residentes ^(12, 14, 21).

En términos generales, cada una de las variables por sí sola no logra explicar el desempeño social global de los usuarios. Tal como Won y Solomon señalan ⁽¹⁶⁾, el funcionamiento de los residentes en áreas relacionadas con la rehabilitación e inclusión social, como son las habilidades sociales, se ve afectado por una multiplicidad de factores y de interacciones que son desconocidas.

La principal limitación de la investigación fue la elección por conveniencia de la muestra, lo cual no permite generalizar los resultados a otros contextos y residentes. Otra limitación fue que los instrumentos ocupados no estuviesen adaptados al contexto nacional. En investigaciones fu-

turas sería importante considerar otras variables individuales en la explicación del funcionamiento social de personas que viven en dispositivos residenciales, y es necesario evaluar cómo los distintos dispositivos cubren la diversidad de necesidades sociales de los usuarios. En este sentido, un aporte importante sería conocer las opiniones y sugerencias que tienen los propios sujetos respecto de los dispositivos en los que viven, y de cómo se podría mejorar su funcionamiento.

Finalmente, destacar que los programas residenciales son importantes en la vida de las personas. La vivienda ha dejado de ser exclusivamente un tema de bienestar social, actualmente se considera un componente importante de la recuperación del sujeto y de las políticas en salud mental ^(29, 30).

En conclusión, el funcionamiento social de usuarios que viven en hogares y residencias está determinado, principalmente, por características individuales, sin embargo, variables del dispositivo y del área sanitaria tienen influencia dependiendo del tipo de habilidad social. Entre las primeras destacan el diagnóstico, la edad y el tiempo de permanencia en el lugar, en tanto en las otras aparecen el apoyo social percibido y la restrictividad del dispositivo.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Política, planes y programas de Salud Mental - Edición Revisada. Ginebra, Suiza: Editores Médicos; 2006. 102 p.
2. Larrobla C, Botega NJ. Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en América del Sur. *Actas Esp Psiquiatr.* 2000; 28(1): 22-30.
3. 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.
4. Ramos JM, Martínez MJ, Cuevas C, Perona S, Laviana M, Luque PL et al. Alojamientos protegidos para enfermos mentales crónicos 1: perfil epidemiológico, síntomas, calidad de vida y autoestima en dos muestras de sujetos. *Apunt Psicol.* 2003; 21(1): 1-16.
5. Anderson J, Dayson D, Wills W, Gooch C, Margolius O, O'Driscoll C et al. The TAPS Project. 13: Clinical and Social Outcomes of Long-Stay Psychiatric Patients After One Year in the Community. *British J Psychiatry.* 1993; 162(Supl 19): 45-56.
6. Okin RL, Borus JF, Baer L, Jones AL. Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psychiatr Serv.* 1995; 46(1): 73-8.
7. Wright P, Kloos B. Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *J Environ Psychol.* 2007; 27(1): 79-89.
8. Brangier P. Problemas asociados a la recuperación de personas con problemas de salud mental de larga evolución [Tesis doctoral]. [Granada]: Universidad de Granada; 2010.
9. McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry.* 2018; 18(1):128.
10. López M, Fernández L, García-Cubillana P, Moreno B, Jimeno V, Laviana M. Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (III): características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios de los residentes. *Rehabilitación Psicosocial.* 2005; 2(1): 28-39.
11. Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and health care use for people with severe mental illness: a review. *Health Soc Care Community.* 2008; 16(1): 1-15.
12. Sprioli N, Costa MCS. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011; 19(5): 1155-62.
13. Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc*

- Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002; 37(7): 301-15.
14. Gabrielian S, Young AS, Greenberg JM, Bromley E. Social support and housing transitions among homeless adults with serious mental illness and substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J*. 2018; 41(3): 208-215.
 15. López M, García-Cubillana P, Laviana M, Fernández M, Fernández L, Maestro JC. 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.
 16. Won YL, Solomon PL. Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: a conceptual model and methodological considerations. *Ment Health Serv Res*. 2002; 4(1): 13-28.
 17. Kloos B, Shah S. A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *Am J Community Psychol*. 2009; 44(3-4): 316-26.
 18. Grandón P, Bustos C, Cova F, Tapia. C. Evaluación de la restrictividad de dispositivos residenciales para personas con un diagnóstico psiquiátrico en el modelo de Salud Mental Comunitaria en Chile. *Univ Psychol*. 2015; 14(4): 1359-1370.
 19. Rodríguez S, Carmelo H. Validación Argentina del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate*. 2007; 7: 155-168.
 20. Jordá E, Espinosa J. El proceso de desinstitucionalización en la provincia de Valencia: estudio de los alojamientos utilizados mediante la escala de prácticas restrictivas. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*. 1990; 17(2): 77-87.
 21. Jiménez JF, 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 Psiquiatr*. 2000; 28(5): 284-88.
 22. Bates D, Mächler M, Bolker B, Walker S. Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *J Stat Softw*. 2015; 67(1): 1-48.
 23. Bayeen RH. LanguageR: Data sets and functions with “Analyzing Linguistic Data: A Practical Introduction to Statistics using R”. R Package Version 1.4 [Internet]. 2011 [citado 20 ene 2015]. Disponible en: <https://cran.r-project.org/web/packages/languageR/index.html>
 24. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Norma Técnica Sobre Hogares Protegidos. MINSAL, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Unidad de Salud Mental: Santiago, Chile; 2000. 1-11.
 25. Gavilán JM, García-Albea JE. La función ejecutiva en la esquizofrenia y su asociación con las habilidades cognitivas sociales (mentalistas). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015; 8(3): 119-129.
 26. Romero DM. Actividades de la vida diaria. *Anal Psicol*. 2007; 23(2): 264-271.
 27. Napal O, Ojeda N, Sánchez P, Elizagárate E, Peña J, Ezcurre J, Gutiérrez M. Curso Evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición: Una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40(4): 198-220.
 28. 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. *Interv Psicosoc*. 2008; 17(3): 321-36.
 29. 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.
 30. Dorozenko KP, Gillieatt S, Martin R, Milbourn B, Jennings K. Transitional supported housing for mental health consumers enabling personal recovery: Allowing me to be me. *Advances in Mental Health*. 2018; 16(2): 117-128.