

Alojamientos protegidos para enfermos mentales crónicos (2): satisfacción de residentes y monitores

Manuel Jesús MARTÍNEZ LÓPEZ
Carlos CUEVAS YUST
Salvador PERONA GARCELÁN
Agustina HERVÁS DE LA TORRE
Emilia NAVARRÓN CUEVAS
José Manuel RAMOS LEÓN
Margarita LAVIANA CUETOS
Remedios DORADO GARCÍA
Servicio Andaluz de Salud
Andrés LÓPEZ PARDO
Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

Resumen

Se estudia la satisfacción de los pacientes mentales alojados en pisos protegidos y casas-hogares de la ciudad de Sevilla (España) con su estancia en los mismos; y las mejoras percibidas en su vida en diversas áreas desde que viven en dichos recursos. Así mismo, se estudia la satisfacción de los monitores que atienden a los pacientes de los alojamientos protegidos con la atención recibida respecto a su trabajo por los servicios sanitarios de salud mental y diversos recursos sociales. Se valoran distintas dimensiones de esta atención. Se usan encuestas elaboradas para el propósito específico de este estudio. En general, los pacientes están satisfechos con su estancia en los alojamientos protegidos y perciben que su vida ha mejorado desde que están viviendo en los mismos. Los monitores están más satisfechos con la atención recibida por la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Área Hospitalaria "Virgen del Rocío" y la Asociación de Allegados de Enfermos Esquizofrénicos (ASAENES).

Palabras clave: enfermos mentales, alojamientos protegidos, monitores, satisfacción.

Dirección del primer autor: Unidad de Rehabilitación de Área "Virgen del Rocío". Avda. Kansas City, 32E, 41007 Sevilla. *Correo electrónico:* berstief@correo.cop.es

Este trabajo informa de resultados obtenidos en la investigación *Evaluación de las características clínicas y psicosociales de los pacientes mentales del programa residencial del Área "Virgen del Rocío"* (expediente nº 27/99), subvencionado por el Servicio Andaluz de Salud según Resolución de Concesión de fecha 18 de octubre de 1999 (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 131, de 11 de noviembre de 1999).

Abstract

The satisfaction of the mental patients is studied housed in protected flats and group homes of the city of Seville (Spain) with its stay in the same ones; and the improvements perceived in their life in diverse areas since they live in these resources. Likewise, the satisfaction of the monitors is studied that assist the mental patients of the lodgings protected with the attention received regarding its work by the sanitary services of health mental and diverse social resources. Different dimensions of this attention are valued. Surveys are used elaborated for the specific purpose of this study. In general, the patients are satisfied with their stay in the protected lodgings and they perceive that their life has improved since they are living in the same ones. The monitors are more satisfied with the attention received by the *Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Área Hospitalaria "Virgen del Rocío"* and the *Asociación de Allegados de Enfermos Esquizofrénicos (ASAENES)*.

Key words: Mental ill, Protected lodgings, Monitors, Satisfaction.

El nuevo modelo de atención sanitaria a los enfermos mentales se caracteriza por ser multidimensional (bio-psico-social), multidisciplinar y comunitario. Esto quiere decir que se dispensa fundamentalmente por servicios constituidos por equipos de profesionales de diversas disciplinas y accesibles y de carácter ambulatorio. En consecuencia, los tradicionales hospitales psiquiátricos se han ido sustituyendo por servicios de este tipo.

En el caso de los enfermos mentales con trastornos severos y persistentes, esto ha implicado la necesidad de proveer y articular medidas y apoyos sociales que faciliten su integración, en distintas áreas: socio-recreativa, ocupacional, formativa, laboral, legal y residencial.

Así, en las últimas décadas, en los países que asumen este modelo, se han desarrollado distintos tipos de alternativas residenciales para aquellas situaciones en que los enfermos y/o las familias carecen de las capacidades suficientes para que la calidad de vida de unos y/u otros sea buena (*American Psychiatric Association*, 1982).

En la Comunidad Autónoma Andaluza este modelo está vigente desde 1984, fecha en la que se crea el Instituto Andaluz de

Salud Mental (IASAM), que ideó y desarrolló la reforma psiquiátrica en Andalucía de acuerdo a estos principios. La creación en 1994 de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) permite un importante y extenso desarrollo de todo el conjunto de medidas y apoyos sociales a los que no referíamos antes. Por otra parte, en Sevilla la Asociación de Allegados de Enfermos Esquizofrénicos (ASAENES) contribuye con sus actividades a la mejora de la atención sanitaria y social de dichos enfermos.

A fecha de diciembre de 2001 FAISEM gestionaba en la Comunidad Autónoma Andaluza 69 viviendas supervisadas, en donde se alojaban 259 pacientes, y 19 casas-hogares, en donde lo hacían otros 295. Por otra parte, el desarrollo del apoyo específico de los enfermos en su propio domicilio permitía que se beneficiaran del mismo 98 pacientes. Este nuevo modelo de atención sanitaria a los enfermos mentales se empezó a desarrollar en algunos países en la década de los años 50 (EEUU, Reino Unido, Canadá, etc.). Entonces, y durante mucho tiempo después, hubo una importante polémica respecto a la inadecuación de clausurar los antiguos

hospitales psiquiátricos, porque se pensaba que por mucho que se pretendiera y se ofrecieran servicios sanitarios y sociales alternativos, muchos de los pacientes no podrían integrarse en la comunidad.

En este contexto, se realizaron estudios científicos para, entre otros aspectos, valorar si se producían cambios en la sintomatología psiquiátrica de los enfermos, en su funcionamiento individual y social y, en general, en su calidad de vida. Se obtuvieron datos que hacían pensar que se producían mejoras en los siguientes aspectos:

- *La salud física* (Segal y Kotler, 1991; Segal Vandervoort y Liese, 1993).
- *El funcionamiento cognitivo* (Okin, Borus, Baer y Jones, 1995).
- *El funcionamiento social y la participación en actividades comunitarias* (Anderson, Dayso, Wills, Gooch, Margolius, O'Driscoll y Leff, 1993; Hyde, Bridges, Sterling, y Faragher, 1987; Lamb y Goertzel, 1971; Leff, 1993; Lehman, Salughter y Myers, 1996; Okin y cols., 1995); *aunque sea de forma asistida* (Segal y Kotler, 1991).
- *Las recaídas, reingresos y uso de servicios sanitarios* (MacMillian, Hornblow y Baird, 1992; Okin y cols., 1995).
- *La satisfacción con su nuevo lugar de vida* (Anderson y cols., 1993; Hyde y cols., 1987; Kingdom, Turkington, Malcom y Larkin, 1991; Leff, 1993; Lehman y cols., 1991; MacMillian y cols., 1992; Okin y cols., 1995).
- *El coste económico* (Budson, 1994; Hyde y cols., 1987).

En algunos estudios se han valorado también la satisfacción de los enfermos con su nueva residencia, con una valora-

ción positiva por su parte (Anderson y cols., 1993; Lehman y cols., 1991; Hyde y cols., 1987; Kingdom y cols., 1991; Leff, 1993; MacMillian y cols., 1992; Okin y cols., 1995).

Conviene destacar que, cuando se han explorado las preferencias de los pacientes sobre el lugar donde desean vivir y qué tipo de apoyo necesitan, se ha averiguado que prefieren:

- Alojamientos comunitarios frente a hospitales (por ejemplo, Anderson y cols., 1993).
- Su propia casa o apartamento más que en una casa de grupo; y solos, con una pareja, con amigos o con familiares, más que con otros pacientes (Tanzman, 1993).
- Sin la presencia de profesionales; y recibiendo un apoyo flexible de los mismos cuando lo soliciten los propios pacientes (Tanzman, 1993).
- Un alojamiento estable, sin continuos cambios de residencia (Carling y Ridgway, 1989).

El desarrollo del apoyo externo de los enfermos mentales en nuestra Comunidad responde, entre otras circunstancias, a algunas de estas preferencias.

La realización de este estudio se ajusta al principio fundamental de calidad que rige la política asistencial sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, que es el de la satisfacción del ciudadano según el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud del año 2000. En este sentido, interesa conocer la opinión de las personas que padecen trastornos mentales severos y persistentes respecto a los servicios que se les ofrecen, entre los que están los residenciales. Por otra parte, interesa también conocer la opinión de los monito-

res que trabajan en los alojamientos protegidos, en tanto receptores de servicios sanitarios –y también sociales–, tanto de manera directa (por ejemplo, orientación de los profesionales sanitarios) como indirecta (en relación a la atención sanitaria de los pacientes a los que atienden en dichos recursos).

Los contenidos aportados aquí son parte de una investigación más amplia en la que se estudiaron otros aspectos.

Metodología

Sujetos

En el caso de los pacientes, los sujetos de la investigación son el universo de los que a fecha del día 13 de marzo de 2000 residen en alojamientos protegidos y pertenecen al Área Hospitalaria “Virgen del Rocío”. Son en total 57 personas. De todos se tienen los datos sociodemográficos y asistenciales recogidos en la *Ficha Epidemiológica* elaborada para el estudio. Algunos de los pacientes no se evaluaron con la prueba correspondiente por no querer participar o no poder por razones de salud o de distancia del alojamiento donde residían. En total se aportan datos de 42 pacientes.

En el caso de los monitores los sujetos de la investigación son el universo de los que prestan servicio en los alojamientos protegidos de FAISEM en febrero de 2000, y atienden a pacientes evaluados por la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Área Hospitalaria “Virgen del Rocío”. En las fechas en que se aplicó el cuestionario correspondiente eran 82 monitores. La muestra la constituyeron finalmente 41 monitores, que fueron los que acudieron el día de la aplicación del mencionado cues-

tionario y, además, quisieron voluntariamente hacerlo.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Ficha del Paciente*. Su objetivo era obtener datos descriptivos sociodemográficos y asistenciales sobre todos los pacientes del estudio.
- *Cuestionario para pacientes de Mejoras Autopercebidas y de Satisfacción con Alojamientos Protegidos*, elaborado por el equipo de la investigación para valorar la mejoría que los pacientes perciben en diferentes aspectos de su vida y su nivel de satisfacción con la estancia en los recursos en que residen. Los ítemes del cuestionario relativos a mejoras autopercebidas hacen referencia a aspectos físico-ambientales, relacionales, ocupacionales-formativos, recreativos, sanitarios e instrumentales. El paciente debe elegir una respuesta entre las cuatro opciones verbales que se plantean para cada ítem (*Nada, Algo, Bastante, Mucho*). Cada ítem se trata por separado. El nivel de satisfacción de los pacientes con los alojamientos protegidos se estudia pidiéndoles que lo valoren en relación a dos frases formuladas en primera persona:
 - * “*Viviendo en esta casa me siento*”, que se responde eligiendo una de las cuatro siguientes opciones verbales de respuesta (*Nada satisfecho, Algo satisfecho, Bastante satisfecho y Muy satisfecho*);
 - * “*En comparación a cómo vivía antes de entrar en una casa como ésta,*

en general mi vida ha mejorado ”, que se responde eligiendo una de las siguientes cuatro opciones de respuesta (Nada, Algo, Bastante y Mucho).

- *Cuestionario de Satisfacción con los Dispositivos Sanitarios y los Recursos Sociales de los Profesionales que Atienden los Recursos Residenciales.* Elaborado por el equipo de esta investigación para valorar el grado de satisfacción por parte de los profesionales que trabajan en los recursos residenciales con el apoyo recibido de los dispositivos sanitarios y los recursos sociales. El sujeto debe elegir una respuesta entre las cuatro opciones verbales que se plantean para cada ítem. La puntuación que se asigna a cada respuesta oscila entre 0 y 3. Cada ítem se trata por separado. Los dispositivos sanitarios valorados son el Equipo de salud Mental de Distrito (ESMD), la Unidad de Rehabilitación de Área (URA) y la Unidad de Salud Mental de Hospital General (USM). Los recursos sociales valorados son: el Taller Rafael González (Taller R.G.) que es un recurso ocupacional, *PROAZIMUT* que es una empresa social perteneciente a FAISEM que da empleo a enfermos mentales crónicos y *ASAENES* que es una asociación de allegados de enfermos mentales que ofrece, entre otras cosas, un club social.

Todos los cuestionarios usados en esta investigación se sometieron a un pilotaje para contrastar su aplicabilidad, en base a su adecuación, comprensión y economía de tiempo. En base a estos resultados se realizaron las modificaciones oportunas.

Procedimiento

Los pacientes fueron entrevistados entre abril y junio de 2000. Varios profesionales les administraban distintas pruebas, correspondientes a la investigación en curso, una de las cuales era aquella sobre la que se informa en este trabajo. A los pacientes se les comunicaba el objeto de las entrevistas teniendo como referencia el siguiente texto:

Estamos hablando con personas que han sido propuestas para que vivan en pisos o casas con otros pacientes, o que ya viven en ellos. Queremos recoger información que permita saber cómo es la vida de esas personas en el momento en que hablamos con ellas. Posiblemente los datos obtenidos puedan ayudar a mejorar la asistencia que se les ofrece en los centros sanitarios de salud mental y en esos pisos y casas. Agradeceríamos su colaboración para estas y otras entrevistas sucesivas.

El tiempo que duraba la administración de los cuestionarios era media hora aproximadamente.

La prueba que debía ser cumplimentada por los monitores de los recursos residenciales de FAISEM fue administrada colectivamente en el mes de febrero de 2000, en dos sesiones distintas, en el contexto de un seminario técnico provincial sobre recursos residenciales dirigido a dichos profesionales. Uno de los psicólogos de la Unidad fue el encargado de su administración. Antes de la misma se realizaba una presentación que seguía el siguiente texto:

Estamos realizando un estudio sobre los recursos residenciales que implica recabar información de la situación de los pacientes que están en lista de espera para integrarse en alguno de ellos y de los que ya están incluidos. Queremos conocer su situación clínica y psicosocial y algunos aspectos de su vida en los recursos. También nos gustaría conocer la opinión de los profesionales que les atienden en los pisos y casas respecto a la atención que se proporciona por parte de los dispositivos sanitarios y recursos sociales. Nuestro interés es conocer más para poder proporcionar una asistencia de mayor calidad a los pacientes. Desde luego, la información que se ofrece se trata confidencialmente. Agradeceríamos su colaboración.

La duración de la administración del cuestionario fue aproximadamente media hora.

Los datos relativos a la Ficha Epidemiológica fueron recogidos por los auxiliares de enfermería de la Unidad de Rehabilitación a partir de la historia clínica de cada paciente.

Análisis estadístico de los datos

Los datos obtenidos fueron grabados en la base de datos *Access (Microsoft Office 2000)*. Y los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa *SPSS* (versión 9.0).

Los datos obtenidos con la *Ficha Epidemiológica* se tratan de manera descriptiva, en base a la frecuencia y el porcentaje obtenidos en cada una de las opciones de

respuesta con que se miden las distintas variables de la misma.

Los datos de los cuestionarios de satisfacción de pacientes y monitores también se tratan descriptivamente con las frecuencias y porcentajes en cada una de las opciones de respuesta para cada una de las variables estudiadas.

Resultados

Datos epidemiológicos

Los datos que se han recogido con la *Ficha Epidemiológica* proporcionan un perfil de los pacientes que residen en los alojamientos protegidos. Estos datos se presentan de manera esquemática a continuación:

- *Sexo*: El 71.9 % de los sujetos son varones.
- *Edad*: El 85.9 % tienen entre 27 y 57 años. No hay pacientes menores de 27.
- *Estado civil*: El 82.4 % son solteros.
- *Nivel académico*: El 78.9 % de los sujetos ha cursado sólo hasta el grado escolar.
- *Ingresos económicos*: El 73.6 % tiene unos ingresos económicos que no superan las 50.000 pts. mensuales.
- *Diagnóstico psiquiátrico*: El 87.7 % de los sujetos padecen esquizofrenia.
- *Años de tratamiento*: El 80.7 % lo están desde hace 15 años o más.
- *Años en recurso residencial*: El 59,7 % de los sujetos lleva un máximo de 5 años residiendo en alojamientos protegidos.

Mejoras autopercebidas por los pacientes y satisfacción con los alojamientos protegidos

La tabla 1 muestra los resultados en las variables estudiadas en los 42 sujetos en quienes se exploran, en términos de frecuencia y porcentaje. Siendo 57 aquellos que en el

momento del estudio se encuentran en recursos residenciales, el porcentaje de los que se le ha administrado la prueba es del 73 %.

La tabla 2 presenta los resultados de la satisfacción de los pacientes con los alojamientos protegidos y la tabla 3 los de la mejora autopercebida global desde que están en ellos.

Tabla 1. Variables del Cuestionario para pacientes de Mejoras Autopercebidas.

VARIABLE	ESCALA					
	Nada		Algo		Bastante/Mucho	
	N	%	N	%	N	%
Comida	2	4,8	5	11,9	35	83,3
Sueño	10	23,8	5	11,9	27	64,3
Comodidad	6	14,2	2	4,8	34	81
Ropa	17	40,5	4	9,5	31	49
Higiene	20	47,6	3	7,1	19	45,3
Limpieza casa	12	28,6	3	7,1	27	64,4
Tamaño casa	16	38,1	2	4,8	24	57,1
Tamaño habitación	6	14,3	4	9,5	32	76,2
Disposición de dinero	24	57,1	7	16,7	11	26,2
Estar acompañado	4	9,5	5	11,9	33	78,6
Hablar con otras personas	5	11,9	7	16,7	30	71,4
Divertirme con otras personas	11	26,2	6	14,3	25	59,5
Hacer amigos	6	14,3	9	21,4	27	64,3
Relación con la familia	23	54,8	2	4,8	17	40,4
Distraerme	4	9,5	11	26,2	27	64,3
Hacer tareas de la casa	11	26,2	3	7,1	28	66,7
Asistir a cursos y talleres	32	76,2	0	0	10	23,8
Hacer viajes	17	40,4	9	21,4	16	38,2
Tomar medicamentos	23	54,8	1	2,4	18	43,8
Recibir ayuda, papeles y recados	4	9,5	8	19	30	71,5
Tratarme en centros sanitarios	25	59,5	2	4,8	15	35,7

Tabla 2. Satisfacción de los pacientes con los alojamientos protegidos.

Viviendo en esta casa me siento ...	N	%
Nada satisfecho	3	7.1
Algo satisfecho	11	26.2
Bastante satisfecho	14	33.3
Muy satisfecho	14	33.3

Satisfacción con los dispositivos sanitarios de los profesionales que atienden los recursos residenciales

En las tablas 4 a 7 se presentan los resultados correspondientes a las respuestas de los encuestados sobre los tres tipos de dispositivos valorados en cada uno de los ítemes propuestos. A continuación se destacan específicamente los siguientes aspectos:

- La opción de respuesta con mayor porcentaje en cada dispositivo.
- Los dispositivos en los que se ofrecen respuestas del tipo: *mucha satisfacción*.
- El orden de los dispositivos según el porcentaje obtenido –de mayor a menor– para la respuesta *ninguna satisfacción* en cada uno de ellos.

Tabla 3. Mejoría global autopercibida de los pacientes de los alojamientos protegidos.

En comparación a cómo vivía antes de entrar en una casa como ésta, en general mi vida ha mejorado ...	N	%
Nada	3	7.2
Algo	6	14.3
Bastante	14	33.3
Mucho	19	45.2

Facilidad para hablar con los profesionales

El mayor porcentaje de respuestas de los encuestados respecto a la facilidad de hablar con los profesionales se sitúan en las siguientes opciones para los tres tipos de dispositivos:

- Para la Unidad de Rehabilitación (URA) en *bastante/mucha*.
- Para los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) en *alguna*.
- Para las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM) en *alguna*.

Tabla 4. Nivel de satisfacción sobre la *Facilidad para hablar con los profesionales que atienden a los pacientes* en los tres tipos de dispositivos sanitarios.

Satisfacción	Unidad de Rehabilitación		Equipo de Salud Mental del Distrito		Unidad de Salud Mental	
	N	%	N	%	N	%
<i>Ninguna</i>	8	19.5	9	22	15	36.6
<i>Alguna</i>	10	24.4	25	61	18	43.9
<i>Bastante o Mucha</i>	19	46.3	7*	17.1*	6*	14.6*
<i>NS/NC</i>	4	9.8	-	-	2	4.9
<i>Total</i>	41	100	41	100	41	100

* Sólo hay respuestas *Bastante*.

Tabla 5. Nivel de satisfacción sobre la *Información y orientación que se le proporciona* en los tres tipos de dispositivos sanitarios para mejorar el abordaje del paciente.

<i>Satisfacción</i>	Unidad de Rehabilitación		Equipo de Salud Mental del Distrito		Unidad de Salud Mental	
	N	%	N	%	N	%
<i>Ninguna</i>	13	31.7	23	56.1	22	53.7
<i>Alguna</i>	16	39	15	36.6	12	29.3
<i>Bastante o Mucha</i>	8	19.5	3*	7.3*	7	17.1
<i>NS/NC</i>	4	9.8	-	-	-	-
<i>Total</i>	41	100	41	100	41	100

* Sólo hay respuestas *Bastante*.

Tabla 6. Nivel de satisfacción respecto a la disposición de los profesionales de los tres tipos de dispositivos para *Recibir sugerencias de los monitores*.

<i>Satisfacción</i>	Unidad de Rehabilitación		Equipo de Salud Mental del Distrito		Unidad de Salud Mental	
	N	%	N	%	N	%
<i>Ninguna</i>	14	34.1	21	51.2	26	63.4
<i>Alguna</i>	15	36.6	19	46.3	13	31.7
<i>Bastante o Mucha</i>	8	19.5	1*	2.4 *	1*	2.4*
<i>NS/NC</i>	4	9.8	-	-	1	2.4
<i>Total</i>	41	100	41	100	41	100

* Sólo hay respuestas *Bastante*.

Tabla 7. Nivel de satisfacción respecto a la *Atención* que, en general, reciben los monitores de los tres tipos de dispositivos sanitarios.

<i>Satisfacción</i>	Unidad de Rehabilitación		Equipo de Salud Mental del Distrito		Unidad de Salud Mental	
	N	%	N	%	N	%
<i>Ninguna</i>	10	24.4	10	24.4	20	48.8
<i>Alguna</i>	10	24.4	26	63.4	16	39
<i>Bastante o Mucha</i>	21	51.2	5*	12.2*	4*	9.8*
<i>NS/NC</i>	5	12.2	-	-	1	2.4
<i>Total</i>	41	100	41	100	41	100

*Sólo hay respuestas *Bastante*.

Sólo para la URA existen respuestas de *mucha satisfacción*.

Para la opción *ninguna satisfacción* el porcentaje de repuestas de los encuestados es el siguiente en orden de mayor a menor: USM, ESMD y URA.

Información y orientación

El mayor porcentaje de respuestas de los encuestados respecto a la información y orientación proporcionada por los profesionales se sitúan en las siguientes opciones para los tres tipos de dispositivos:

- Para la URA en *alguna satisfacción*.
- Para los ESMD en *ninguna satisfacción*.
- Para las USM en *ninguna satisfacción*.

Para la URA y la USM existen respuestas de *mucha satisfacción*. No ocurre así para el ESMD.

Para la opción *ninguna satisfacción* el porcentaje de repuestas de los encuestados es el siguiente en orden de mayor a menor: ESM, USM y URA.

Sugerencias

El mayor porcentaje de respuestas de los encuestados se sitúan en las siguientes opciones para los tres tipos de dispositivos:

- Para la URA en *alguna satisfacción*.
- Para los ESMD en *ninguna satisfacción*.
- Para las USM en *ninguna satisfacción*.

Sólo para la URA existen respuestas de *mucha satisfacción*.

Para la opción *ninguna satisfacción* el porcentaje de repuestas de los encuestados es el siguiente en orden de mayor a menor: USM, ESM y URA.

Atención

El mayor porcentaje de respuestas de los encuestados se sitúan en las siguientes opciones para los tres tipos de dispositivos:

- Para la URA en *bastante/mucha satisfacción*.
- Para los ESMD en *alguna satisfacción*.
- Para las USM en *ninguna satisfacción*.

Para la opción *ninguna satisfacción* el porcentaje de repuestas de los encuestados es el siguiente en orden de mayor a menor: USM, URA y ESMD.

Satisfacción con los recursos sociales de los profesionales que atienden los recursos residenciales

En las tablas 8 a 11 se presentan los resultados correspondientes a las respuestas de los encuestados respecto a los tres tipos de dispositivos valorados en cada uno de los ítems propuestos. Se destacan específicamente los siguientes aspectos:

- La opción de respuesta con mayor porcentaje en cada recurso.
- El orden de los recursos según el porcentaje obtenido –de mayor a menor– para la respuesta *ninguna satisfacción* en cada uno de ellos.

A diferencia del cuestionario anterior, aquí se ofrecen respuestas del tipo *mucha satisfacción* para todos los dispositivos.

Facilidad para hablar

El mayor porcentaje de respuestas de los encuestados se sitúan en las siguientes opciones para los cuatro tipos de recursos:

Tabla 8. Nivel de satisfacción sobre la *Facilidad para hablar* con los profesionales que atienden a los pacientes en los recursos sociales.

Satisfacción	Taller R.G.		PROAZIMUT		ASAENES		Otros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Ninguna</i>	8	20	10	25	6	15	11	27.5
<i>Alguna</i>	7	17.5	7	17.5	5	12.5	6	15
<i>Bastante o Mucha</i>	12	30	9	22.5	19	47.5	6	15
<i>NS/NC</i>	13	32.5	14	35	10	25	17	42.5
<i>Total</i>	40	100	40	100	40	100	40	100

Tabla 9. Nivel de satisfacción sobre la *Información y orientación* que se le proporciona en los recursos que se refieren para mejorar el abordaje del paciente.

Satisfacción	Taller R.G.		PROAZIMUT		ASAENES		Otros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Ninguna</i>	9	22.5	17	42.5	8	20	15	37.5
<i>Alguna</i>	14	35	6	15	10	25	4	10
<i>Bastante o Mucha</i>	4	10	2	5	12	30	3	7.5
<i>NS/NC</i>	13	32.5	15	37.5	10	25	18	45
<i>Total</i>	40	100	40	100	40	100	40	100

Tabla 10. Nivel de satisfacción respecto a l disposición de los profesionales de los tres tipos de dispositivos sociales para *Recibir sugerencias de los monitores*.

Satisfacción	Taller R.G.		PROAZIMUT		ASAENES		Otros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Ninguna</i>	10	25	10	25	9	22.5	12	30
<i>Alguna</i>	12	30	13	32.5	6	15	7	17.5
<i>Bastante o Mucha</i>	5*	12.5*	2	5	14	35	4*	10*
<i>NS/NC</i>	13	32.5	15	37.5	11	27.5	17	42.5
<i>Total</i>	40	100	40	100	40	100	40	100

* Sólo hay respuestas *Bastante*.

- Para el Taller *Rafael González* (Taller RG) en *bastante/mucha*.
- Para *PROAZIMUT* en *ninguna*.
- Para *ASAENES* en *bastante/mucha*.
- Para *OTROS* en *ninguna*.

Para la opción *ninguna satisfacción* el porcentaje de repuestas de los encuestados es el siguiente en orden de mayor a menor: *OTROS*, *PROAZIMUT*, Taller R. G. y *ASAENES*.

Información y orientación

El mayor porcentaje de respuestas de los encuestados se sitúan en las siguientes opciones para los cuatro tipos de recursos:

- Para el Taller R. G. en *alguna satisfacción*.
- Para PROAZIMUT en *ninguna satisfacción*.
- Para ASAENES en *bastante/mucha satisfacción*.
- Para OTROS en *ninguna satisfacción*.

Para la opción *ninguna satisfacción* el porcentaje de repuestas de los encuestados es el siguiente en orden de mayor a menor: PROAZIMUT, OTROS, Taller R. G. y ASAENES.

Sugerencias

El mayor porcentaje de respuestas de los encuestados se sitúan en las siguientes opciones para los cuatro tipos de recursos:

- Para el Taller R. G. en *alguna satisfacción*.
- Para PROAZIMUT en *alguna satisfacción*.

- Para ASAENES en *bastante/mucha satisfacción*.
- Para OTROS en *ninguna satisfacción*.

Para la opción *ninguna satisfacción* el porcentaje de repuestas de los encuestados es el siguiente en orden de mayor a menor: OTROS, Taller R. G., PROAZIMUT y ASAENES.

Atención

El mayor porcentaje de respuestas de los encuestados se sitúan en las siguientes opciones para los cuatro tipos de recursos:

- Para el Taller R. G. en *bastante/mucha satisfacción*.
- Para PROAZIMUT en *ninguna satisfacción*.
- Para ASAENES en *bastante/mucha satisfacción*.
- Para OTROS en *ninguna satisfacción*.

Para la opción *ninguna satisfacción* el porcentaje de repuestas de los encuestados es el siguiente en orden de mayor a menor: OTROS, PROAZIMUT, Taller R. G. y ASAENES.

Tabla 11. Nivel de satisfacción respecto a la Atención que en general, reciben los monitores de los recursos que se refieren.

Satisfacción	Taller R.G.		PROAZIMUT		ASAENES		Otros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ninguna	8	20	10	25	6	15	11	27.5
Alguna	8	20	9	22.5	7	17.5	8	20
Bastante o Mucha	11*	27.5*	6	15	17	42.5	4*	10*
NS/NC	13	32.5	15	37.5	10	25	17	42.5
Total	40	100	40	100	40	100	40	100

Discusión

Los datos obtenidos con la *Ficha Epidemiológica* son similares a los del estudio de Maestro, Torres, Laviana, Moreno, Trieman y Rickard (2001) con una muestra de pacientes desinstitucionalizados alojados en recursos residenciales de Sevilla y Granada. El perfil que se dibuja también coincide con el del conjunto de pacientes que conformaron la muestra de la investigación de la que se extraen estos datos, y que incluía a pacientes en lista de espera para residir en alojamientos protegidos (Ramos, Martínez, Cuevas, Perona, Dorado, Laviana, Hervás, Navarrón y López, 2002). En dicho trabajo se vierten diversos comentarios al respecto.

Mejoras autopercibidas y satisfacción de los pacientes de los recursos residenciales

Antes que nada, conviene señalar que cuando los pacientes evalúan su mejora en cada uno de los aspectos estudiados, lo hacen sin que sepamos cuál es su criterio de referencia previo, de manera que cuando, por ejemplo, lo hacen señalando la opción *Nada*, desconocemos si es porque antes su funcionamiento era objetiva o subjetivamente satisfactorio, o porque en su nueva situación residencial no ha mejorado su nivel de satisfacción previo. En los comentarios posteriores tomamos, en general, este último punto de vista.

El 83.3 % de los pacientes opinan que su vida ha mejorado *bastante/mucho* en lo que respecta a *la comida*. La provisión de comidas en las casas-hogares por medio de un servicio de *catering* y la apreciación de calidad de la misma, podría contribuir a este alto porcentaje. En los pisos los pa-

cientes elaboran sus propias comidas, situación que no parece que disminuya la apreciación positiva de la mayor parte de los encuestados, sino más bien al contrario. Posiblemente, más allá de la calidad de la comida, pueda influir en estos resultados el orden que se establece en la alimentación y, específicamente en los pisos, la participación directa de los pacientes en la determinación de los menús, las compras de los alimentos y su elaboración.

El 64.3 % de los pacientes opinan que su vida ha mejorado *bastante/mucho* en lo que respecta al *sueño*. En estos resultados quizá influya la correcta toma de medicación monitorizada por los profesionales de los recursos y la estructuración de las rutinas diarias, con una vida lo más activa posible y con especial atención a evitar estar acostado y/o dormido durante el día a deshoras.

El 81 % de los pacientes creen que su vida ha mejorado *bastante/mucho* en lo que respecta a *la comodidad*. Aunque cuando se formuló este ítem se consideró desde la perspectiva del confort físico, es posible que la ambigüedad del concepto haya llevado a considerarlo desde distintos puntos de vista. En cualquier caso, ya sea desde la perspectiva en que se formuló o desde la perspectiva del confort *relacional*, resalta el alto porcentaje de valoraciones positivas. Dado que en los recursos residenciales se trata de fomentar un estilo de vida activo en la medida de lo posible, no creemos que se haya respondido considerando como el desarrollo de una vida pasiva.

La proporción de pacientes que opinan que su vida ha mejorado *nada/algo* (50 %) en lo que respecta a *la ropa*, es prácticamente la misma que los que opinan que ha mejorado *bastante/mucho* (49 %). Posible-

mente, la escasa disponibilidad económica de muchos pacientes (con ingresos menores a 50 mil pesetas) no permita muchas mejoras en el vestuario.

El 47.6 % de los pacientes creen que su vida ha mejorado *nada* respecto a *la higiene*. El abandono de los cuidados personales constituye uno de los déficits funcionales en pacientes esquizofrénicos con predominio de síntomas negativos; y muchos de los que residen en estos recursos tienen esta clínica fundamentalmente. Ya que en los mismos uno de los aspectos que se atiende especialmente es el de la higiene personal, este porcentaje limitado pudiera responder a que los pacientes no fueran conscientes de que tuvieran limitaciones en esta área antes de residir en el alojamiento protegido.

El 64.4 % de los pacientes opinan que su vida ha mejorado *bastante/mucho* en lo que respecta a *la limpieza de la casa*. En las casa-hogares dicha actividad es realizada por la empresa *PROAZIMUT*, que contrata pacientes profesionalmente cualificados para esta labor. Por tanto, la calidad del servicio debe ser buena. En los pisos son los propios pacientes los que se responsabilizan, pero también reciben ayudas complementarias del servicio anteriormente mencionado.

El 57.1 % de los pacientes opinan que su vida ha mejorado *bastante/mucho* respecto a *el tamaño de la casa*; y el 76.2 % de los pacientes que ha mejorado *bastante/mucho* en lo que respecta a *al tamaño de la habitación*. Específicamente en las casa-hogares la amplitud de las habitaciones es mayor que en las viviendas habituales por tener los edificios características más residenciales.

El 57.1 % de los pacientes opinan que su vida no ha mejorado *nada* respecto a la

disponibilidad económica. En esto probablemente influyan las siguientes circunstancias: la obligatoriedad que tienen de contribuir a su mantenimiento en los recursos con una parte importante de sus pensiones y la administración que en muchos casos tienen que hacer los monitores de dinero del que finalmente disponen para sus gastos.

En el ámbito específico de las relaciones sociales, hay que destacar que los pacientes opinan que su vida ha mejorado *bastante/mucho* en relación a *estar acompañado, hablar con otras personas, divertirse con otras personas y hacer amigos*, aunque el porcentaje correspondiente a cada uno de estos aspectos va decreciendo en el mismo orden en que los citamos (78.6%, 71.4%, 69.5% y 64.3% respectivamente). De esta forma, en la medida en que aumenta el nivel de sofisticación e intimidad de la relación, disminuye el número de pacientes que señalan la opción de respuesta *bastante/mucho*, siendo el menor porcentaje el que corresponde a *hacer amigos*.

Respecto a la *relación con la familia*, los pacientes que consideran que su vida no ha mejorado *nada* es el mayor de todos. La inclusión en un recurso residencial de los pacientes que viven con familiares contribuye a que los inconvenientes de la convivencia desaparezcan, pero esto no tiene por qué conllevar una percepción en los pacientes de mejora de la relación. Los conflictos desaparecen a costa de reducir el contacto, y esto podría ser valorado por los pacientes como una pérdida, sobre todo si no consideraban que existieran dificultades en la convivencia. Además, la desaparición de las dificultades referidas no tiene por qué mejorar en sí la cualidad de la relación, que está hecha de numerosos aspectos (afectividad, conversación, apoyo

instrumental, etc.). En cualquier caso, los profesionales de los recursos residenciales alientan el contacto de los residentes con sus familiares, incluso con estancias más o menos breves con ellos, pero probablemente no siempre se encuentre la respuesta que sea satisfactoria para los pacientes. En algunos casos, el distanciamiento familiar venía de antes de la inclusión del paciente en un recurso residencial, y durante la estancia en él persiste la situación, por lo que necesariamente se hará una valoración de que no ha habido ninguna mejoría al respecto. Por otra parte, en otros casos, la índole de la relación era positiva, y sigue siéndolo, por lo que tampoco habría que marcar una mejoría al respecto. Convendría explorar más detenidamente este aspecto, de manera que sepamos qué esperan los pacientes de sus familias una vez que han pasado a residir a un alojamiento protegido.

Respecto a este tema, en MacMillian y cols. (1992) se informa que los pacientes de diversos alojamientos protegidos sí mantenían contacto con sus familiares; pero Eikelman y Reker (1991) señalan que, sin embargo, cuando los pacientes dejaban los hospitales tradicionales y pasaban a recursos residenciales comunitarios decrecía el contacto con ellos.

El 64.3 % de los pacientes dicen que su vida ha mejorado *bastante/mucho* en cuanto a *distraerse*. Los profesionales alientan la interacción de los pacientes y la ocupación lúdica y doméstica de los mismos en los recursos.

Resulta interesante que el 66.7 % de los paciente opinen que su vida ha mejorado *bastante/mucho* en *hacer tareas de la casa*. Tradicionalmente reservadas estas tareas en nuestro contexto social para las mujeres, y siendo el porcentaje de las mismas en este estudio mucho menor que el de

los varones, sorprende que sean tantos (y, por tanto, también éstos) los que conciban una mejoría al respecto; ya que, de antemano, se hubiera pensado que hacerlas no sería de su agrado. Es probable que un protagonismo en ellas —más allá de la pesadez que puedan tener— contribuya a autopercibirse como gestor de la propia vida doméstica diaria, cuidador de sus cosas, útil, y colaborador social para la convivencia.

El mayor porcentaje de respuestas *nada* (76.2 %) se sitúa en el ítem *asistir a cursos y talleres*. Las actividades de carácter formativo y ocupacional constituyen una parte destacable de las intervenciones rehabilitadoras. La tendencia a la inactividad de muchos pacientes mentales crónicos, sus deterioros cognitivos y su escasa formación, hacen que las propuestas de este tipo formen parte de los programas de tratamiento de la mayor parte de estos pacientes. También resulta ser una preocupación fundamental de los profesionales de los recursos, que ven cómo muchos pacientes se acomodan en los ambientes residenciales, por lo que siempre están alentándoles -y reclamando de los servicios- su inclusión en actividades de esta naturaleza. No obstante, conviene decir que no para todos los pacientes estas opciones de tratamiento son convenientes, y que hay que adecuarlas a sus posibilidades, necesidades y peticiones. De todas formas, aunque la interpretación de las respuestas a este ítem puede orientarse en varios sentidos, nosotros, en función de la experiencia, entendemos que este tipo de actividades no son del agrado de muchos pacientes, y que la participación en las mismas, resultan ser, antes que nada, una carga o una obligación no buscada.

Es posible que la toma de medicamentos sea, para muchos pacientes, una moles-

tia, y cumplirla más un interés de los profesionales que les rodean que de ellos mismos. En este sentido, no extraña que el 54.8 % de los encuestados opinen que su vida no ha mejorado *nada* respecto a *tomar medicamentos*.

Algo similar ocurre respecto a *tratar-se en los centros sanitarios*. La inclusión de un paciente en un recurso residencial mejora la adherencia a los tratamientos y permite una mayor oferta terapéutica, por la tutela que al respecto ejercen los profesionales que los atienden. Sin embargo, también aquí podría parecer que el interés de la vinculación con los centros sanitarios fuera más de los profesionales que de los propios pacientes. El 59.5 % de ellos opinan que su vida no ha mejorado *nada* al respecto.

Los pacientes valoran muy positivamente *recibir ayuda para arreglar papeles y hacer recados*. El 71.5 % de los mismos opinan que su vida ha mejorado *bastante/mucho* en este aspecto. Los tradicionalmente conocidos déficits en las habilidades sociales y los deterioros cognitivos hacen que los pacientes, posiblemente conocedores de sus limitaciones, conciban esta ayuda como importante.

En relación a todos los aspectos explorados con esta encuesta, en Hyde y cols. (1987) se señala que los pacientes residentes en un recurso tipo *hostel ward* valoraban de modo muy positivo en su nuevo alojamientos la comida, sus compañeros, sus actividades, su privacidad, la comunicación con los profesionales, la atención a las quejas, su libertad, las actividades vespertinas. En el anterior estudio citado de Maestro y cols. (2001), la compañía, el entorno y la comida son aspectos que valoran especialmente los pacientes.

Los datos sobre el nivel de *satisfacción respecto a vivir en el recurso residen-*

cial y sobre la valoración de la mejora de vida en él en comparación a dónde vivían antes son muy similares. El 66.6 % de los paciente se encuentra *bastante/muy satisfechos* viviendo en la casa donde están y el 78.5 % de los pacientes valoran que su vida ha mejorado *bastante/mucho* viviendo allí. Y el 7.2 % no se encuentran *nada satisfechos*, igual porcentaje que el que considera que su vida no ha mejorado *nada*. En este estudio no se ha cuantificado la procedencia residencial de los pacientes que ya están alojados en los recursos. No obstante, sabemos que una parte lo han hecho tras muchos años de internamiento en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores y de internamientos prolongados y/o recurrentes en Unidades de Hospitalización de Hospitales Generales. Debemos suponer que para estos pacientes, residir en una casa o un piso será una experiencia contrastadamente gratificante. Por otra parte, considerando los porcentajes referidos, parecería que incluso para aquellos procedentes de un ámbito residencial propio o familiar esta situación es satisfactoria. Probablemente entonces, habría que cuestionar para estos casos la idea de que abandonar su medio habitual pueda resultar prolongadamente doloroso. Estos datos nos remiten también al trabajo realizado por los profesionales de los recursos, y la provisión de servicios que se ofrecen en los alojamientos, aspectos que indudablemente deben estar en los altos niveles de satisfacción que expresan los pacientes.

Estos últimos datos encajan con los aportados en diversas investigaciones sobre el tema. Cuando los pacientes proceden de ámbitos hospitalarios valoran sus nuevos alojamientos comunitarios como satisfactorios y no cambiarían su lugar de residencia actual por el anterior (Anderson y cols., 1993; Hyde y cols, 1987; MacMillian

y cols., 1992; Maestro y cols., 2001; Okin y cols., 1995). Pero incluso aunque su lugar de procedencia no sea el hospitalario, la satisfacción de los pacientes es también evidente (Lehman y cols., 1991).

Queda por desarrollar en este trabajo la comparación de las mejoras autopercebidas y la satisfacción con el alojamiento entre los pacientes de los pisos y las casa-hogares, por cuanto parece que los ambientes menos restrictivos son preferidos por ellos e influyen en la consideración positiva que hacen de su propia salud y calidad de vida (Lehman y cols., 1991; Maestro y cols., 2001).

Otra cuestión que queda también por explorar es la opinión de los pacientes que residen en sus propios hogares y que están tutelados *a domicilio* por profesionales. En la línea de los datos procedentes de las investigaciones, que señalan que los pacientes prefieren vivir en sus propios hogares y con apoyos flexibles de los profesionales (Tanzman, 1993), sería interesante conocer si existen diferencias en la consideración de todos los aspectos anteriores entre éstos y los que residieran en alojamientos protegidos tipo pisos y casa-hogares.

Satisfacción con los dispositivos sanitarios de los profesionales de los recursos residenciales

Como se refirió en el apartado de *resultados*, todos los encuestados tienen contacto con los ESMD porque ofrecen su nivel de satisfacción respecto a los mismos en este ítem. Esto no ocurre con los otros dos tipos de dispositivos, en que hay un porcentaje de encuestados que no responden. Pueden existir dos motivos para esto: que el número de contactos ha sido tan reducido que no les ha permitido conformar

una opinión al respecto, o que no los han tenido en ningún caso. Varias circunstancias pueden explicar esto. Algunos pacientes residen en una casa-hogar ubicada en el pueblo de Aznalcázar, y cuyos pacientes no reciben los servicios directos de la URA por razones de accesibilidad. Para estos casos los profesionales de ese recurso no pueden opinar sobre este dispositivo. Por otra parte, también puede haber profesionales de los recursos residenciales que por razones circunstanciales de organización del trabajo (por ejemplo, rotación por turnos y delegación en los contactos externos en ciertos compañeros) no hayan tenido oportunidad de mantener una vinculación con los dispositivos que referimos y, por tanto, opinar sobre su satisfacción al respecto.

En conjunto, para todos los ítemes, la URA es el dispositivo con el que los profesionales de los recursos residenciales tienen un mayor grado de satisfacción, que se sitúa en los niveles *alguna satisfacción* para recibir información y orientación y ofrecer sugerencias; y *bastante/mucha satisfacción* para la facilidad para hablar con los profesionales y la atención recibida en general. Sólo para este dispositivo se ofrecen respuestas de *mucha satisfacción*. Respecto a la respuesta *ninguna satisfacción*, la URA recibe el menor porcentaje en todos los ítemes, excepto para atención en general.

Los profesionales de los recursos residenciales son personas que realizan funciones similares a los familiares respecto a los pacientes. En este sentido, se parecen estos resultados a los obtenidos por Cuevas y cols. (1998), que evaluaron los niveles de satisfacción de los familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos por la URA respecto a diferentes aspectos del trabajo realizado en este dispositivo con su familiar y

con ellos mismos. En el mismo se ofrecían altos niveles de satisfacción, del 80 % y más, respecto a la actitud del personal, su cualidad humana, la facilidad para hablar y la información proporcionada.

La Unidad de Rehabilitación es un dispositivo que mantiene una estrecha vinculación con los recursos residenciales por varios motivos:

- La mayor parte de los pacientes alojados en los mismos han sido evaluados y propuestos desde ahí.
- Muchos de ellos mantienen una vinculación con nosotros con distintas ofertas de tratamiento (psicológico-individual, grupal y familiar, ocupacional, formativo, pre-laboral, laboral, socio-recreativo).
- Todos los recursos tienen asignado un auxiliar de enfermería que ejerce una labor tutorial con el propósito de que haya un intercambio continuo de información respecto a las eventualidades de cada paciente. Esto se hace con la gestión de citas de los pacientes en nuestro dispositivo y la comunicación directa con los profesionales de los recursos, ya sea personal o telefónica.
- Otros profesionales de la URA mantienen reuniones en los mismos recursos, ya sea con los profesionales de los recursos y/o con los propios pacientes.

Probablemente el conjunto de estos elementos influya en los datos anteriormente referidos.

Las USM reciben el menor porcentaje de satisfacción para cada uno de los ítemes, que se sitúa en los niveles *alguna satisfacción* para la facilidad para hablar y *ninguna satisfacción* para ofrecer información y orientación, recibir sugerencias y la

atención recibida en general. No existen respuestas de *mucha satisfacción*. Para todos los ítemes, excepto para recibir información y sugerencias obtiene el mayor porcentaje de *ninguna satisfacción*.

Las USM ocupan un *difícil* lugar en la atención a la salud mental. Su principal tarea de ofrecer atención hospitalaria a aquellos pacientes que precisan un tratamiento de estas características, y la limitación de camas disponibles que pueden sufrir para atender todas las necesidades que eventualmente surjan, pueden colapsar estos dispositivos. Muchas veces se ven obligados a prolongar o reiterar ingresos, por las dificultades para ofrecer respuestas terapéuticas y sociales de índole comunitaria en aquellos pacientes que los protagonizan. Ya que su relación con los recursos tiene que ver con esta tarea, todo lo referido puede comprometer la atención que, en opinión de los profesionales de los recursos residenciales, puedan ofrecer a los pacientes de los mismos. Los inconvenientes que pueden surgir podrán estar relacionados con la necesidad de ingresos de pacientes alojados en los recursos, situándose la índole del conflicto en las distintas posiciones de los profesionales de uno y otro sitio al respecto. A saber: los de los recursos residenciales se enfrentaran a cuadros clínicos y situaciones convivenciales consecuentes que no podrán manejar en esos contextos y para las que requerirán dichos ingresos. Y los de las USM esperarán que sean pocos los pacientes que desde esos recursos se les remitan, al suponer que, por existir profesionales en los mismos, se deberían manejar las situaciones difíciles también allí mismo. En este sentido les supondrán mayor capacidad de contención que en situaciones similares en contextos familiares.

Un aspecto que hay que tener muy en cuenta también es el de que los encuesta-

dos tienen que valorar sólo a una URA, pero han de valorar a dos USM y, sobre todo, a seis ESMD. Esto puede determinar sesgos por mor de que se ha de ofrecer opiniones en conjunto y, quizá, podría determinarse por la mayor referencia de la misma en relación a alguno o algunos de los dispositivos. Por otra parte, respecto a los ESMD, son algunos de ellos los que concentran la mayor atención a pacientes de los recursos, en función de la ubicación de los mismos y la adscripción administrativa que le corresponde.

Satisfacción con los recursos sociales de los profesionales de los recursos residenciales

Hay que destacar el alto porcentaje de encuestados que no opinan sobre su nivel de satisfacción. Aunque es elevado para todos los dispositivos, lo es en mayor medida para los recursos OTROS. Aquí se incluyen alternativas sociales normalizadas, en las que hay menor número de pacientes implicados. Como ya se ha reiterado anteriormente, las patologías que presentan –fundamentalmente esquizofrenia– producen limitaciones que dificultan su participación en contexto normalizados en donde no exista una consideración y una adecuación medio-ambiental y relacional a las mismas. En cualquier caso, aquellos profesionales de los recursos que atienden pacientes que sí participan de ellas, tienen un considerable grado de insatisfacción respecto a todas las variables que se exploran. Habría que considerar si esto podría responder a que, tratándose de contados casos los que participaran de las mismas, no exista una buena fluidez relacional.

Destacan las opiniones de satisfacción respecto a ASAENES. En todos los ítemes

obtiene el mayor porcentaje de respuestas en la opción *bastante/mucha satisfacción*. Y también el menor porcentaje en la respuesta *ninguna satisfacción*. Los profesionales de los dispositivos de salud mental, y específicamente los de esta URA, sabemos el protagonismo que esta Asociación está teniendo en el abordaje de personas con enfermedades mentales crónicas, en distintos aspectos: sociales, recreativos, residenciales, ocupacionales, formativos, etc., que complementan y enriquecen la oferta asistencial de los servicios públicos. Muchos de los pacientes que atendemos y de los que están en los recursos residenciales participan de las distintas actividades que realiza. Además, las mismas cubren horarios de tarde y fines de semana que da un margen para la accesibilidad de los pacientes a estos servicios que resultan de mucho interés; y especialmente para los de los recursos residenciales. Es probable que la labor general que realiza esta Asociación influya en la consideración positiva de la relación de los profesionales de los recursos respecto a los de aquella.

Por último conviene comentar que algunas de las pruebas utilizadas han sido elaboradas por el equipo de investigación y aunque han sido contrastadas y probadas desde el punto de vista de su precisión conceptual y comprensibilidad, no se han sometido a los procedimientos psicométricos de fiabilidad y validez. Teniendo en cuenta la relevancia de este hecho, también hay que decir que los datos aportados por las mismas deben ser considerados por las líneas de conocimiento que apuntan y porque pueden sugerir reflexiones y modificaciones en la práctica que interesen para la mejora asistencial de los pacientes en los dispositivos sanitarios, en los alojamientos protegidos y en los recursos sociales relacionados.

Conclusiones

- El perfil de los pacientes evaluados alojados en recursos residenciales es: esquizofrénicos, varones, entre 27 y 57 años, solteros, sin cualificación profesional, con ingresos inferiores a 50 mil pesetas, capacitados, con más de 15 años de tratamiento y menos 5 de alojamiento en los recursos.
- Los pacientes perciben mejoras en su vida en numerosos aspectos desde que viven en los alojamientos protegidos, pero destacan especialmente los siguientes: la comida, la comodidad, el tamaño de su habitación, estar acompañado, hablar con otras personas, divertirse con otras personas y recibir ayuda para arreglar papeles y hacer recados. Así mismo, tienen un elevado nivel de satisfacción viviendo donde lo hacen y valoran que su vida ha mejorado también muy considerablemente.
- Los profesionales que atienden a los pacientes en los recursos residenciales están especialmente satisfechos con la atención proporcionada en la URA y en ASAENES. La diferencia de esta última organización con respecto a otros recursos sociales es considerable. Su oferta diversificada de actividades, su incidencia en situaciones de orden social, la flexibilidad horaria, la accesibilidad de los pacientes y la disponibilidad de los profesionales podrían ser elementos que influyeran en estos resultados.

Referencias

American Psychiatric Association Task Force on Community Services (1982). *A typology of community residential*

services. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Anderson, J., Dayso, D., Wills, W., Gooch, C., Margolius, O., O'Driscoll, C. y Leff, J. (1993). The TAPS Project, 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *British Journal of Psychiatry*, 162 (Supl. 19), 45-56.

Budson, R. (1994). Community residential and partial hospital care: Low-cost alternative systems in the spectrum of care. *Psychiatric Quarterly*, 65, 209-220.

Carling, P. J. y Ridgway, P. (1989). Aproximation to residential programs. En A. D. Farkas y W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*. Baltimore: J. H. University.

Cuevas, C., Dorado, R., Hervás, A., Laviana, M., Navarrón, E., Perona, S. y Ramos, J.M. (1998). *Evaluación de la calidad de un servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción de los familiares de usuarios con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia*. Sevilla: Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Eikelman, B. y Reker, T. (1991). A modern therapeutic approach for chronically mentally ill patients-results of a four-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 357-363.

Hyde, C., Bridges, K., Sterling, C. y Faragher, B. (1987). The evaluation of a hostel ward. A controlled study using modified cost-benefit analysis. *British Journal of Psychiatry*, 151, 805-812.

Kingdom, D., Tukington, D., Malcom, K. y Larkin, E. (1991). Replacing the mental hospital. Community provision for a district's chronically psychiatric

- cally disabled in domestic environments? *British Journal of Psychiatry*, 158, 113-117.
- Lamb, H. R. y Goertzel, V. (1971). Discharged mental patients, are they really in the community? *Archives General Psychiatry*, 24, 29-34
- Leff, J. (1993). The TAPS Project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 162 (Supl. 19).
- Lehman, A., Salughter, J. y Myers, M (1996). Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatric Quarterly*, 62, 35-49.
- MacMillian, M., Hornblow, A. y Baird, K. (1992). From hospital to community: a follow up of community placement of the long term mentally ill. *New Zealand Medical Journal*, 105, 349-350.
- Maestro, J. C., Torres, F., Laviana, M., Moreno, B., Trieman, N. y Rickard, C. (2001). Estudio de las alternativas residenciales para pacientes desinstitutionalizados en Granada y Sevilla. *Anales de Psiquiatría*, 17, 143-152.
- Okin, R. L., Borus, J. F., Baer, L. y Jones, A. L. (1995). Long-term outcome of state hospital patients discharged into structures community residential settings. *Psychiatric Services*, 46, 73-79.
- Ramos, J. M., Martínez, M. J., Cuevas, C., Perona, S., Dorado, R., Laviana, M., Hervás, A., Navarrón, E. y López, A. (2003). Alojamientos protegidos para enfermos mentales crónicos (1): perfil epidemiológico, síntomas, calidad de vida y autoestima en dos muestras de sujetos. *Apuntes de Psicología*, 21 (1), 101-116.
- Segal, S. P. y Kotler, P. L. (1991). A ten year perspective of mortality risk among mentally ill patients in sheltered care. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 708-713.
- Segal, S. P., Vandervoort, D. J. y Liese, L. H. (1993). Residential status and the fisical health of a mentally ill population. *Health Social Work*, 18, 208-214.
- Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 450-45.