



UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

Población sin hogar y salud mental: impacto del programa *Primer la Llar*

Inés Campo Ferreiro



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**

TESIS DOCTORAL

Población sin hogar y salud mental:
impacto del programa *Primer la Llar*

Inés Campo Ferreiro



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

2021



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria

Programa de Doctorat en Infermeria i Salut

Escola de Enfermeria. Facultat de Medicina y Ciencies de la Salut

Universitat de Barcelona

Población sin hogar y salud mental:
impacto del programa *Primer la Llar*

Tesis doctoral con mención europea presentada por **Inés Campo Ferreiro**
para optar al título de doctora por la Universidad de Barcelona

Dirigida por:

Dra. Maria Assumpta Rigol Cuadra

Dr. Josep Maria Haro Abad

Tutorizada por:

Dra. Teresa Lluch Canut

Que nada nos defina. Que nada nos sujete. Que sea la libertad nuestra propia sustancia.

Simon de Beauvoir

A Pepe, Aurora y Herminia.

Hagas lo que hagas, hazlo con cariño.

Agradecimientos

Escribir este apartado de agradecimientos representa el punto final a estos largos años de trabajo, investigación, esfuerzo y aprendizaje. En primer lugar quiero agradecer a los directores de tesis, Josep Maria Haro y Maria Assumpta Rigol, sin cuyo apoyo y orientación desde el primer momento no hubiera sido posible el proyecto; sin ellos tampoco hubiera sido posible llegar hasta el final, ya que cuando el camino se alarga a veces se pierde el sentido de por qué se había comenzado. Agradecer también la tutorización dedicada de Assumpta durante los momentos más arduos, y, en esta última etapa, la de Maria Teresa Lluch. Por otro lado, agradecer a Francesca Asensio, por su entusiasmo, cercanía, empatía y acompañamiento en los momentos iniciales de este proyecto y el inicio del trabajo de campo.

Gracias a Lars Benjaminsen, mi mentor en Copenhague, por acogerme durante la estancia en el Danish National Centre for Social Research (Tak!). Durante los tres meses allí aprendí también lo que es poder dedicarse a la investigación *a jornada completa*, sin que sea obligatorio compatibilizar con el ámbito asistencial, lo cual pude disfrutar.

A mis compañeros y compañeras del equipo ESMES, por entender y facilitar el trabajo y la compatibilización del ámbito asistencial con el investigador, lo cual no es sencillo. Gracias también en este sentido a mi supervisor, Hilari Andrés, por la comprensión y apoyo.

Al departamento de recerca de Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Susana Ochoa y José de Dios, por su trato y dedicación, y a Daniel Cuadras, por el apoyo estadístico. También a Marcos Catalán por el trato atento y el meticuloso asesoramiento y a mi compañera, Sara Sánchez, por la orientación siempre que ha sido necesaria.

Desde luego, muchísimas gracias a los 87 participantes que altruistamente decidieron compartir conmigo sus experiencias de vida en las entrevistas a lo largo de los dos años que duró el trabajo de campo. Siempre con la intención de poder contribuir a que haya cambios sociales en un sentido positivo y a que nadie duerma en la calle. Sin ellos, su amabilidad, generosidad, franqueza y confianza, no hubiera existido esta tesis.

Por otro lado, gracias a mis amigos y amigas (los de *toda la vida*): Yolanda, Úrsula, Patricia, Lucas, Mario, Sonia... que habéis estado cerca, no en el sentido literal, sino en el otro (que es el más importante), y con los que he aprendido que ni los kilómetros ni los años, tampoco las pandemias son más fuertes que esa *presencia*.

Gracias también a mis amigos y amigas de Barcelona, Isa, Josep Maria, Andrea, Marta, María, Miriam, Isabel, Alicia, Laura... por su eterna paciencia, escucha y apoyo durante estos años. Ahora sí... los *afterworks* lo serán de verdad.

Y por último pero no por ello menos importante, a mis padres Chus y Manuel, por enseñarme la importancia de la confianza, la dedicación y el esfuerzo; a mi hermano Jorge, por ser un gran hermano pequeño, y a Héctor, simplemente, gracias por estar.

ÍNDICE

ÍNDICE

Índice de contenidos	I
Índice de tablas y figuras.....	V
Acrónimos.....	VII
Resumen.....	1
Abstract	3
1. Introducción y marco teórico	5
1.1 Situación de sin hogar.....	7
1.1.1. Situación en España.....	9
1.1.2. Situación en Barcelona	10
1.2. Sin hogar y perspectiva de género: la invisibilización de la mujer	13
1.3. Vivienda y seguridad ontológica	15
1.4. Experiencias al conseguir una vivienda permanente.....	16
1.5. Modelo tradicional versus <i>Housing First</i>	18
1.6. Motivos para la no coacción.....	24
1.7. Sin hogar y salud mental	26
1.8. Tratamiento asertivo comunitario	26
1.8.1. Rol enfermero de salud mental en la atención interdisciplinar	28
1.9. Aplicación municipal en Barcelona: programa <i>Primer la Llar</i>	30
2. Justificación e hipótesis.....	35
3. Objetivos.....	39
4. Metodología	
4.1. Diseño.....	45
4.2. Área y población de estudio	45
4.3. Criterios de inclusión y de exclusión	45
4.4. Tamaño muestral.....	46
4.5. Reclutamiento y aleatorización.....	47
4.6. Descripción del programa.....	48
4.7. Instrumentos y fuentes de información.....	49
4.8. Procedimiento de recogida de datos	53
4.9. Análisis estadístico	54
4.10. Aspectos éticos.....	55
5. Resultados	

5.1. Descripción sociodemográfica y clínica de la muestra.....	59
5.2. Resultados a los 8 meses de seguimiento	
5.2.1. Retención.....	62
5.2.2. Resultados en escalas de salud mental	62
5.2.3. Resultados en abuso de sustancias.....	64
5.2.4. Resultados en habilidades de la vida diaria	66
5.3. Resultados finales	
5.3.1 Retención.....	67
5.3.2 Resultados en escalas de salud mental.....	67
5.3.2.1. Resultados en escalas de salud mental: subgrupo TMS.....	69
5.3.3 Resultados en abuso de sustancias.....	69
5.3.3.1. Resultados en abuso de sustancias: subgrupo TMS.....	70
5.3.4. Resultados en habilidades de la vida diaria	71
5.3.4.1 Resultados de habilidades de la vida diaria: subgrupo TMS ..	72
5.3.5. Resultados relativos a alteraciones conductuales.....	73
5.3.6. Resultados en cumplimiento del tratamiento prescrito	73
5.3.7. Resultados relativos a utilización de servicios.....	75
6. Informe de la discusión de resultados	
6.1. Discusión relativa al análisis descriptivo de la muestra	81
6.2. Discusión relativa a los resultados a los 8 meses de seguimiento	
6.2.1. Discusión relativa a sintomatología psiquiátrica	83
6.2.2. Discusión relativa a consumo de sustancias.....	85
6.2.3. Discusión relativa a habilidades de la vida diaria	86
6.3. Discusión relativa a los resultados finales	
6.3.1. Discusión relativa a sintomatología psiquiátrica	88

6.3.2. Discusión relativa a consumo de sustancias	89
6.3.3. Discusión relativa a habilidades de la vida diaria	92
6.3.4. Discusión relativa a alteraciones de conducta y cumplimiento farmacológico	95
6.3.5. Discusión relativa a uso de servicios	97
6.4. Limitaciones	98
6.5. Implicaciones, nuevas líneas de investigación y difusión de resultados.....	99
7. Conclusiones / Conclusions	101
8. Bibliografía.....	113
9. Anexos.....	135
Anexo 1. Escala de síndrome positivo y negativo PANSS.....	137
Anexo 2. Escala de Depresión de Hamilton	143
Anexo 3. Escala de Ansiedad de Hamilton	149
Anexo 4. Escala de Impresión Clínica Global - Versión Esquizofrenia (ICG- ESQ).....	153
Anexo 5. Habilidades básicas de la vida diaria (Basic Everyday Living Skills) ...	157
Anexo 6. Test AUDIT.....	183
Anexo 7. Escala de riesgo de violencia Plutchik	187
Anexo 8. Cuestionario sociodemográfico y clínico	191
Anexo 9. Cuestionario sobre utilización de servicios.....	197
Anexo 10. Escala CANSAS	203
Anexo 11. Cuestionario sobre utilización de tóxicos	207
Anexo 12. Cuestionario descriptivo del tratamiento farmacológico.....	211
Anexo 13. Certificado del Comité de Ética e Investigación Clínica	217
Anexo 14. Hoja informativa para el participante.....	221
Anexo 15. Consentimiento informado.....	225

Índice de tablas y figuras

Tabla 1: Número de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona 2008-2019	8
Tabla 2: Evolución del número total de personas sin hogar en Barcelona 2008-2019 .	12
Tabla 3: Datos desagregados por sexo de las personas alojadas en recursos de la XAPSLL 2009 – 2019.....	13
Tabla 4: Características descriptivas sociodemográficas de la muestra.....	59
Tabla 5: Características descriptivas de salud de la muestra.....	60
Tabla 6: Resultados escala PANSS en ambos grupos en entrevista basal y valoración a los 8 meses de seguimiento.....	63
Tabla 7: Resultados escalas HARS y HDRS en ambos grupos en entrevista basal y valoración a los 8 meses de seguimiento	64
Tabla 8. Resultados en consumo de tóxicos en ambos grupos en línea basal y a los 8 meses de seguimiento.....	65
Tabla 9. Resultados en escala BELS en ambos grupos en línea basal y a los 8 meses de seguimiento	66
Tabla 10. Resultados de escalas HARS y HDRS en línea basal y en última entrevista de seguimiento (21 meses)	68
Tabla 11. Resultados de escala PANSS en línea basal y en última entrevista de seguimiento (21 meses).....	68
Tabla 12. Resultados de escalas HARS y HDRS en línea basal y a los 21 meses de seguimiento para el subgrupo TMS.....	69
Tabla 13. Resultados en abuso de sustancias en línea basal y a los 21 meses de seguimiento para el total de la muestra	70
Tabla 14. Resultados en abuso de sustancias en línea basal y a los 21 meses para el subgrupo TMS.....	70

Tabla 15. Resultados de escala BELS en línea basal y a los 21 meses de seguimiento para el total de la muestra	71
Tabla 16. Resultados de escala BELS a los 0 y 21 meses para el subgrupo con TMS... 72	
Tabla 17. Resultados de cumplimiento de tratamiento psiquiátrico/somático prescrito en cada grupo.....	74
Tabla 18. Resultados de comparativa entre fases de utilización de servicios para cada grupo	76
Figura 1. Evolución del número total de personas sin hogar en Barcelona 2008-2019	12
Figura 2. Modelo <i>Housing First</i>	20
Figura 3. Modelo de intervención en escalera o modelo tradicional	21
Figura 4. Efecto mínimo detectable estandarizado MDES	47

Acrónimos

Listado de acrónimos por orden de aparición

TMS	Trastorno mental severo
XAPSLL	Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar
DSM	Diagnostic and Statistical Manual (Manual diagnóstico y estadístico)
CSM	Centros de Salud Mental
CAP	Centros de Atención Primaria
CASD	Centros de atención y seguimiento de drogodependencias
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
HARS	Hamilton Anxiety Rating Scale
BELS	Basic Everyday Living Skills

RESUMEN

RESUMEN

Introducción:

Housing First es un modelo de atención a las personas en situación crónica de sin hogar con trastorno mental y/o consumo de tóxicos basado en el enfoque centrado en la persona y la reducción de daños. La clave consiste en proveer a la persona con una vivienda individual y permanente a lo largo del tiempo como el primer paso para un potencial proceso de recuperación. Coherentemente con el enfoque de reducción de daños que se utiliza, no se solicitan requisitos previos a la entrada al programa, como sobriedad o adherencia al tratamiento, lo cual contrasta con el modelo tradicional de atención utilizado en los recursos de la red de sin hogar. Esta población extremadamente vulnerable tiene más probabilidades de sufrir problemas de salud mental y relacionados con el consumo de tóxicos. Sin embargo, la investigación sobre el impacto de los programas de *Housing First* en el consumo de tóxicos todavía no ha mostrado resultados consistentes; en cuanto a los resultados relativos a la salud mental, hasta la fecha no se ha alcanzado consenso.

Objetivos:

Evaluar el impacto positivo en cuanto a salud mental y consumo de tóxicos en las personas participantes del programa de alojamiento *Primer la Llar* para población sin hogar.

Metodología:

Ensayo controlado aleatorizado realizado en Barcelona con una muestra de 87 participantes en situación de sin hogar con trastorno mental y/o consumo de tóxicos. El grupo intervención (*Housing First*) está formado por 46 participantes y el grupo control (seguimiento habitual), por 41 participantes. Se utilizó la escala Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), las dimensiones fueron calculadas basándose en el modelo de cinco factores de Lindenmayer y colaboradores. Otros síntomas se evaluaron con la escala Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) y la escala Hamilton Depression Rating Scale

(HDRS). También se recogieron datos sobre consumo de tóxicos y la escala Basic Everyday Living Skills (BELS) se utilizó para evaluar habilidades de la vida diaria. Todas las escalas y cuestionarios se aplicaron en la línea basal, a los 8 y a los 21 meses tras el inicio del programa. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos, así como modelos de regresión lineal.

Resultados:

El grupo intervención presentó a los 21 meses de seguimiento mejoría significativa en consumo de alcohol ($p=0.002$) y cannabis ($p=0.001$), en comparación con el grupo control. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a sintomatología ansiosa y depresiva. Por otro lado, el subgrupo de participantes en *Housing First* con trastorno mental severo, que recibieron seguimiento asertivo comunitario, presentaron una mejoría significativa en sintomatología psicótica ($p=0.003$), ansiosa ($p=0.013$), depresiva ($p=0.009$), relaciones sociales ($p=0.019$) y abuso de cannabis ($p=0.031$), en comparación al grupo control.

Conclusiones:

Nuestros resultados mostraron que los/as participantes en el programa *Housing First* reducen significativamente el consumo de alcohol y cannabis. El subgrupo de participantes con trastorno mental severo mejoran significativamente, además del consumo de cannabis, la sintomatología psiquiátrica.

ABSTRACT

Introduction:

Housing First is a model to aid people experiencing long-term homelessness with mental and/or substance related issues. It is based on person-centered approach and harm reduction approach. The key is providing the person with an individual and permanent housing as the first step of a potential recovery process. Consistently with the harm reduction philosophy applied, no requirements on sobriety and treatment are asked, which contrasts with traditional models used in homeless services. This extremely vulnerable population is more likely to suffer from mental health and substance-related problems. Nevertheless, research on the impact of HF interventions in substance use outcomes has not yet shown consistent results; regarding mental health outcomes, no consensus has been achieved so far.

Aims:

The objective was to evaluate the positive impact in terms of mental health and toxic consumption in the participants of the *Primer la Llar* housing program for homeless population.

Methods:

The study was a non-blind randomized controlled trial conducted in Barcelona with 87 homeless people with mental disorders and/or drug abuse. The intervention group (Housing First) was formed by 46 participants and Treatment as Usual group (TAU) by 41 participants. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) scale was used; PANSS dimensions were calculated based on Lindenmayer et al's five factors; other symptoms were assessed by Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) and Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Basic Everyday Living Schedule (BELS) scale was also used and drug abuse data were collected. All measures were collected at baseline, 8 month and 21 month follow-up. Descriptive and comparative analyses were used as well as linear regression models.

Results:

At 21 month interview, Housing First group presented significant better outcomes regarding alcohol ($p=0.002$) and cannabis abuse ($p=0.001$), in comparison with TAU group. No significant differences were found regarding anxious or depressive symptoms. Besides, the subgroup of Housing First participants with severe mental illness had a significant improvement in psychotic symptoms ($p=0.003$), anxiety ($p=0.013$), depression ($p=0.009$), social relations ($p=0.019$) and cannabis abuse ($p=0.031$) as compared with Treatment As Usual participants.

Conclusions:

Our results demonstrate that Housing First participants present a significant reduction of alcohol and cannabis abuse. Those participants with severe mental illness show significant improvements regarding cannabis intake and psychiatric symptoms.

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

1. Introducción y marco teórico

1.1 Situación de sin hogar

Cuando nos referimos a personas en situación de sin hogar/sin techo, y por extensión al sinhogarismo, estamos traduciendo los términos ingleses homeless/roofless y homelessness, que se usan para identificar a quienes carecen de hogar y al propio problema social, respectivamente. En la actualidad se habla de “personas en situación de sin hogar” para destacar la condición de quienes sufren este problema y la circunstancia de privación de alojamiento en la que se encuentran (1), constituyendo un fenómeno social estructural de la sociedad que trasciende la situación individual.

Así, podemos tener en cuenta la definición proporcionada por la coordinadora del European Observatory on Homelessness, según la cual personas sin hogar son “todas aquellas personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, ya sea porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma”(2).

En el año 2005, FEANTSA (Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) (Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan por las Personas Sin Hogar) formuló una clasificación de las situaciones de privación de vivienda que permite identificar diferentes intensidades de exclusión. Esta clasificación se denominó ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) (Tipología Europea de Sinhogarismo y Exclusión Residencial) y se convirtió en la guía de lectura e investigación para estudiar el complejo fenómeno del sinhogarismo (1).

En dicha propuesta se distinguen cuatro categorías conceptuales, que pueden subdividirse en trece categorías operativas (representando cada una las diferentes situaciones residenciales en función de las particularidades de cada país). Las cuatro categorías mencionadas se definen según la existencia o no de exclusión en tres ámbitos fundamentales (tabla 1):

- Condiciones físicas de habitabilidad que reúne el alojamiento de la persona.
- La vida social y privada que permite el alojamiento.
- El régimen legal de utilización del alojamiento (título de propiedad o contrato de alquiler).

La carencia en cada uno de los tres ámbitos determina la forma de sinhogarismo en la que se encuentra la persona, desde la situación más grave (dormir a la intemperie), hasta la utilización de chabolas, edificios ocupados o bien en condiciones de hacinamiento extremo.

Tabla 1. Categorías conceptuales y relación con los ámbitos o dominios.

Categoría conceptual	Dominio Físico	Ámbito Social	Dominio Legal
Sin techo (Rooflessness)	-	-	-
Sin vivienda (Houselessness)	+	-	-
Vivienda insegura (Insecure Housing)	+	+	-
Vivienda inadecuada (Inadequate housing)	+ -	+	+

En los últimos años se ha producido un cambio, en Cataluña en particular y en el Estado Español en general (3), con respecto a las preocupaciones relacionadas con las personas que se encuentran en situación de sin hogar. Este cambio se produce en el contexto de debates, programas y políticas internacionales que aparecen tanto en el ámbito de la Unión Europea como de alcance más global (incluyendo a Estados Unidos). De entre estas medidas destaca la estrategia de Inclusión Social de la Unión Europea, promovida por el Consejo Europeo de Lisboa en el año 2000 (4), con el objetivo de luchar contra la pobreza y la exclusión social en los Estados miembros.

Estas políticas pretenden hacer cumplir un derecho recogido en el artículo 47 de la Constitución: “Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada” (Constitución Española pt. título I, capítulo tercero, art. XLVII). Desde el punto de vista sanitario, en la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria se recoge que “el disfrute de los derechos y las libertades reconocidos en esta Carta tiene que garantizarse sin discriminación por ningún motivo,

como el sexo, la raza, el color, la lengua, la religión, las opiniones políticas o de otro tipo, el origen nacional o social, la pertenencia a una minoría nacional, la propiedad, el nacimiento, el patrimonio genético, por razón de la enfermedad que se sufra o cualquier otra condición” (Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria, art. I, punto 1.2).

También en el Código Deontológico de Enfermería se hace referencia a la importancia de atender a las personas sin ningún tipo de discriminación: “la enfermera está obligada a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud” (Código deontológico de la enfermería española, cap. 2, art. 4).

La declaración de políticas sobre sinhogarismo de la RNAO (Registered Nurses Association of Ontario, Asociación de enfermeras de Ontario) afirma que las enfermeras no pueden hablar sobre salud sin posicionarse en contra del sinhogarismo, ya que se trata de una responsabilidad profesional y moral (5).

1.1.1. Situación en España

Según los últimos datos publicados, en España hay una media diaria de 18001 personas durante el año 2019 (6) que son usuarias de centros asistenciales de alojamiento para personas en situación de sin hogar, lo cual supone un aumento de un 9,5% respecto al anterior estudio realizado en el año 2016 (7). La ocupación media llegó a un 89% en 2018 (en 2016 había sido de un 85,9%) Por otro lado, los comedores sociales también han registrado un aumento de afluencia, ya que han atendido de media a 48.573 personas al día durante el año 2018; esto supone un aumento del 10,7% respecto al 2016.

Sin embargo, los datos de esta encuesta no captan la realidad de las personas en situación de sin hogar con formas de sinhogarismo oculto, aquellas que tradicionalmente no son usuarias de los recursos y cuya situación se puede corresponder con diversas categorías de la tipología ETHOS: personas en calle, en vivienda insegura, en vivienda inadecuada, en casas de familiares, amigos, etc. Este fenómeno afecta más a las mujeres en situación de sin hogar ya que permanecen en mayor medida en casas de amigos, familiares, casas de acogida, etc.

Si se distribuye la población sin hogar por comunidades autónomas, Cataluña (21,3%), Madrid (15,4%) y Andalucía (13,1%) acumula los mayores porcentajes según los últimos datos disponibles proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (8). En cuanto al motivo que identifican como detonante de la situación de sin hogar, destaca la pérdida del trabajo (45%), no poder pagar un alojamiento (26%) y separación de la pareja (20,9%).

1.1.2. Situación en Cataluña y Barcelona

El número medio de plazas de alojamiento ofertadas por la Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar durante el 2018 en Cataluña ha sido de 1753, registrándose una ocupación media del 96,7% (6). Las plazas ocupadas por mujeres fueron el 26,8%. En cuanto a las personas albergadas en centros en Cataluña (4888 personas), la mayoría son de nacionalidad española (63,6%), seguida de la procedencia africana (52,2%) y de otros países de la Unión Europea (16,6%) (8). En cuanto al sexo, el 80,66% son hombres y en lo referente a la edad, el grupo mayoritario es el comprendido entre 45 y 64 años (24,7%). Le sigue el comprendido entre 30 y 44 años (21,1%), el de más de 64 años (20,2%) y el de 18 a 29 años (15,1%).

En Barcelona el número de personas sin hogar asciende a 3.800, suponiendo un aumento del 83% respecto al 2008 (año desde el que se realiza una actualización periódica de los datos).

Según el último recuento organizado por Arrels Fundació en mayo 2020 (9), sobre el número de personas que duermen en calle, hay 1239 personas durmiendo en la calle en Barcelona (por tanto, durante el período de estado de alarma). Es una cifra similar a la del año 2019, cuando se contabilizaron 1195 personas (10).

Sin embargo, hay que señalar que por la situación de pandemia por coronavirus se habilitaron un total de 600 nuevas plazas de alojamiento de emergencia en la ciudad de Barcelona, por tanto a la cifra de 1239 personas en calle en mayo de 2020 habría que sumarle esas 600 personas que también pernoctarían al raso. Por otro lado, para estas plazas de emergencia se priorizó el acceso de personas solas, sin adicciones y sin animales de compañía, por lo que muchas personas que se encuentran en una situación más deteriorada no quisieron ir porque no se respondía a sus necesidades y problemáticas.

Los censos y recuentos realizados anualmente por Arrels se enmarcan en la campaña europea para acabar con el sinhogarismo, impulsada por la organización World Habitat (11). Se pueden consultar los detalles de los últimos censos realizados (año 2016 – 2019) en el informe *Viure al carrer a Barcelona. Radiografia d' una ciutat sense llar* (12).

La metodología del censo consiste en salir una noche a entrevistar (a excepción del año 2020 en que, debido a la pandemia, se realizó recuento en lugar de censo) a las personas que están durmiendo al raso en los diferentes barrios de la ciudad. En la noche del 12 de junio de 2019 los equipos de voluntarios pudieron entrevistar a un total de 347 personas, de los cuales un 83% eran hombres y 11% mujeres (10). Tras la realización de las entrevistas y el análisis de los resultados, se obtuvo una media de edad de 42,3 años y 49 países diferentes de procedencia, siendo los más frecuentes España (25%), Rumanía (16,1%) y Marruecos (12,1%). Destaca especialmente el aumento de la media de tiempo que llevaban viviendo en la calle las personas entrevistadas, que ascendía a 3 años y 9 meses (5 meses más de media que en 2018). Por otro lado, también destaca el aumento de agresiones físicas y/o verbales sufridas por estas personas: de un 30% en 2018 a un 38% en 2019. Este porcentaje asciende a un 43% entre las mujeres.

Es necesario destacar la problemática específica de las mujeres en situación de sin hogar, ya que presentan una mayor vulnerabilidad por estar especialmente expuestas a la violencia, tanto verbal como física/sexual. En muchos de estos casos la situación de sin hogar ya deriva de una situación de violencia (por ejemplo, violencia machista de la que se ven obligadas a huir) y una vez en calle establecen relaciones por protección con otros hombres, viéndose sometidas a agresiones y abusos por parte de ese hombre con el que conviven en calle para evitar así agresiones de terceros (ver apartado 1.2).

En cuanto a los ingresos económicos, un 73% no tiene ningún tipo de ingreso (prestaciones, trabajo sin contrato, herencias). Este porcentaje ha descendido en 7 puntos respecto al anterior censo de 2018 (13).

Respecto a su situación de salud, un 46% refiere problemas de salud física y un 30% enfermedades crónicas. A nivel administrativo, el 53% afirma tener tarjeta sanitaria. Destaca especialmente el aumento de los servicios de emergencia respecto al año anterior: el 35,4% de las personas encuestadas afirman haber sido atendidas en urgencias, el 21,9% afirman haber sido hospitalizadas y 17,8% refiere haber sido trasladadas en ambulancia.

Por otro lado, según el último informe (14) elaborado y publicado en noviembre de 2019 por la Red de Atención a Personas Sin Hogar (XAPSLL, por sus siglas en catalán), hay 2171 personas que pernoctan en recursos públicos y privados de la ciudad (tabla 2).

Tabla 2. Número de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona 2008-2019.

Taula 2.2. Nombre de persones sense llar a la ciutat de Barcelona, 2008, 2011, 2013, 2015, 2017, 2019						
	2008	2011	2013	2015	2017	2019
	N	N	N	N	N	N
SIS-Medi Obert (Recompte ciutadà)	562 (658)	726 (838)	870	693	962	1027
Assentaments (segons informes del SIS)	265	695	595	434	415	498
Persones allotjades en recursos residencials de la XAPSLL	1190	1258	1451	1672	2006	2171
Total persones sense llar	2017	2679	2916	2799	3383	3696

Entre parèntesi apareixen les dades de persones pernoctant al carrer segons el Recompte ciutadà realitzat per la XAPSLL els anys 2008, 2011 i 2017.

Fuente: Diagnosi 2019. XAPSLL. Barcelona, 2019.

Figura 1. Evolución del número total de personas sin hogar en Barcelona 2008-2019.



Fuente: Diagnosi 2019. XAPSLL. Barcelona, 2019.

La incidencia en Barcelona de personas sin hogar en la calle por cada mil habitantes es la más elevada en España, siendo de 0,52 personas / 1000 habitantes (15). Según este estudio la ciudad de Bilbao ocupa el segundo lugar (0,42 personas / 1000 habitantes) y San Sebastián el tercero (0,35 personas / 1000 habitantes).

1.2 Sin hogar y perspectiva de género: la invisibilización de la mujer.

Especial atención merece la situación de las mujeres que se encuentran sin hogar, ya que por sus características, sufren una mayor invisibilización y discriminación que los hombres que están en la misma situación. Principal prueba de ello es que las líneas de intervención hacia las personas en situación de sin hogar están elaboradas desde un punto de vista androcéntrico, desde los centros de alojamiento hasta los servicios de duchas, carecen de la estructura, privacidad y seguridad necesarias para las mujeres que los utilizan (16). De las 18001 personas que utilizaron centros de alojamiento en 2018, 4566 eran mujeres (25,4%), suponiendo un aumento del 9,5% respecto al 2016 (7).

En referencia a la proporción de hombres y mujeres, se dispone de datos en cuanto a personas atendidas en recursos de la XAPSL. Aunque se aprecia un ligero aumento en el número de mujeres, la proporción se mantiene estable (tabla 3). Sin embargo, entre las personas que pernoctan en calle, es mucho mayor el número de hombres que de mujeres (14); de hecho, en relación a la mayor vulnerabilidad de las mujeres en situación de calle, el porcentaje de mujeres en calle en los últimos años no ha superado el 15% (17). Esto constata que las mujeres realizan una mayor evitación de pernoctación en calle, asociada a factores agravadores como historia de abusos y violencias sexuales.

Tabla 3. Datos desagregados por sexo de las personas alojadas en recursos de la XAPSL 2009 – 2019. Fuente: Diagnosi 2019. XAPSL. Barcelona, 2019.

Taula 2.4. Sexe de les persones allotjades en recursos de la XAPSL. %. 2009-2019						
	Març 2009 N ¹ =1141	Març 2011 N ¹ =1229	Març 2013 N ¹ =1451	Març 2015 N ¹ =1672	Maig 2017 N ¹ =2006	Maig 2019 N ¹ =2171
	%	%	%	%	%	%
Homes	64,9	65,7	62,7	64,4	60,4	57,6
Dones	23,8	22,6	25,9	21,8	23,2	24,0
<18	11,3	11,7	11,4	13,8	16,4	18,3

¹ Nombre de persones de les quals disposem d'informació.

El fenómeno del sinhogarismo oculto, antes mencionado, es especialmente frecuente en mujeres. Esto ocurre porque se mantienen en un mayor porcentaje que los hombres en situaciones residenciales precarias, temporales e inseguras, como estancias con personas (conocidas o no), alternativas de alojamiento en viviendas de personas (conocidas o no) arriesgado su integridad física y psicológica, viviendas masificadas, mujeres prostituidas que trabajan y duermen en calle o en pisos a los que no tienen alternativa residencial (18).

Un estudio cuantitativo longitudinal realizado en Madrid (19) aportó resultados sobre las violencias que sufren las mujeres en situación de sin hogar: un 56% ha sufrido malos tratos por parte de su pareja o ex pareja, el 22% estando en situación de sin hogar. Además, un 42,3% había sufrido malos tratos durante su infancia y adolescencia, y un 30,7% habían sido víctimas de agresiones sexuales.

Estos datos son corroborados por un estudio realizado en Irlanda (20). Como resultado del mismo, se observó que un 92% de las mujeres sin hogar entrevistadas habían sido víctimas de algún tipo de violencia a lo largo de su vida; el 55% de ellas la habían sufrido no solo de adultas sino también durante su infancia. Un 46% refirió haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia. En cuanto a violencia por parte de una pareja o ex pareja, el 67% de las mujeres entrevistadas afirmaron haber estado en esta situación, incluso el 20% había recibido violencia de más de una pareja o ex pareja.

A pesar de ser una realidad conocida, hasta la fecha no se ha medido la incidencia de las violencias que sufren las mujeres en situación de sin hogar; tampoco a nivel institucional se ha adaptado la respuesta para realizar un abordaje adecuado.

Es importante considerar las características diferenciadoras del sinhogarismo en las mujeres mayores respecto al sinhogarismo en las mujeres jóvenes (14). La mujer en situación de sin hogar tiene una media de 45 años de edad y se encuentra por primera vez en esta situación a la edad de 35 años (19). Esta situación suele persistir un promedio de 6,3 años. Estas características no son compartidas en mujeres jóvenes, en las que el sinhogarismo está muchas veces asociado al embarazo y la maternidad (muchos nacimientos del primer hijo ocurren ya en situación de sin hogar). Así mismo, en las mujeres jóvenes no se identifica el deterioro que presentan las mujeres de mediana edad. El deterioro físico en las mujeres en situación de sin hogar es mayor que en los hombres, ya que hasta un 50% tiene una enfermedad grave o crónica y un 35% una discapacidad, también según el estudio de

Panadero sobre *Situación, necesidades y procesos de cambio de las mujeres en situación sin hogar*.

1.3. Vivienda y seguridad ontológica

La vivienda es un componente importante del proceso de recuperación. Un hogar proporciona cobijo, privacidad, un lugar para relaciones familiares y amistosas, es un centro de actividad, una fuente estable de identidad y significado, y finalmente es un indicador de status social (21). Se distingue entre los distintos elementos que supone disponer de vivienda, desde las condiciones materiales hasta el sentido subjetivo de sentirse “en casa” (22). El sinhogarismo en sí mismo puede suponer una amenaza a la identidad debido a la pérdida de nexos significativos que ayudan a definir a la persona como el trabajo, las relaciones y un lugar para uno mismo (23).

Los estudios sobre la relación entre vivienda, salud y bienestar psicológico se pueden clasificar en relación a tres dimensiones diferentes:

- a) Los beneficios materiales de la vivienda como cobijo de los elementos (22,24).
- b) Las amenazas para la salud asociadas con la infravivienda (22,25,26).
- c) Los beneficios psicosociales de la vivienda como “hogar” (27).

La elección de vivienda ha sido relacionada positivamente con la satisfacción con la misma, estabilidad residencial y bienestar psicológico (28). Algunos de los aspectos de la seguridad en un hogar abarcan el sentido de control, la afirmación de las rutinas diarias, la sensación de privacidad y la capacidad de reparar y construir la identidad (29).

El concepto de seguridad ontológica fue utilizado por primera vez por Laing (1965) para describir la experiencia de personas con trastorno mental severo en situación de sin hogar (30). Se define la “seguridad ontológica” como la sensación de bienestar que surge de la constancia de encontrarse en un mismo entorno social y material que, a cambio, proporciona una plataforma segura para el desarrollo de la identidad y la auto-actualización (31). Se ha discutido que una forma de llegar a adquirir seguridad ontológica es mediante la tenencia de un lugar, como un hogar, donde se pueden llevar a cabo las propias rutinas diarias y obtener una sensación de control aparte del escrutinio del mundo exterior (32).

Es poco frecuente encontrar estudios científicos sobre la experiencia fenomenológica de conseguir un hogar después de haberlo perdido, ya que es un proceso dinámico y difícil de capturar debido a la transitoriedad de los status “sin hogar” y “con vivienda”, particularmente entre la población con trastorno mental severo (33,34). Un estudio descriptivo publicado en 2007 examina el significado subjetivo de “hogar” para 39 personas que accedieron a una vivienda para personas adultas en situación de sin hogar con enfermedad mental en Nueva York mediante el acceso inmediato a un apartamento independiente a finales de la década de los 90 (29). Los marcadores de seguridad ontológica como constancia, rutinas diarias, privacidad y disponer de una base segura para la construcción de la propia identidad, fueron los conceptos que sintetizaron este estudio.

El enfoque tradicional, centrado en el tratamiento, refleja la creencia de que la seguridad ontológica no se puede recuperar hasta que no se trata la enfermedad mental. La investigación en el campo de la salud y la vivienda, incluyendo el mencionado estudio, sugiere que la vivienda puede constituir un elemento fundamental para la seguridad ontológica, por tanto, apoya y defiende el enfoque *Housing First* ya que disponer de una vivienda no garantiza la recuperación en el futuro, pero proporciona una plataforma estable para re-crear una vida más normalizada y menos estigmatizada en el presente. Los resultados específicos de esta investigación muestran que estas personas pueden disfrutar de los beneficios de disponer de un hogar y se suma a la evidencia científica que demuestra que las personas en situación de sin hogar con un trastorno mental son capaces de mantener una vida independiente en la comunidad.

1.4. Experiencias: problemas de salud mental y vivienda permanente

Un estudio descriptivo realizado en Canadá exploró la experiencia de personas sin hogar con trastorno mental severo que han obtenido una vivienda permanente con apoyo (35). Todas las personas participantes tenían una historia previa de sinhogarismo, presentaban diagnóstico de trastorno mental severo y formaban parte del programa HOMES (Housing with Outreach, Mobile and Engagement Services), el cual provee de vivienda con soporte en tres modelos:

- Habitación individual con baño privado, comidas compartidas y soporte 24 horas in situ.
- Apartamentos agrupados en bloques concretos, con soporte in situ parcial y soporte vía móvil.

-Apartamentos (la mayoría individuales) distribuidos por toda la ciudad, sólo con soporte vía móvil.

La experiencia de muchas de ellas puede describirse como una ruta circular entre los albergues y la calle. La vivienda permanente y los apoyos les permitieron salir de ese patrón, reconectar con sus familias, conseguir trabajo y establecer planes de futuro. Este estudio resalta la importancia que tiene para las enfermeras ser conscientes del concepto de “lugar” en el proceso de recuperación de la enfermedad mental.

Los tres ítems más recurrentes en las entrevistas a los participantes fueron: *On the move* (“En movimiento”), *Moving on* (“Siguiendo adelante”) y *The door* (“La puerta”).

On the move: en movimiento, en el sentido de moverse para sobrevivir. En un sentido circular, ya que cada día/semana hay que moverse para cubrir las necesidades básicas, buscar comida, un lugar para dormir, etc.

Moving on: en el sentido más existencial de la vivienda como entorno que provee control y la oportunidad de reconectar con sus familias, hijos, tener mascota o mantener un empleo estable.

The door: se convirtió en una metáfora del control que el propio apartamento otorgaba (a la vez que permite una privacidad, protege del exterior).

Los resultados de este estudio apoyan la filosofía *Housing First* (29), ya que los/as participantes no se tenían que identificar como enfermos mentales o personas con necesidad de tratamiento previamente a disponer de vivienda. Sin embargo, una vez en el programa y encontrándose en la vivienda, tenían la oportunidad de acceder a tratamiento somático y psiquiátrico según sus necesidades y voluntad. Al realizarles una pregunta abierta sobre sus vidas, incluso en un estudio sobre enfermedad mental y sinhogarismo, no se identificaron como enfermos mentales ni personas sin techo, sino de muchas formas diferentes (por ejemplo, como madre que necesita un lugar para poder estar con sus hijos). La contribución de la investigación narrativa, aporta la posibilidad de aproximarse a vivencias sociales desde el relato individual y permite resignificar subjetivamente la realidad y a pesar de que no posibilita la generalización de los resultados, sí la creación de una nueva forma de significado (36).

Las enfermeras de salud mental tienen un papel importante y único como proveedoras de salud y como agentes activos para realizar cambios en el sistema, debido a que tratan y

trabajan con las personas desde una perspectiva holística y han adquirido competencias para desarrollar su función en distintos ámbitos (asistencial, investigación, gestión, derivación a programas, supervisión...)(35).

1.5. Modelo tradicional versus *Housing First*

Las personas con trastorno mental en situación de sin hogar se encuentran con múltiples dificultades para alcanzar el objetivo final de disponer de una vivienda propia (37,38). La evidencia demuestra que hay diferentes alternativas que resultan eficaces como las viviendas con apoyo o *supported housing* (39,40), un enfoque de rehabilitación psiquiátrica (41) y una mayor integración y coordinación entre proveedores de servicios (42).

El modelo predominante de atención para afrontar las necesidades de la población en situación crónica de sin hogar es conocido como *Continuum of Care* y consiste en diversos programas: comienza con *outreach* o alcance, incluye tratamiento y vivienda de transición y concluye con vivienda permanente con apoyo (43). El objetivo de los programas de vivienda de transición es lograr la preparación de las personas usuarias de cara a disponer de la vivienda permanente individual, defendiendo la sobriedad y la adherencia al tratamiento psiquiátrico como elementos básicos para que esta transición se realice con éxito. Este modelo defiende que las personas con trastorno mental severo no pueden mantener una vivienda independiente antes de que su estado clínico sea estabilizado. Además, el modelo supone que las habilidades que precisa el/la usuario/a para vivir de forma independiente pueden aprenderse en la vivienda de transición compartida.

Este enfoque, también conocido como *Treatment First* – “el tratamiento primero” -, implica demostrar durante un período de semanas/meses: 1) adherencia al tratamiento psiquiátrico (incluyendo toma de medicación), 2) abstinencia completa del uso de sustancias, 3) estar de acuerdo con que el programa controle los ingresos durante el tratamiento, 4) permitir medidas de control de conducta como toques de queda, controles de orina aleatorios y mantenimiento de higiene personal (37,44).

Al vincular el acceso a la vivienda con la participación y el tratamiento, los requisitos del programa *Continuum of care* se revelan como incompatibles con las prioridades de los/as usuarios/as y restringen el acceso de las personas que se consideran incapaces o reacios a cumplir con los términos del programa, ya que asimismo muchos programas tienen normas

que limitan las decisiones de los/as usuarios/as, y que cuando se incumplen, se utilizan como argumentos para expulsar a la persona usuaria del programa (43). El tratamiento requiere de tiempo y compromiso, lo cual a menudo no es posible si un programa está bajo la presión que supone el movimiento de las personas usuarias a lo largo de un continuum (45).

La pérdida de control sobre la propia vida que se produce a causa de la inestabilidad residencial, repetidos ingresos psiquiátricos e intermitentes tratamientos por abusos de sustancias deja a las personas usuarias con desconfianza hacia el sistema e incapaces de cumplir con las demandas realizadas por los proveedores (46). Otros prefieren la “no coacción” que supone la vida en la calle antes que un sistema sanitario fragmentado que trata inadecuadamente múltiples diagnósticos o las necesidades de vivienda (47,48).

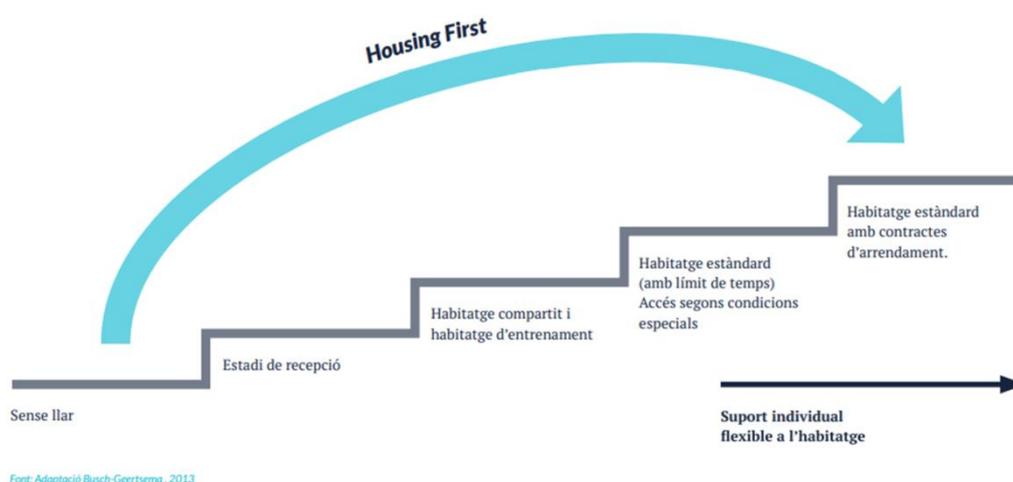
Paradójicamente, la renuencia de los/as usuarios/as a utilizar los servicios tradicionales de salud mental y de tratamiento por abuso de sustancias como una condición para acceder a una vivienda, solo confirma la percepción de los proveedores de que estos individuos son “resistentes” al tratamiento, son reacios a recibir ayuda y que no están preparados para disponer de una vivienda (49).

En definitiva, los programas que trabajan según este enfoque subscriben el modelo de la abstinencia/sobriedad, basándose en la creencia de que la estabilidad residencial no es posible sin contar con la estricta adherencia al tratamiento y la abstinencia de tóxicos. Pero los estudios que examinan la efectividad de este modelo aportan unos modestos resultados en el logro de estabilidad residencial para individuos en situación crónica de sin hogar y con enfermedad mental (50). En contraste, la evidencia en rehabilitación psiquiátrica demuestra que el lugar más efectivo para enseñar a una persona las habilidades requeridas para un entorno particular, es ese mismo contexto (51).

A partir de esta idea nace el modelo *Housing First*, que fue desarrollado por la organización *Pathways to Housing* – “camino hacia la vivienda”- para satisfacer las necesidades de vivienda y tratamiento de las personas en una situación crónica de sin hogar. El programa se basa en el principio de que la vivienda es un derecho básico y en un fundamento teórico que incluye la rehabilitación psiquiátrica y valida la importancia de la toma de decisiones de la persona usuaria (52). *Pathways* utiliza un enfoque de reducción de daños en la atención al

abuso de drogas /alcohol y sintomatología psiquiátrica; la reducción de daños es un enfoque práctico que pretende reducir las consecuencias adversas del abuso de drogas y de los síntomas psiquiátricos (53). Este abordaje implica reconocer que las personas usuarias pueden encontrarse en diferentes fases de la recuperación y que las intervenciones efectivas deberían ser dirigidas individualmente a la fase en la que se encuentra cada usuario/a (54). Esta línea está en sintonía con el movimiento de recuperación que está liderando o guiando la reforma del sector de la salud mental en Estados Unidos (55–57).

Figura 2. Modelo *Housing First*

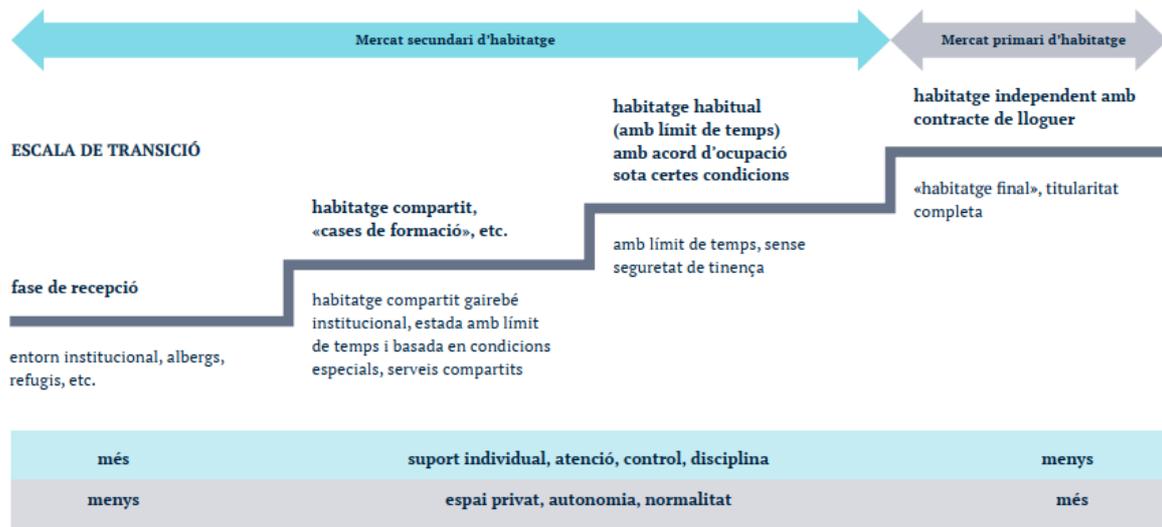


Fuente: L'atenció a les persones sense llar a la ciutat de Barcelona: una mirada històrica i de futur. 2019, Barcelona. Adaptación de Busch Geertsema, 2013.

El modelo *Housing First* está diseñado para cubrir las necesidades de las personas usuarias desde su perspectiva (58). El enfoque defendido por el programa asume que si los individuos con síntomas psiquiátricos pueden sobrevivir en las calles, también pueden gestionar sus propias viviendas. Se teoriza que proporcionar una vivienda a una persona crea una base sobre la que poder comenzar el proceso de recuperación (43). Se motiva a las personas usuarias a definir sus propias necesidades y objetivos y, si la persona así lo desea, inmediatamente se proporciona un apartamento individual sin prerequisites relacionados con tratamiento psiquiátrico o abstinencia de tóxicos. A parte del apartamento, a los/as usuarios/as se les ofrece opción de tratamiento, soporte y otro servicios por el equipo de tratamiento asertivo comunitario (43).

Padget (2007) resalta la diferencia entre las dos vertientes opuestas: el modelo tradicional o *Treatment first* (contempla la necesidad de aceptación de uno mismo como enfermo mental y recibir tratamiento como condición para estar preparado para disponer de una vivienda); por otro lado, el modelo *Housing First* no hace que la vivienda dependa del tratamiento (29).

Figura 3. Modelo de intervención en escalera o modelo tradicional.



Fuente: L'atenció a les persones sense llar a la ciutat de Barcelona: una mirada històrica i de futur. 2019, Barcelona. Adaptación de Busch Geertsema 2012, *On the Way Home?*

En un estudio llevado a cabo en Nueva York en el año 2011 se comparó a un grupo de participantes en el programa *Housing First* (N=27) con un grupo que pertenecía al llamado *Treatment First* (N=48), en el que se exigen requisitos como abstinencia de tóxicos y estar preparado para disponer de vivienda independiente y permanente antes de acceder a la misma (59). Los/as usuarios/as fueron elegidos entre 4 programas de Nueva York (uno de *Housing First* y tres de *Treatment First*). Entre los diagnóstico de eje I estaban esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor o trastorno esquizoafectivo. Se realizaron entrevistas en profundidad a los 0, 6 y 12 meses y se concluyó que el grupo *Housing First* tuvo menores tasas de uso de sustancias y utilización de tratamientos por abuso de sustancias, a la vez que tenían menor probabilidad de abandono del programa. El grupo *Treatment First* tenía 3.4 veces más probabilidad de uso de drogas y/o abuso de alcohol durante el año posterior al programa y 10 veces más probabilidad de utilizar los servicios para tratamiento por abuso de sustancias, así como mayor probabilidad de abandono del programa. Este estudio

reafirma la evidencia previa de que los/as usuarios/as de *Housing First* tienen más probabilidad de adherencia a un programa y de estabilidad residencial.

Otro antecedente importante en este ámbito es el estudio publicado en 2004 cuyo objetivo era comparar la efectividad del modelo *Housing First* con la de programas que utilizan el modelo *Treatment First* para individuos en situación crónica de sin hogar y con enfermedad mental (43). Se contó con un grupo experimental (*Housing First*) de 99 participantes y un grupo control (*Treatment First*) de 126 participantes (N=225). De esta muestra, 157 participantes provenían de situación de calle (como criterios de inclusión: 15 de los últimos 30 días en la calle u otros lugares públicos, historia de sinhogarismo en los últimos 6 meses y diagnóstico de trastorno mental severo TMS) y 68 participantes de dos hospitales públicos psiquiátricos (los mismos criterios de inclusión se aplicaron al período inmediatamente anterior al ingreso). La muestra final quedó compuesta por 87 participantes en el grupo intervención y 119 en el grupo control (debido a problemas administrativos). En la muestra final, la edad media eran 41,3 años y el 79% eran hombres; más de la mitad tenía diagnosticado un trastorno psicótico; el 17% estaban en situación de sin hogar desde antes de los 18 años; el 51% de los/as participantes dormían en la calle o espacios públicos cuando se realizó la primera entrevista. Se realizaron entrevistas cada 6 meses durante 2 años. Las tasas de seguimiento fueron del 88% a los 6 meses, 87% a los 12 meses, 84% a los 18 meses y 78% a los 24 meses. Se encontró que los/as participantes en el grupo experimental percibían un mayor número de decisiones, lo cual significa que experimentaban niveles significativamente mayores de control y autonomía (esta experiencia podría contribuir a su éxito en mantener la vivienda); tenían unos descensos significativamente más rápidos respecto al estatus de sin hogar y aumentos respecto al estatus de vivienda estable y el grupo control refirió un uso significativamente mayor de tratamientos por abuso de sustancias que el grupo intervención. No se encontraron diferencias significativas respecto al uso de sustancias y la sintomatología psiquiátrica. El programa *Housing First* presentó una tasa de retención de aproximadamente el 80%, dato que contradice la creencia de muchos proveedores de programas *Continuum of care*, que defienden que esta población no está “preparada” para la vivienda estable. La tasa de estabilidad residencial alcanzada por el grupo experimental (*Housing First*) desmiente la relación entre enfermedad mental y la capacidad para obtener y mantener una vivienda propia, ya que todas las personas participantes contaban con un diagnóstico de TMS. Por tanto, no hay ninguna evidencia científica que apoye la práctica de solicitar la participación

en tratamientos psiquiátricos o presentar estado de sobriedad / abstinencia antes de disponer de vivienda. Al contrario de lo que muchos proveedores y responsables de políticas creen, las personas usuarias a las que no se les exige la sobriedad como un prerrequisito no aumentaron el uso de alcohol ni drogas en el grupo experimental, en comparación al grupo control, lo que permite afirmar que el modelo *Housing First* podría motivar a los/as participantes a tratar sus adicciones para mantener sus viviendas, de manera que proporcionar una vivienda previamente a ofrecer tratamiento podría favorecer el inicio y mantenimiento del proceso de recuperación.

En conclusión, los resultados proporcionan argumentos para descartar los supuestos que teóricamente fundamentan el modelo *Continuum of Care* y apoyar la eliminación de los requisitos de tratamiento como precondition para la vivienda y el apoyo a iniciativas que adoptan un enfoque *Housing First* para terminar con el sinhogarismo y aumentar la integración en la comunidad para las personas con trastornos mentales que viven en las calles.

Hay disponible amplia evidencia que constata que las personas con TMS pueden llevar vidas estables en la comunidad después de períodos de sinhogarismo (29,60–62). Entre los parámetros experimentales están mayor estabilidad residencial, mayor capacidad de decisión percibida y menores costes residenciales asociados al *Housing First* (43,63,64). Los resultados de éste (29) y otros estudios afirman que personas que se han encontrado en situación de sin hogar y con trastorno mental severo pueden vivir solas sin necesidad de supervisión in situ ni monitorización (43,65). Por otro lado, se ha visto que los/as usuarios/as de *Treatment First* no difieren de los de *Housing First* en el uso de sustancias (62).

Otro antecedente en este ámbito es el ensayo controlado aleatorizado que comparaba *Housing First* con tratamiento habitual, con 950 participantes en cinco ciudades canadienses (66). Todos los/as participantes tenían diagnóstico de trastorno mental severo y estaban en situación de sin hogar o de vivienda precaria, y fueron asignados aleatoriamente al grupo *Housing First* (HF) (N=469) o al grupo tratamiento habitual (N=481). En el grupo HF recibieron un suplemento de alquiler, ayuda para encontrar vivienda y seguimiento según el modelo de tratamiento asertivo comunitario. El otro grupo tenía acceso a todos los demás programas existentes. Tras un año de seguimiento, el 73% de los/as participantes HF y el 31% del grupo de tratamiento habitual residían en viviendas estables. La mejoría en la

calidad de vida fue significativamente mayor en el grupo HF en comparación al grupo control. El grupo HF también presentó mayor mejoría en funcionamiento comunitario. Por tanto, en comparación al grupo de tratamiento habitual, *Housing First* produjo mayores mejorías en estabilidad residencial, calidad de vida y funcionamiento comunitario después de un año de seguimiento, lo cual da soporte a la implantación de *Housing First* como enfoque para terminar con el sinhogarismo crónico entre personas con trastorno mental severo, incluso si presentan consumo activo de sustancia o sintomatología psiquiátrica. La evidencia demuestra que se debe extender el concepto de vivienda con apoyo, que se definen como viviendas permanentes en la comunidad con apoyos para asistir a la persona para que consiga sus objetivos, así como una clara preferencia de los/as usuarios/as por la vida en la comunidad, de forma independiente, solos o en pareja, y recibiendo soporte de la forma y en el momento que lo necesiten (67,68). Además, muchos/as usuarios/as prefieren vivir en un lugar para ellos solos que en viviendas compartidas con servicios de tratamiento in situ (69,70). Son necesarios otros elementos que forman parte de la recuperación como esperanza sobre el futuro, el ámbito laboral, disfrutar de la compañía y el apoyo de otros y estar involucrado con la sociedad (56,71,72).

1.6. Motivos para la no coacción

Los sistemas de salud mental han considerado (sin contar con evidencia científica previa) que para mantener en tratamiento a personas con un trastorno mental y promover su recuperación, resultaba efectivo utilizar la vivienda como argumento de influencia; se construyeron numerosos programas que proporcionaban viviendas bajo esta consigna, bajo la creencia de que esto era admisible en términos terapéuticos, éticos y legales. Estas áreas, tanto la terapéutica como la ética y la legal, han sufrido una revolución en los últimos veinte años y se ha creado una conciencia creciente de que los programas que utilizan la coacción podrían impedir la recuperación y la integración en la comunidad. Cuando la adherencia al tratamiento se concibe como el objetivo en sí misma, hay muchas posibilidades de que las prácticas coercitivas realizadas en pro de ese objetivo resulten en pobres resultados para las personas usuarias. Hace más de tres décadas que Test y Stein advirtieron que los “special living arrangements” (instalaciones de viviendas especiales) deberían evitarse, sobre todo porque estigmatizan a las persona con trastornos mentales y dificultan aún más la recuperación e integración (73).

Allen sugiere cuatro motivos que deberían tenerse en cuenta para no vincular vivienda con adherencia al tratamiento (37):

-Mina la alianza terapéutica, que requiere gran nivel de confianza entre la persona usuaria y el proveedor de cuidados.

-Incumple los principios éticos de los profesionales de salud mental implicados en la coacción.

-No funciona tan bien como los programas de enfoque “*Housing First*”, y de hecho podría impedir que los residentes asumiesen responsabilidades (lo cual aumentaría su autonomía).

-Incumple la ley federal (contexto americano) que requiere que los servicios de salud mental se proporcionen en los entornos más integrados, y facilitar a las personas con enfermedades mentales la oportunidad de integrarse completamente en la comunidad.

Según el propio autor: “Estos modelos que vinculan negativamente la vivienda y el tratamiento son reliquias de un pasado en que a las personas con enfermedades mentales se les permitía una escasa capacidad de decisión sobre el tratamiento, la vivienda y otros apoyos sociales” (37).

Un cambio en los servicios de recuperación de salud mental incluye el concepto de integración en la comunidad, donde los pacientes se convierten en ciudadanos con el potencial y el derecho de participar de pleno en la comunidad y la integración (74).

Una de las conceptualizaciones de la recuperación identificadas por Pilgrim (75) es el proceso basado en los derechos individuales, según el que la recuperación supone librarse de la coacción y del etiquetado producido por el diagnóstico psiquiátrico. Esta conceptualización está relacionada con un discurso centrado en la supervivencia a los perjuicios causados por la psiquiatría y la creación de sentido a la experiencia propia. Arenella (76) destaca que los síntomas son la “punta del iceberg” de experiencias vitales como violencia física o sexual, negligencia, pobreza, falta de vivienda digna, racismo, homofobia y otras formas de discriminación en el sufrimiento psíquico. Por tanto la realidad de las personas con sufrimiento psíquico es que el apoyo que precisan puede ser variado, recurrente o continuo (77). Para terminar, citar la importancia del contexto, ya que como advierte Edwards (78), hay un gran riesgo de promover la aceptación de lo inaceptable al enfatizar la responsabilidad personal en la recuperación minimizando el poder del contexto, refiriéndose a las injusticias tanto históricas como actuales experimentadas por las personas con enfermedades mentales severas.

1.7. Sin hogar y salud mental

En cuanto a las personas en situación sin hogar y salud mental, un metaanálisis publicado en 2019 recababa información diagnóstica de un total 51925 personas en situación de sin hogar. Este estudio reveló una prevalencia destacablemente más alta que en la población general de psicosis [21.21% (95% CI:13.73, 31.29), I2 = 99.43%], esquizofrenia [10.29% (95%, CI: 6.44, 16.02), I2 = 98.76%], trastorno esquizofreniforme [2.48% (95% CI: 6.16, 28.11), I2 = 88.84%] y trastorno esquizoafectivo [3.53% (95% CI: 1.33, 9.05), I2 = 31.63%,], así como de trastornos psicóticos no especificados [9% (95% CI: 6.92, 11.62), I2 = 33.38%], en las personas en situación de sin hogar (79).

Según una revisión sistemática (80) que analizaba la prevalencia de trastornos mentales entre la población sin hogar en Europa y Norteamérica, se constata que la prevalencia de depresión mayor y psicosis es mayor en esta población (rango 2,8% - 42,3%), destacando por otra parte la dependencia enólica (prevalencia 8,1%- 58,5%) y de drogas (rango 4,5% - 54,2%).

El estudio de salud de Barcelona indica que entre la población en situación de sin hogar el 40% de los hombres y el 52% de las mujeres presentan algún tipo de trastorno mental. También constataron que un 16% de las personas de la muestra había tomado medicación psiquiátrica destinada a controlar la sintomatología de trastornos mentales severos (3), definiéndose estos según el DSM-5 como *síndromes caracterizados por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.*

1.8. Tratamiento asertivo comunitario

Como se ha mencionado en la explicación del modelo *Housing First*, el tratamiento asertivo comunitario (TAC) es la herramienta a utilizar para dar soporte a las personas usuarias del programa con trastorno mental severo. El tratamiento asertivo comunitario surgió gracias al trabajo de Stein y Test (81). Se distingue de los enfoques tradicionales por características como contar con un equipo interdisciplinar, bajas ratios de personas usuarias/personal sanitario que posibilita un contacto más intensivo, servicios basados en la comunidad que son directamente proporcionados (y no dependen de instituciones) y atención continuada por parte del equipo (81–84).

La superioridad del tratamiento asertivo comunitario en comparación a otros modelos de gestión de casos está bien documentada. Diferentes estudios, incluyendo varios metaanálisis, demuestran ventajas estadísticamente significativas de este modelo en la reducción sustancial de la duración y frecuencia de las hospitalizaciones, aumento de autonomía personal y una mejora moderada de síntomas psiquiátricos y calidad de vida para personas con trastorno mental severo (84–89).

Un metaanálisis llevado a cabo en 2007 valoró la efectividad del TAC en la rehabilitación de la población sin hogar con TMS (90). Se valoraron 10 estudios de los que 6 eran ensayos controlados aleatorizados (comparaban TAC con gestión de casos estándar) y 4 eran estudios observacionales (que comparan los resultados pre/post del tratamiento asertivo comunitario), en total comprendían 5775 sujetos. Los/as participantes en TAC experimentaron un éxito significativamente mayor en reducir el sinhogarismo en 8 de los 10 estudios totales y en 4 de 6 ensayos aleatorios. En éstos, los sujetos con TAC tuvieron una reducción un 37% mayor en sinhogarismo y un 26% más de mejora en la severidad de los síntomas psiquiátricos comparado a los casos estándar de tratamiento. Las tasas de hospitalización no fueron significativamente diferentes entre los dos grupos. En los estudios observacionales, los sujetos con TAC experimentaron una reducción del sinhogarismo un 104% mayor y una reducción de la severidad de los síntomas un 62% mayor, comparado con los sujetos pre-tratamiento. Se concluyó que el TAC ofrece ventajas significativas sobre los modelos estándar en cuanto a reducción del sinhogarismo y la severidad de los síntomas para la población sin hogar con TMS.

En cuanto a la relación entre calidad de vida y funcionamiento en una población con TAC, un estudio realizado en 2015 en Noruega demuestra una asociación positiva entre calidad de vida y edad, funcionamiento y contacto semanal con familia y amigos y una asociación negativa con ansiedad y síntomas depresivos. Se estudiaron 149 pacientes vinculados a 12 equipos TAC; los resultados positivos encontrados podrían indicar que los programas que pretenden mejorar el funcionamiento podrían afectar la calidad de vida del paciente (91).

Un estudio noruego recoge las experiencias de usuarios/as con TMS y consumo de sustancias, en cuanto a realizar seguimiento según el modelo TAC (92). Se realizaron veinte entrevistas semi-estructuradas a 11 usuarios/as (que presentaban mejoría tras mínimo doce meses de tratamiento en uno de estos parámetros: calidad de vida, funcionamiento general y consumo de sustancias). En Noruega se han creado doce equipos TAC entre 2008 y

2011. Para la aceptación del TAC por los usuarios/as resultó muy importante la experiencia de construir confianza mediante una implicación duradera y la percepción de los beneficios. Los factores más importantes para mantener el seguimiento fueron la sensación de exclusividad, percibir el TAC como una red segura y la propia responsabilidad de la persona usuaria en formar parte del tratamiento. Se concluyó que es muy importante que los/as usuarios/as perciban que los proveedores de TAC creen que pueden mejorar su calidad de vida para proporcionar esperanza de cara al futuro y mantenerse en tratamiento.

Por otra parte, varios estudios han demostrado la relación coste-eficacia que supone el TAC debido al uso reducido de las hospitalizaciones y servicios de urgencias (85–89,93). En el modelo de jerarquía de necesidades que se ha desarrollado para facilitar la comprensión de los mecanismos implicados en el trabajo con personas con trastorno mental severo (94) y su compromiso inicial, se constata que necesidades como alimentación, vivienda y seguridad física se encuentran en la parte inferior de la jerarquía, siendo señaladas como las prioridades objetivo. Si el TAC puede ayudar a la persona con la problemática relacionada con la vivienda, la persona entonces será capaz de valorar implicarse en otras actividades, como intervenciones sociales, ocupacionales o psicoterapéuticas (92).

1.8.1. Rol enfermero de salud mental en la atención interdisciplinar

Las enfermeras especialistas en salud mental actúan como líderes y gestoras de cuidados de las personas con trastorno mental severo, garantizando una atención holística e integral, así como la continuidad de cuidados. Se enmarcan en la enfermería de práctica avanzada (EPA) para la que el Consejo Internacional de Enfermería ha emitido nuevas directrices en 2020 (95). La enfermería de práctica avanzada se refiere a servicios e intervenciones de salud potenciados que dispensan enfermeras que, con capacidad avanzada, prestan servicios sanitarios directos a personas, familias y comunidades (96). Una enfermera de práctica avanzada (EPA) ha adquirido, a través de una formación adicional, la base de conocimientos expertos, así como habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica ampliada de la enfermería cuyas características se modelan según el contexto en el que están acreditadas para ejercer.

Específicamente en el equipo de atención a personas en situación de sin hogar de Barcelona, cabe resaltar el rol de enfermero comunitario especialista de salud mental en el seguimiento de estas personas. Las enfermeras especialistas trabajan teniendo en cuenta varios modelos, tanto el modelo de necesidades humanas de Virginia Henderson como el modelo de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau, como marcos desde los cuales desarrollar una relación terapéutica horizontal basada en el acompañamiento, la confianza y en la vinculación.

El primer antecedente de atención de salud mental en calle lo estableció el psiquiatra Preben Brandt creando en 1992 el primer equipo de calle en la ciudad de Copenhague (97). El autor estableció las fases que discernían en el trabajo de calle, aplicadas a día de hoy por las enfermeras especialistas del equipo de calle de Barcelona. Estas fases son:

- fase de contacto: establecer contacto con la persona de forma individual, con paciencia (puede ser un proceso largo hasta que acepte un primer contacto).
- fase de clarificación: conocer a la persona encuentro a encuentro para comenzar a crear una relación de confianza mutua, donde aprender y comprender los puntos de vista, actitudes y problemáticas del otro.
- fase de integración: se produce cuando se puede ofrecer la forma de ayuda más sencilla que parezca necesitarse, desde un café, una manta... hasta quizá llegar a cuestiones de mayor envergadura (puede que más adelante la persona permita acompañarla en gestionar documentación, o solicitar una plaza de comedor o de alojamiento).
- fase de apoyo: consiste en mantener el seguimiento.
- fase de conclusión: es una fase larga ya que en numerosas ocasiones no se llega a romper el contacto de todo, manteniendo por ejemplo un par de visitas al año u ofreciendo disponibilidad telefónica.

El mismo autor identifica los valores que constituyen el eje troncal de este trabajo de calle, también utilizados como referencia a día de hoy por las enfermeras especialistas del equipo de Barcelona. Estos valores son el tiempo, la paciencia, la confianza, la credibilidad, la oportunidad, el atrevimiento, la empatía e implicación y la supervisión.

En cuanto a las enfermeras especialistas en salud mental y el ámbito de sin hogar, hay otros precedentes en la atención en España, como son los equipos de calle de Madrid, Málaga o

Bilbao. El programa de Madrid fue el primero en constituirse, en 2003, con el objetivo (compartido con los demás equipos que hemos nombrado) de atender, acudiendo a su entorno, a las personas sin hogar que padecen enfermedades mentales graves y servir de puente hacia los servicios sociosanitarios de la red general a los que normalmente no tienen acceso (98). En ese momento el equipo estaba formado por dos enfermeras especialistas y una psiquiatra; a día de hoy son cuatro las enfermeras especialistas en salud mental que forman parte del equipo. Por su parte, el programa de Málaga fue impulsado en 2008 siendo el pionero en Andalucía. Más tarde, en 2010, se inició el ETAC de Bilbao (99).

1.9. Aplicación municipal de *Housing First* en Barcelona: programa *Primer la Llar*

El modelo *Housing First* comienza a aplicarse en Barcelona en el año 2015 a través del programa *Primer la Llar* (100). Este programa depende del Departamento de Atención a Personas Vulnerables, de la Dirección de Servicios de Familia y Servicios Sociales del Área de Calidad de Vida, Igualdad y Deportes. El programa, dirigido a personas sin hogar, consiste en facilitar acceso inmediato a vivienda y soporte socioeducativo. Sant Joan de Déu Serveis Socials y Sant Pere Claver – Suara (UTE) son los gestores, encargándose de poner a disposición del programa 50 viviendas de mercado (dos lotes de 25 viviendas), que serán destinadas a una persona (máximo dos). La cobertura de gastos alcanza el alquiler de la vivienda, los consumos, la dotación inicial del piso, el mantenimiento, las ayudas económicas y el equipo de intervención. Estas viviendas han de tener la dimensión adecuada para que resida una sola persona según la normativa vigente sobre habitabilidad, Decreto 141/2012, del 30 de octubre, por el cual se regulan las condiciones mínimas de habitabilidad de las viviendas y cédula de habitabilidad. Las viviendas no se encontrarán en un mismo edificio, sino distribuidas en diferentes barrios con vida comunitaria y de fácil acceso en transporte público (metro y autobús). El gestor dotará al proyecto de un equipo específico que se responsabilizará de la atención socioeducativa, soporte instrumental y establecimiento de trabajo interdisciplinar con equipo de salud mental específico de sin hogar, de forma que una enfermera especialista en salud mental y una psiquiatra realizarán el seguimiento de los/as participantes; se tiene presente, según las necesidades de cada caso, poder iniciar vinculación con los dispositivos que correspondan como Centros de Salud Mental (CSM), Centros de atención y seguimiento de drogodependencias (CASD),

Centros de Atención Primaria (CAP), inserción laboral, etc. En cuanto al equipo de profesionales, está formado por profesionales del ámbito social, educativo y sanitario que garantizan el seguimiento y elaboran los planes de trabajo; también se cuenta con la figura de *peer* entendida como un usuario/a experto/a que ha conseguido superar la situación de sin hogar y/o trabajadores familiares para las funciones instrumentales. Diversos estudios destacan la importancia de las relaciones profesionales de ayuda que se establecen con el equipo en cuanto a las trayectorias de los participantes (101).

La metodología de la intervención, se estructura de mayor a menor intensidad según las necesidades y la evolución de la persona y no se establece un margen temporal predefinido, sino que se individualiza en función del caso. La intervención se estructura en torno a cuatro ejes principales: socioeducativo, sanitario, habilidades domésticas y socioeconómicas. La puesta en marcha se produjo en Junio de 2015.

Los criterios que han de cumplir las personas candidatas a entrar al programa son:

- 1) Personas solas, mayores de edad (excepcionalmente parejas sentimentales, o amigos/as cuya relación implique un apoyo positivo para ambos).
- 2) Larga trayectoria de vida en la calle (mínimo 1 año pernoctando de forma continuada en la calle) y / o en centros de alojamiento sin vincularse (intermitencia en los recursos, no mejora en el proceso ni logro de objetivos, no aceptación de las normas de funcionamiento, uso exclusivamente para cubrir las necesidades básicas, utilizándolos de manera puntual en el último año).
- 3) Necesidades sociales concurrentes a la falta de vivienda: enfermedad mental y / o adicciones.
- 4) Autonomía funcional para la vida diaria.
- 5) Disponer de ingresos económicos regulares o posibilidad de conseguirlos.

La persona candidata se compromete, si resulta seleccionado para el grupo intervención, a aceptar el apoyo profesional, respetar la convivencia vecinal y contribuir al coste de la vivienda (si dispone de ingresos).

En el proceso individualizado de cada persona se identifican cuatro ejes de intervención:

Eje 1. Hábitos de la vida cotidiana: se apoyará a la persona hacia la recuperación de habilidades básicas de cuidado personal y del hogar, ajustándose a su grado de responsabilización y organización.

Eje 2. Sanitario: se velará por la atención a las necesidades sanitarias de la persona garantizando su inclusión en la red pública sanitaria; se contará con la colaboración del equipo de atención en salud mental y de los equipos de atención a la drogodependencia si es necesario.

Eje 3. Socio-educativo: se tendrá especialmente en cuenta el acompañamiento para establecer relaciones sociales en la comunidad de vecinos y barrio, así como en la recuperación de relaciones y red social que pudiese existir anteriormente.

Eje 4. Socio-económico: se velará para facilitar que la persona tenga acceso a aquellas prestaciones económicas a las que pueda optar, y si procede, para potenciar la recuperación de capacidades relacionadas con la empleabilidad (colaboración de insertores laborales de los centros de día para personas sin hogar).

En lo referente a la salida del servicio, ésta puede suceder por haber alcanzado la autonomía suficiente mediante la tenencia de vivienda (misma u otra vivienda), asunción de responsabilidades y gastos (con o sin apoyo económico) y vinculación a la red ordinaria de servicios de bienestar (servicios sociales, sanitarios, etc.).

Las posibles salidas del programa serían.

a) Por haber conseguido la autonomía suficiente: el servicio *Primer la Llar* contemplará las siguientes acciones de preparación de la salida del servicio.

- Gestión para asegurar la tenencia de vivienda (la misma u otra) por parte de la persona usuaria, asumiendo las responsabilidades y los costes. El gestor intentará que la persona pueda continuar ocupando de manera individual y estable la vivienda asignada, una vez finalizada la salida del recurso y habiéndose conseguido los objetivos, o bien otra vivienda de similares características en el mismo entorno. En el caso de tratarse de la misma vivienda, la empresa gestora incorporará una nueva para mantener el número total de viviendas y usuarios/as en cada lote (25 viviendas).

- Gestiones para obtener el soporte económico de manera coordinada con los servicios sociales para determinar si es necesario o no proporcionar este soporte para poder afrontar el pago de todos los gastos que implica vivir de forma independiente (alquiler, suministros, necesidades básicas, etc.)
 - Gestiones para la vinculación con la red ordinaria de servicios de bienestar, servicios sociales, servicios sanitarios y otros si es necesario.
- b) Por un cambio en las necesidades de la persona que imposibiliten su autonomía personal (se le acompañará al dispositivo o servicio más adecuado a su situación).
- c) Porque la persona usuaria del servicio abandone la vivienda. Se entiende que desiste de la participación en el programa e implica la rescisión automática del contrato firmado.
- d) Por incumplimientos reiterados o graves del contrato social así como de las normas/acuerdos de funcionamiento interno. En este caso, se rescindirá el contrato firmado y la persona tendrá que abandonar la vivienda.

JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

2. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

Justificación

Como se ha puesto en evidencia mediante la revisión de la literatura, en el abordaje de la compleja situación de sin hogar a través de programas que aplican el modelo *Housing First*, es imprescindible evaluar el impacto que tiene en la evolución de las personas participantes en cuanto a la salud mental y el uso de sustancias, por tal de poder aplicarlo a más personas usuarias que puedan beneficiarse de los resultados obtenidos. De esta manera se podrá conocer si son necesarias intervenciones más específicas en este sentido.

Hipótesis

El programa de alojamiento *Primer la Llar* para población sin hogar tiene un impacto positivo en la salud mental de las personas participantes, significando éste una menor puntuación en las escalas de sintomatología y menor consumo de tóxicos en el grupo que recibe la intervención, en comparación con el grupo que no recibe la intervención.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

De acuerdo con la hipótesis descrita, los objetivos planteados en esta tesis doctoral son:

Objetivo principal:

Evaluar el impacto positivo en cuanto a salud mental y consumo de tóxicos en las personas participantes del programa de alojamiento *Primer la Llar* para población sin hogar.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los/as participantes.
2. Comparar gravedad de sintomatología psiquiátrica y mejoría entre los/as participantes del grupo intervención y del grupo control (sintomatología depresiva, ansiosa, psicótica o maníaca, según el caso).
3. Comparar el consumo de tóxicos entre los/as participantes de ambos grupos.
4. Comparar las habilidades básicas de la vida diaria entre los/as participantes en ambos grupos, así como la mejoría de las mismas en el grupo experimental.
5. Comparar las alteraciones conductuales entre ambos grupos.
6. Comparar la utilización de servicios y cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito entre los/as participantes del grupo intervención y del grupo control.

METODOLOGÍA

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Se trata de un estudio cuantitativo analítico experimental, prospectivo longitudinal. Concretamente, se trata de un ensayo controlado aleatorizado.

4.2. Área y población de estudio

La muestra estuvo compuesta por usuarios/as del programa *Primer la Llar*, del Departamento de Atención a Personas Vulnerables del Ayuntamiento de Barcelona, que cumplieran los criterios de inclusión.

4.3. Criterios de inclusión y de exclusión

Se contemplaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Personas solas, mayores de edad (excepcionalmente parejas sentimentales, amigos con relación de apoyo positiva para ambos).
- Larga trayectoria de vida en la calle (entendido como mínimo 1 año de pernocta de forma continuada en la calle) y/o en centros de alojamiento sin llegar a hacer uso regular o utilizándolos de manera puntual en el último año.
- Necesidades sociales concurrentes a la falta de vivienda: enfermedad mental y / o adicciones.
- Autonomía funcional para la vida diaria.
- Disponer de ingresos económicos regulares o posibilidad de conseguirlos.
- Firmar hoja de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Presentar barrera idiomática.
- Presentar patología neurológica u orgánica grave (ej. Corea de Huntington).
- Demencia severa, demencia alcohólica Wernicke Korsakoff.

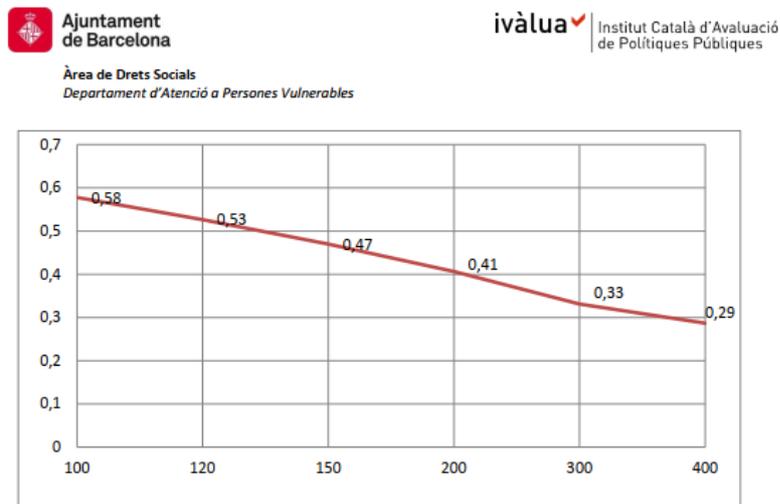
4.4. Tamaño muestral

La muestra que conforma el presente estudio está formada por personas usuarias del programa *Primer la Llar*, perteneciente al Departamento de Atención a Personas Vulnerable, del Área de Derechos Sociales Del Ayuntamiento de Barcelona. Este Departamento realizó una evaluación propia que incluía efectividad del modelo – incluyendo resultados de retención en la vivienda- e implementación del programa. El presente estudio es independiente de esa evaluación y evalúa los cambios en salud mental, consumo de tóxicos, habilidades de la vida diaria, entre otros, de los/as participantes de forma longitudinal.

El número de participantes de la muestra de la evaluación del programa *Primer la Llar* está determinado por el hecho de que el programa puede atender como máximo un total de 50 personas (una por vivienda). En la práctica, se reclutan 139 personas en situación de sin hogar elegibles según los criterios expuestos en el apartado 4.3. De estas 139 personas, solo 120 participan en el programa (en uno de los dos grupos), mientras que las 19 personas restantes participan en el programa como lista de reserva pero no en la evaluación. Estas 19 personas de la lista de espera que no participan en la evaluación pero sí en el programa, son las encargadas de substituir los abandonos que se puedan producir entre las personas participantes seleccionadas de tal manera que se acabe atendiendo a 50 personas en situación de sin hogar (no dejar pisos del programa vacíos). Por tanto, el grupo intervención del programa *Primer la Llar* está formado por 50 participantes y el grupo comparación por 70 participantes. Teniendo en cuenta el máximo de 50 participantes atendidos/as en el grupo intervención, es necesario determinar en qué medida la muestra que se deriva permitirá detectar los efectos derivados del programa *Primer la Llar*. A tal respecto, tal como se aprecia en el siguiente gráfico (figura 4), se ha calculado el efecto mínimo detectable estandarizado MDES (102–104). El MDES se ha calculado teniendo en cuenta los siguientes parámetros: error de tipus I alfa = 0,05; error de tipus II beta = 0,2; relación 4:6 entra la n en el grupo de comparación y el de tratamiento $p=0,4$. Tal y como se aprecia en el gráfico, el actual diseño permite detectar impactos grandes si atendemos a la clasificación de Cohen (105). Se considera que la asignación aleatoria al programa del mencionado número de participantes se ajusta a los criterios de validez interna de un diseño experimental aleatorizado (106). Aunque cabe esperar un relativo desgaste de la muestra conforme se avanza en el tiempo, sobre todo en el grupo comparación, la validez de los resultados obtenidos se calibrarán de acuerdo a la existencia (o no) de diferencias

entre las características basales de las personas participantes en cada grupo que acaben respondiendo (107).

Figura 4. Efecto mínimo detectable estandarizado MDES



Fuente: Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques

4.5. Reclutamiento y aleatorización

El reclutamiento de participantes se realizó entre el 20 de Marzo y el 20 de Abril de 2015 a través de las derivaciones desde los dispositivos del Área de Inclusión Social de aquellos casos que cumpliesen los criterios de inclusión en el programa. Se solicitó al personal de estos dispositivos que refiriese a las personas tributarias del programa al Departamento de Atención a Personas Vulnerables del Ayuntamiento de Barcelona. Después de este proceso, el Departamento de Atención a Personas Vulnerables del Ayuntamiento de Barcelona a través de una comisión de validación comprobó el cumplimiento de los criterios de inclusión de los casos derivados. A continuación, Ivàlua (Institut Català d'Evaluació de Polítiques Públiques) realizó el procedimiento de asignación aleatoria (20 y 21 de Mayo 2015). Para realizar la aleatorización se utilizó un algoritmo computerizado de forma que se pudiese seleccionar una secuencia de asignación de manera que se minimizase el desequilibrio entre ambos grupos. El proceso de randomización siguió dos fases sucesivas: un primer sorteo aleatorio simple para seleccionar a los/as 19 participantes que permanecerían como reservas del programa (estos reservas suplirían los posibles abandonos del programa que se diesen en el grupo intervención, pero no suplirían las

posibles pérdidas de seguimiento de nuestro estudio). Luego, los/as restantes 120 candidatos/as fueron asignados aleatoriamente al grupo intervención (N=50) y al grupo comparación (N=70). Posteriormente, se llevó a cabo un conjunto de análisis estadísticos para verificar que, en general, ambos grupos son similares en términos de características sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo). Después de finalizar el proceso de asignación, se informó a los participantes acerca de su condición: grupo intervención (N = 50) o grupo control (N = 70). A todos los participantes del grupo intervención se les ofreció el piso y todos aceptaron la participación. El programa se inició el 6 de junio de 2015.

Debido a las grandes dificultades para localizar y contactar con las personas en situación de sin hogar (muchos de ellos no tienen teléfono móvil, no eran usuarios de los recursos habituales y tampoco se les podía localizar a través de su referente social), del grupo control original de 70 participantes alcanzamos una muestra de 41 para la línea basal de nuestro estudio, es decir 29 participantes del grupo control se perdieron antes de nuestra valoración basal, de forma que no formaron parte de nuestro estudio. No hubo diferencias significativas en términos de sexo o media de edad entre el grupo control (N=41) que entrevistamos para la línea basal y los 29 participantes que se perdieron antes de esa primera evaluación. Del grupo intervención, 46 participantes de un total de 50 participaron en la línea basal. Los 4 participantes que no participaron fue debido a la negativa a firmar el consentimiento informado (2 casos) y a estar sufriendo una situación personal crítica en el momento de la valoración (2 casos). La reserva no fue diseñada para reemplazar las pérdidas en la evaluación, sino en el programa (no dejar pisos vacíos). Por tanto, nuestra muestra en la línea basal se componía de 46 participantes en el grupo intervención y 41 participantes en el grupo control (N = 87), que aceptaron participar en nuestro estudio y firmaron el correspondiente consentimiento informado.

4.6. Descripción del programa

La intervención consistió en participar en el programa *Primer la Llar*, que facilita vivienda individual y permanente a cada participante, así como apoyo y seguimiento por un equipo interdisciplinar, siguiendo los principios del modelo *Housing First*. El equipo está compuesto por educadores sociales, trabajadores sociales e integradores laborales. También se proporciona seguimiento de salud mental por parte del equipo TAC específico de sin hogar a los/as participantes con trastorno mental severo que no tuviesen vinculación

previa a la red habitual; en concreto este seguimiento es realizado por una enfermera especialista en salud mental y una psiquiatra.

Según el modelo *Housing First*, los/as participantes del grupo intervención aceptaban una visita semanal del equipo interdisciplinar, respetar la convivencia vecinal y realizar un copago de máximo el 20% de sus ingresos en concepto de alquiler. También de acuerdo a los principios del modelo, cada participante podía elegir entre varias viviendas (108), lo que está asociado con mayor satisfacción con la vivienda, estabilidad residencial y bienestar psicológico (109).

Los participantes del grupo control tenían acceso a la red de servicios habituales disponible desde los Servicios de Inclusión Social y la Xarxa de Atenció a Persones Sense Llar (XAPSLI), que incluye centros de día, servicios de alojamiento, higiene, alimentación, etc. Eran tributarios de cualquier tipo de alojamiento (albergue, pensión) y soporte (comedor, seguimiento médico, etc.) a excepción del realizado desde el programa *Primer la Llar*.

El cegamiento fue imposible debido a la naturaleza del programa. Para retener a los participantes, se realizó especial énfasis en establecer una relación de confianza desde la primera entrevista y explicar la importancia de la participación en las posteriores entrevistas de seguimiento. No ofrecimos a los participantes una compensación monetaria. Sin embargo, la tasa de retención fue similar a otros estudios en los que sí se utilizó este método de retención (110–112).

4.7. Instrumentos y fuentes de información

En el cuaderno de recogida de datos se incluyeron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario sociodemográfico y clínico (Dpto. Recerca SJD) *sólo en la primera entrevista.

En la primera entrevista realizada por la investigadora principal se recogen variables sociodemográficas (sexo, edad, país de origen, nivel de estudios, ingresos económicos, estado civil, número de hijos, etc.). Por otro lado se registran variables clínico-asistenciales como diagnósticos de salud mental y consumo de tóxicos, como comorbilidades médicas ordenadas en respiratorias, infecciosas, digestivas, inmunológicas, hematológicas – oncológicas, neurológicas, endocrino – metabólicas, cardiovasculares u otras. También antecedentes psiquiátricos o de consumo de sustancias en familiares de primer y segundo

grado agrupados en esquizofrenia, trastorno bipolar, dependencia enólica, dependencia de drogas, trastorno depresivo o suicidio familiar.

- Escala de síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia. Validación de Peralta y Cuesta (1994). *sólo en los casos que procedía por diagnóstico.

La escala PANSS es una prueba basada en la Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve, extendida con la evaluación de síntomas negativos y considerada útil para evaluar la gravedad de los síntomas (113). Es la escala más utilizada para evaluar los síntomas psicóticos. Fue validado para hispanohablantes por Peralta y Cuesta (114) y consta de 30 ítems calificados de 1 (ausente) a 7 (extremo), puntajes más altos que indican una situación clínica más severa; calculamos las dimensiones en función de los cinco factores de Lindenmayer et al.: positivo, negativo, cognitivo / desorganizado, afectivo y excitación (115).

- Escala de impresión clínica global - Versión Esquizofrenia (ICG – ESQ). Versión de Haro et al. (2003). *sólo en los casos que procedía por diagnóstico.

El cuestionario ICG-ESQ (116) es una adaptación de la escala CGI y CGI-BP, para evaluar las principales dimensiones sintomatológicas del trastorno esquizofrénico. La escala CGI original es un instrumento que permite una evaluación general de la gravedad de los trastornos mentales. Esta escala fue diseñada para evaluar las dimensiones principales que caracterizan los síntomas de la esquizofrenia. El objetivo de la escala (como el de las otras CGI) es traducir el juicio clínico en puntuaciones que reflejen los síntomas presentes en los pacientes esquizofrénicos. Consta de dos subescalas, con 5 ítems cada una de ellas: gravedad del cuadro clínico (CGI-SCH-SI) -evalúa la situación del paciente en la semana previa en cinco dimensiones sintomatológicas (síntomas positivos, negativos, depresivos, cognitivos, global) y grado de cambio (CGI-SCH-DC) - evalúa el cambio en la gravedad del cuadro clínico desde la última evaluación, en las mismas 5 dimensiones anteriores. Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal o a la evaluación previa. Sus propiedades psicométricas son adecuadas y válidas. Presenta validez concurrente con algunas medidas de depresión, como la escala de depresión de Montgomery-Asberg.

- Escala de Hamilton para la depresión. Validación de la versión reducida, Ramos – Brieva y Cordero (1986).

La versión inicial de la escala HDRS incluye 24 ítems para evaluar la depresión (117) pero luego fue revisada por el mismo autor, quien la redujo a 21 ítems. En ensayos clínicos, una versión de 17 ítems se ha utilizado ampliamente y ha sido validada para hispanohablantes por Ramos-Brieva y Cordero (118). Cada ítem se evalúa en una escala de 3 (ausente, dudoso o presente) o 5 (ausente, dudoso, leve, moderado, severo), dependiendo de la intensidad de los síntomas. La puntuación total varía de 0 a 52 puntos sin punto de corte (las calificaciones más altas significan una mayor gravedad de los síntomas de depresión).

- Escala de Hamilton para la ansiedad. Validación de Lobo et al. (2002).

La escala HARS consta de 14 ítems (119). Cada ítem se puntúa de 0 a 4 puntos, teniendo en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia de la ansiedad. El rango va de 0 a 56 puntos sin puntos de corte, por lo que el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad de la ansiedad global (las calificaciones más altas significan una mayor gravedad de los síntomas de ansiedad). Utilizamos la versión validada para hispanohablantes por Lobo (120).

- Escala de habilidades básicas de la vida diaria (BELS). Validación de Jiménez, Torres y col. (2000).

La escala BELS incluye la evaluación del autocuidado, las habilidades domésticas, las habilidades comunitarias y las actividades / relaciones sociales (121). Se utiliza para evaluar los cambios en el desempeño de las habilidades de la vida diaria y consta de 26 elementos. Se calcula un promedio (las calificaciones más altas significan una mayor independencia en el área). Utilizamos la versión validada para hispanohablantes por Jiménez et al (122).

- Escala de riesgo de violencia de Plutchik. Validación de Rubio, Montero y col. (1998).

Escala diseñada para evaluar la existencia de conductas de agresividad. Consta de 12 ítems, de los cuales los 9 primeros hacen referencia a la presencia de conductas agresivas y se recogen en una escala que puntúa de 0 a 3. Los ítems 10 y 11 se refieren a la existencia de antecedentes delictivos y el ítem 12 se refiere a la tenencia de armas; se puntúa 0-1 (no o sí). La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 34. A mayor puntuación, mayor es el riesgo.

Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 3 (123).

- Cuestionario sobre utilización de servicios (Dpto. Recerca SJD).

Se registró si la persona tenía seguimiento comunitario de algún tipo: centro de atención primaria (CAP), visitas de atención especializada, centro de salud mental (CSM), centro de atención y seguimiento a las drogodependencias (CASD). También las visitas a urgencias (generales o de psiquiatría), ingresos (tanto somáticos como psiquiátricos), uso de servicios en relación al consumo de tóxicos (ingreso en patología dual / desintoxicación / comunidad terapéutica; servicios de reducción de daños).

- Cuestionario sobre tratamiento farmacológico (Dpto. Recerca SJD).

La investigadora principal también registró en el cuaderno el cumplimiento del tratamiento farmacológico habitual, tanto somático como psiquiátrico. El cumplimiento se valoró como alto (sigue el tratamiento farmacológico), medio (usuario que deja de tomar algún día la medicación, -20% de las tomas), moderado (usuario que no sigue correctamente el tratamiento prescrito) y bajo (usuario sin seguimiento o seguimiento muy pobre del tratamiento prescrito).

- Cuestionario AUDIT. Validación de Rubio (1998). *sólo en los casos que procedía por presentar consumo.

Nos encontramos ante un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol, centrándose en el consumo perjudicial o abuso de alcohol. En el trabajo de Saunders (124) se proponen dos puntos de corte: punto de corte 8 (sensibilidad 92%, especificidad 94%) y punto de corte 10 (sensibilidad 80%, especificidad 98%). En la validación española de Rubio (125) los puntos de corte más eficaces para distintos tipos de población se indican a continuación:

Población	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Población TOTAL	8	80%	90%
Varones	9	82%	90%
Mujeres	6	80%	87%
Mayores de 60 años	5	83%	87%

Estos resultados se encuentran entre los más altos encontrados por otros autores (S: 32-96% y E: 84-96%). Estas amplias diferencias podrían deberse a problemas metodológicos (proporción de varones, edad media) o culturales (en países con gran permisibilidad sobre el consumo se obtendrían puntuaciones más altas por el peso de las preguntas sobre consumo. El caso contrario podría producirse al contestar los ítems relacionados con las consecuencias del consumo, tendiendo a minimizar las mismas, pudiendo aparecer más falsos negativos y disminuir la sensibilidad del test). Una alta puntuación en los ítems 1 a 3 sugiere consumo peligroso de alcohol, si esta se da en los ítems 4 a 6, posible dependencia alcohólica y si se da en las cuestiones 7 a 10 consumo perjudicial.

- Cuestionario sobre consumo de tóxicos (Dpto. Recerca SJD). *sólo en los casos que procedía por presentar consumo.

La información relativa al consumo de tóxicos se registró en un cuestionario *ad hoc* que incluía tipo de sustancia (alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos, sedantes-benzodiacepinas, estimulantes – speed, anfetaminas, alucinógenos - LSD) y severidad del abuso, con las opciones no consumo, no sabe/no contesta, consumo diario, semanal o esporádico (menos de una vez por semana).

4.8. Procedimiento de recogida de datos

En el presente estudio se inicia la primera fase de trabajo de campo en enero de 2016 (valoración basal) y se termina la última fase de entrevistas en marzo de 2018 (seguimiento a los 21 meses). La investigadora administró las escalas oralmente y registró las respuestas inmediatamente en el cuaderno de recogida de datos. Todas las entrevistas se realizaron en persona. Como primer paso en cada entrevista se explicó el objetivo de la misma, de qué partes constaba y se dio una orientación del tiempo de duración que podría tener, siendo este flexible. La entrevista se iniciaba con las preguntas más generales y partiendo de la situación de la persona entrevistada, siendo las casuísticas muy diversas en el grupo control, desde encontrarse en situación de calle en el momento de realización de la entrevista, hasta alojado en albergue o en pensión, pasando por casa de un/a amigo/a. Más avanzada la entrevista se introducían las preguntas sobre los temas más personales y que pueden

resultar más difíciles de referir, como el consumo de tóxicos o como se encuentra con respecto a su salud mental.

En cuanto al lugar del estudio, las ubicaciones fueron lugares comunitarios de cercanía para la persona participante y de su preferencia, pudiendo tratarse de cafeterías, centros cívicos, espacios públicos (p.ej., un parque), etc. situados en cualquier distrito de Barcelona, incluso para dos participantes del grupo control la entrevista se realizó en una terminal del aeropuerto, ya que allí es donde viven habitualmente. La investigadora se desplazaba a la localización elegida. A pesar de la variedad de localizaciones y sus circunstancias, se procuró en todos los casos que se tratase de un espacio lo más tranquilo posible con el objetivo de minimizar las interferencias habituales en estos lugares (por ejemplo, el ruido).

Durante la realización de este estudio la investigadora principal desarrollaba su actividad laboral en el mismo ámbito en que se realizó la investigación, lo cual aumenta la credibilidad de la información recogida (126). El objetivo de obtener la máxima comprensión sobre el tema de estudio y la información recabada se facilita por la proximidad y la observación de las vivencias de las personas participantes (127).

4.9. Análisis estadístico

Para el presente estudio la investigadora principal creó una base de datos (Microsoft Access) para introducir todas las variables recogidas. Se asignó a cada caso introducido en la base de datos un código identificador para no tratar ningún dato que identifique a los/as participantes. Se traspasaron a esta base de datos todos los datos recogidos en las entrevistas.

El análisis de los datos obtenidos en el presente estudio se realizó con el programa SPSS (IBM Corp, Armonk, NY) versión 23.0. Las variables numéricas se resumieron mediante estadísticos descriptivos básicos (media, desviación estándar, cuartiles). Las variables categóricas se resumieron en tablas de frecuencias con porcentajes. Se valoró si existía una distribución normal de las variables cuantitativas a estudiar mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Si la distribución era normal, se utilizó el test T – Student. En caso contrario, el test no-paramétrico U de Mann – Whitney. Las variables categóricas se compararon entre los grupos con el test chi-cuadrado o el exacto de Fisher. Para comparar los resultados de las escalas entre el momento basal y los seguimientos a lo largo del tiempo, dentro de cada grupo por separado, se utilizó el test T – Student (para datos

apareados), o el test no-paramétrico de Wilcoxon (según distribución de cada escala). Se consideraron significativos los resultados de los test estadísticos con p-valor < 0.05.

Para el análisis de los datos del último seguimiento se utilizaron estadísticas descriptivas de la evolución desde la línea basal para cada subescala de la PANSS, así como para su puntuación total, y la de las escalas HARS, HDRS y BELS. Para evaluar el cambio de una variable del mismo grupo entre las dos fases se utilizó el test de Wilcoxon si el resultado era numérico (por ejemplo, escalas) y el test de MacNemar si el resultado era binario (por ejemplo, uso de sustancias). Las dimensiones de la escala PANSS se calcularon según el modelo de cinco factores de Lindenmayer et al. (115). Para datos longitudinales se utilizó un modelo general lineal de medidas repetidas para determinar el efecto del grupo sobre el cambio a lo largo del tiempo para cada una de las escalas (interacción tiempo – grupo). Para ver diferencias entre grupos en los resultados de la escala de alteraciones conductuales (Plutchick) se utilizó el test Chi-Cuadrado y para ver diferencias entre fases dentro de cada grupo se hizo una Q de Cochran. Para analizar diferencias en los resultados en utilización de servicios entre grupos se utilizó el test Chi-Cuadrado y entre fases dentro del mismo grupo se utilizó análisis con estadístico McNemar. Para analizar resultados de cumplimiento del tratamiento se utilizó el test U de Mann-Whitney para diferenciar los valores entre grupos en cada fase y el test de Wilcoxon para analizar los valores entre fases dentro de un mismo grupo. Los niveles de cumplimiento se puntuaron 1 -> bajo; 2 -> medio; 3 -> moderado; 4 -> alto.

4.10. Aspectos éticos

El estudio fue presentado para su aprobación al Comité de Ética e Investigación Clínica de Parc Sanitari Sant Joan de Déu y a fecha 17 de septiembre 2015 se emitió el informe favorable de dicha comisión (ver Anexo nº 14). Por tanto se realizó de acuerdo con los estándares éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores.

Todos los/as participantes recibieron información clara sobre el estudio, procedimiento y objetivos (ver Anexo nº 15); pudieron realizar las preguntas que les surgieron y firmaron el correspondiente documento de consentimiento informado (ver Anexo nº 16).

Se garantizó la confidencialidad de la información aportada por los/as participantes a lo largo del estudio ya que todas las entrevistas fueron realizadas por la misma investigadora y las respuestas inmediatamente registradas en el cuaderno de recogida de datos, al que sólo esta investigadora tenía acceso para su transcripción a la base de datos informatizada. A cada persona participante se le identificó con un código alfanumérico (además de sus iniciales) en la base de datos, que se mantuvo a lo largo de todo el estudio.

Este estudio por sus características no planteó consideraciones éticas destacables en cuanto a riesgos para la salud, ya que la participación en el mismo no implicó riesgos o efectos potencialmente perjudiciales. Sin embargo, se plantea cierto dilema ético de cara a las personas que compusieron el grupo control, ya que, al tratarse de un ensayo controlado aleatorizado, ellas sabían que “todo” dependía del “sorteo”, y, usando sus propias palabras, el resultado para ellas fue “no me ha tocado el piso”, sabiéndose todas estas personas cumplidoras de los criterios requeridos. Aun así, participaron en todas las entrevistas de seguimiento de forma altruista, gracias a lo cual se pudo realizar este estudio.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. Descripción sociodemográfica y clínica

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra (detallada en tabla 4), la mayoría de los/as participantes eran originarios de Europa, seguido de África, Suramérica y Asia. El país de origen más frecuente en ambos grupos fue España (63.2%). Ambos grupos tienen un porcentaje de hombres muy similar, 82.9% en el control y 84.8% en el experimental, las diferencias no son nada significativas ($p=0.814$ en el test chi-cuadrado). En el total, el porcentaje de hombres es del 83.9% y el de mujeres 16.1%. La media de edad es de 50.3 años sin diferencias significativas entre grupos.

Tabla 4. Características descriptivas sociodemográficas de la muestra en entrevista basal (N=87).

	G. intervención N= 46 N (%)	Grupo control N=41 N (%)	P-valor
Edad media en años <i>Media (SD)</i>	50.25 (10.56)	50.51 (10.84)	0.91
Sexo (número de hombres)	39 (84.8%)	34 (82.9%)	0.814
Continente de origen			
Europa	34 (73.9%)	32 (78%)	
África	8 (17.4%)	6 (14.6%)	
Suramérica	2 (4.3%)	2 (4.8%)	
Asia	2 (4.3%)	1 (2.4%)	
Localizaciones más frecuentes previas a la entrada al programa			0.332
Situación de calle	25 (54.3%)	14 (34.1%)	
Albergue	11 (24%)	16 (39%)	
Hostal	3 (6.5%)	5 (12.2%)	
Habitación de alquiler	4 (8.7%)	2 (4.9%)	
Educación			
Educación secundaria no completada	18 (39.1%)	20 (48.8%)	
Educación secundaria completada	20 (43.5%)	15 (36.6%)	
Universidad (con/sin título)	2 (4.3%)	2 (4.9%)	
Desconocido	6 (13%)	4 (9.8%)	
Ocupación actual			0.301
Incapacidad laboral	26 (56.5%)	17 (41.4%)	
Desempleo	15 (32.6%)	21 (51.2%)	
Empleo	4 (8.7%)	2 (4.8%)	

Ingresos regulares	35 (76%)	33 (80.5%)	0.758
Antecedentes penales	30 (65.2%)	22(53.65%)	0.272

La situación administrativa más frecuente en el grupo intervención es la incapacidad laboral, y el desempleo en el grupo control. No había diferencias significativas entre ambos grupos en el momento de entrada al programa en cuanto a características demográficas ni clínicas.

En cuanto a las características clínicas de los/as participantes (descripción detallada en tabla 5), un 66% de los/as participantes tenían al menos una comorbilidad física, siendo las más frecuentes la comorbilidad cardiovascular, digestiva, músculo-esquelética, endocrina e infecciosa, sin diferencias entre grupos. Un 42.5% tenía diagnóstico de trastorno mental severo (incluyendo diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno depresivo mayor) y un 40% diagnóstico de trastorno de personalidad, según criterios DSM-5. En cuanto a abuso de sustancias, las más frecuentes eran alcohol, opiáceos, cocaína y cannabis; el nivel de gravedad del abuso más frecuente era severo tanto en el grupo experimental como en el control.

Tabla 5. Características descriptivas de salud de la muestra (N=87) en entrevista basal.

	G. intervención N= 46 N (%)	Grupo control N=41 N (%)	P-valor
Comorbilidad física	32 (69.6%)	26 (63.4%)	0.544
Cardiovascular	13 (28.3%)	6 (14.6%)	0.125
Digestiva	12 (26.1%)	7 (17.1%)	0.310
Músculo-esquelética	8 (17.4%)	11 (26.8%)	0.288
Endocrina/metabólica	9 (19.6%)	7 (17.1%)	0.765
Infecciosa	7 (15.2%)	9 (22%)	0.418
Respiratoria	6 (13%)	7 (17.1%)	0.599
Neurológica	5 (10.9%)	5 (12.2%)	0.847
Tumoral	4 (8.7%)	1 (2.4%)	0.211
Diagnóstico de Trastorno mental severo (criterios DSM-5)*	21 (45.65%)	16 (39%)	0.53
Diagnóstico de Trastorno de	14 (30.4%)	21 (51.2%)	0.435

Personalidad			
Trastorno de la personalidad no especificado	10 (21.74%)	13 (31.70%)	
Abuso de sustancias	36 (78.3%)	23 (56.1%)	0.778
Pasado	19 (41.3%)	13 (31.7%)	
Actual	17 (47.2%)	10 (43.5%)	
Severidad del abuso de sustancias			0.578
Leve	7 (15.2%)	8 (19.5%)	
Moderado	8 (17.4%)	2 (4.8%)	
Severo	21 (45.6%)	13 (31.7%)	
Frecuencia de diagnósticos de abuso de sustancias (pasado y actual)			0.118
Alcohol	21 (45.7%)	19 (46.3%)	
Cannabis	3 (6.5%)	1 (2.4%)	
Opioides	6 (13%)	2 (4.9%)	
Cocaína	5 (10.9%)	1 (2.4%)	
Anfetaminas	1 (2.2%)	0 (0%)	

* DSM-5: Manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales (5ª edición).

Si valoramos los resultados según el sexo, todas las mujeres son españolas, mientras que el 43.8% de los hombres son extranjeros. La diferencia es muy significativa ($p=0.002$ en el test chi-cuadrado).

La media de edad es ligeramente superior en los hombres pero la diferencia no es significativa ($p=0.224$ en el test U de Mann-Whitney). En el momento de entrar al programa la situación de calle es más frecuente en mujeres (56.8%) que en hombres (36.2%). La discapacidad es más frecuente en mujeres (71.4%) que en hombres (41.1%), y la diferencia es significativa ($p=0.037$ en el test chi-cuadrado), así como el presentar una enfermedad psíquica ($p=0.021$ en el test exacto de Fisher) en mujeres (28.6%) que en hombres (5.5%). Tener trastorno mental severo es significativamente más frecuente ($p=0.017$ en el test chi-cuadrado) en mujeres (71.4%) que en hombres (37%). La presencia de alguna comorbilidad es más frecuente en mujeres (85.7%) que en hombres (63%), pero la diferencia no es significativa ($p=0.128$ en el test exacto de Fisher). Los hombres tienen más cumplimiento de visitas médicas (83%) que las mujeres (50%) y la diferencia es significativa ($p=0.003$ en el test chi-cuadrado).

5.2 Informe de resultados obtenidos a los 8 meses de la entrada al programa

5.2.1. Retención

En la entrevista de seguimiento realizada a los 8 meses de entrada al programa participaron 78 participantes, por lo tanto hubo una tasa de retención del 89.6% de la muestra basal. Los 9 participantes que no participaron en la entrevista de seguimiento fue debido a retorno a país de origen (1 participante grupo intervención), retirada del consentimiento para participar (1 participante grupo intervención), fallecimiento (1 participante grupo control) e imposibilidad de localizarles para la entrevista (6 participantes grupo control). Todos los/as participantes del grupo intervención utilizaban la vivienda del programa en el momento de realizar la entrevista. En cuanto a la situación de alojamiento de los/as participantes del grupo control en el citado momento, la más frecuente era habitación de alquiler con 10 participantes en esa situación (29.4% del grupo control), seguido de hostel, situación de calle y piso compartido, con 5 participantes cada uno (14.7% del grupo control). Otras situaciones menos frecuentes fueron albergue (sólo 4 participantes del grupo control en el momento de realizar la entrevista de seguimiento) y casa ocupada.

5.2.2. Resultados en escalas de salud mental

En cuanto a la salud mental de los/as participantes, en la línea basal había resultados ligeramente superiores del grupo intervención en las escalas PANSS, HARS y HDRS, pero sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La escala PANSS se aplicó, conforme a la población para la que está diseñada, a los/as participantes con diagnóstico de psicosis (15 participantes en el grupo intervención y 7 en el grupo control). Los resultados de la escala PANSS se detallan en la tabla 6.

Tabla 6. Resultados escala PANSS en ambos grupos en entrevista basal y valoración a los 8 meses de seguimiento.

	N	Basal Media (SD)	8 meses Media (SD)	P-valor
PANSS – positiva †				
Grupo HF	15	16.20 (8.3)	11.27 (6.6)	0.007
Grupo control	7	11.86 (2.4)	8.71 (3.9)	0.090
PANSS – negativa				
Grupo HF	15	22.67 (12)	16.93 (9.6)	0.031
Grupo control	7	13.57 (6.2)	12.57 (3.3)	0.734
PANSS – cognitiva/desorganizada				
Grupo HF	15	15.80 (8.5)	12.20 (6)	0.016
Grupo control	7	12.57 (2.9)	9.14 (1.9)	0.042
PANSS depresiva				
Grupo HF	15	14.60 (5.9)	10.27 (4)	0.007
Grupo control	7	11.57 (5.8)	10.86 (4.6)	0.752
PANSS excitación				
Grupo HF	15	11.47 (8.5)	7.67 (5.1)	0.041
Grupo control	7	6.57 (2.1)	6.14 (1.1)	0.588
PANSS total				
Grupo HF	15	80.73 (37.3)	58.33 (26.7)	0.013
Grupo control	7	56.14 (13.4)	47.43 (7.9)	0.203

† PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale.

Se produjeron descensos estadísticamente significativos en todas las subescalas de la PANSS para el grupo intervención (*Housing First*) entre la entrevista basal y la primera entrevista de seguimiento. El grupo control, sin embargo, solo presentó reducción significativa en la subescala de síntomas cognitivos ($p=0.042$). También hubo una reducción significativa en la puntuación media total de la escala PANSS ($p=0.013$) en el grupo intervención, comparando con la basal; no así en el grupo control (sin diferencias significativas).

En cuanto a la escala HARS, la puntuación total presentó un incremento no significativo en el grupo control ($p=0.86$); sin embargo, se objetivó una reducción significativa en el grupo intervención ($p=0.012$). Respecto a la escala HDRS, no hubo diferencias en el grupo control respecto a la puntuación total ($p=0.521$ en el test de Wilcoxon), pero sí se produjo una reducción significativa en el grupo intervención ($p=0.001$ en el test de Wilcoxon). Estos resultados se detallan en la tabla 7.

Tabla 7. Resultados escalas HARS y HDRS en ambos grupos en entrevista basal y valoración a los 8 meses de seguimiento.

	<i>N</i>	Basal Media (SD) <i>N</i> (%)	8 meses Media (SD) <i>N</i> (%)	P - valor
HARS †				
HF Group	44	12.09 (11.4)	7.77 (8.02)	0.012
TAU Group	34	10.24 (7.97)	11.06 (8.9)	0.86
HDRS- 17 ‡				
HF Group	44	9.86 (7.94)	5.45 (4.86)	0.001
TAU Group	34	8.41 (4.51)	7.82 (5.26)	0.521

† HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale ‡ HDRS: Hamilton Depression Rating Scale

5.2.3. Resultados en abuso de sustancias

En cuanto al consumo de tóxicos (ver tabla 8), el grupo intervención presentó una reducción significativa en abuso de alcohol ($p=0.002$) y cannabis ($p<0.001$) entre la entrevista basal y el primer seguimiento. Sin embargo, el grupo control presentó reducciones no significativas tanto respecto al consumo de alcohol como de cannabis. En cuanto al consumo de tabaco, se produjo una reducción significativa en el grupo control ($p=0.016$), mientras que en el grupo intervención no hubo cambios ($p=1$). En cuanto a otros tóxicos, tras la entrevista de seguimiento a los 8 meses de la entrada al programa no se analizaron otros consumos (cocaína, opiáceos, anfetaminas) puesto que se trata de tóxicos cuyo consumo se había

detectado muy minoritariamente en la línea basal y en el momento de realizar la entrevista de seguimiento no había consumo activo de estas sustancias en ningún participante. De los 8 participantes que tenían antecedentes de consumo de opiáceos, sólo un participante (del grupo intervención) mantenía consumo activo en la entrevista basal, permaneciendo abstinerente en la entrevista de seguimiento. Respecto al consumo de cocaína, había 6 participantes que referían antecedentes pero ya se encontraban en remisión del consumo en la entrevista basal y el único consumidor de anfetaminas (también perteneciente al grupo intervención) mantenía consumo activo en el momento de la entrevista basal pero se encontraba en remisión en la entrevista de seguimiento.

Tabla 8. Resultados en consumo de tóxicos en ambos grupos en línea basal y a los 8 meses de seguimiento.

	<i>N</i>	Basal Media (SD) <i>N</i> (%)	8 meses Media (SD) <i>N</i> (%)	P-valor
Alcohol				
Grupo HF	44	34 (77.3%)	21 (47.7%)	0.002
Grupo control	34	24 (70.6%)	18 (52.9%)	0.109
Cannabis <i>N</i>(%)				
Grupo HF	44	18 (40.9%)	6 (13.6%)	< 0.001
Grupo control	34	10 (29.4%)	5 (14.7%)	0.18
Tabaco <i>N</i>(%)				
Grupo HF	44	36 (78.3%)	35 (79.5%)	1
Grupo control	34	30 (88.2%)	23 (69.7%)	0.016

5.2.4. Resultados en habilidades de la vida diaria

Las puntuaciones de la escala BELS (ver tabla 9) mostraron incrementos significativos para el grupo intervención en las subescalas de habilidades domésticas ($p < 0.001$), habilidades comunitarias ($p = 0.027$) y relaciones sociales y actividad social ($p = 0.005$). Sin embargo, todas ellas mostraron incrementos no significativos para el grupo control. Ambos grupos presentaron aumentos significativos en la escala de autocuidado.

Tabla 9. Resultados en escala BELS en ambos grupos en línea basal y a los 8 meses de seguimiento.

	<i>N</i>	Basal Media (SD) <i>N</i> (%)	8 meses Media (SD) <i>N</i> (%)	P-valor
BELS †				
Autocuidado				
Grupo HF	44	3.36 (0.57)	3.66 (0.61)	0.001
Grupo control	34	3.41 (0.73)	3.69 (0.53)	0.025
Habilidades domésticas				
Grupo HF	44	1.63 (1)	3.21 (0.96)	<0.001
Grupo control	34	1.98 (1.15)	2.19 (1.17)	0.078
Habilidades comunitarias				
Grupo HF	44	2.67 (0.97)	2.97 (0.64)	0.027
Grupo control	34	2.84 (0.90)	2.94 (0.65)	0.39
Relaciones sociales				
Grupo HF	44	2.18 (0.63)	2.50 (0.58)	0.005
Grupo control	34	2.32 (0.67)	2.41 (0.40)	0.38

† BELS: Basic Everyday Living Skills

5.3. Informe de resultados obtenidos a los 21 meses de la entrada al programa

5.3.1 Retención

De los 87 participantes que se entrevistaron para la línea basal, 68 completaron la recogida de datos participando en la última entrevista a los 21 meses de entrada al programa, lo cual supone una tasa global de retención del 78.2%. En concreto, la retención fue del 80.4% del grupo intervención y del 75.6% del grupo control. Todos los/as participantes del grupo intervención que realizaron la última entrevista de seguimiento estaban utilizando la vivienda de *Housing First* en ese momento. Los/as 19 participantes que no completaron la recogida de datos fue debido a dejar el país (2 participantes grupo intervención, 1 participante grupo control), imposibilidad de localizarles (7 participantes del grupo control) o concretar fecha para entrevista (2 participantes grupo intervención), fallecimiento (2 participantes grupo control), retirada del consentimiento para participar (1 participante grupo intervención) y situación clínica o personal complicada que imposibilitaba la entrevista (4 participantes del grupo intervención). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la tasa de retención de participantes.

5.3.2 Resultados en escalas de salud mental

En la entrevista final de seguimiento se produjeron descensos casi significativos en los resultados de la escala HARS en ambos grupos en comparación con la línea basal de entrevistas. Por otro lado, ambos grupos presentaron un descenso significativo en la escala HDRS en la entrevista final en comparación con la basal ($p=0.002$) (los resultados de ambas escalas se desglosan en tabla 10). Teniendo en cuenta los resultados de la escala PANSS, se observan diferencias significativas en el grupo intervención en todas las subescalas (tabla 11). El grupo control no presentó diferencias significativas en ninguna subescala. En cuanto a la puntuación total de la escala PANSS, se produjeron diferencias significativas para el grupo intervención ($p=0.003$). Esta escala se aplicó a los/as participantes con diagnóstico de psicosis (11 participantes del grupo intervención, 4 participantes del grupo control en la entrevista de los 21 meses de seguimiento).

Tabla 10. Resultados de escalas HARS y HDRS en línea basal y en última entrevista de seguimiento (21 meses).

	<i>N</i>	Basal Media (SD)	21 meses Media (SD)	P-valor
HARS				
Grupo HF	37	10.51 (9.24)	6.69 (4.21)	0.060
Grupo control	31	11.29 (8.13)	7.26 (4.96)	0.065
HDRS- 17				
Grupo HF	37	8.97 (7.69)	4.68 (2.93)	0.002
Grupo control	31	9.29 (5.29)	5.2 (3.79)	0.002

Tabla 11. Resultados de escala PANSS en línea basal y en última entrevista de seguimiento (21 meses)

	<i>N</i>	Basal Media (SD)	21 meses Media (SD)	P-valor
Escala PANSS				
Síntomas positivos				
Grupo HF	11	15.18 (7.96)	8.91 (4.06)	0.008
Grupo control	4	11.67 (3.21)	10 (3.74)	n.s.
Síntomas negativos				
Grupo HF	11	22.55 (13.24)	15.91 (8.74)	0.007
Grupo control	4	11 (6.92)	9.75 (2.98)	n.s.
Desorganización				
Grupo HF	11	15.82 (8.75)	10.18 (4.4)	0.005
Grupo control	4	13 (2.64)	7.50 (0.57)	n.s.
Depresiva				
Grupo HF	11	15.55 (5.98)	8.45 (2.73)	0.004
Grupo control	4	11 (4.35)	7.75 (2.5)	n.s.
Excitación				
Grupo HF	11	10.73 (6.98)	5.82 (1.32)	0.024
Grupo control	4	5.33 (0.57)	6 (2)	n.s.
Total				
Grupo HF	11	79.82 (37)	49.27 (17)	0.003
Grupo control	4	52 (4.58)	41 (8.75)	n.s.

5.3.2.1. Resultados en escalas de salud mental: subgrupo TMS

En cuanto a los/as participantes con trastorno mental severo (ver tabla 12), el grupo intervención presentó un descenso significativo en las escalas HARS ($p=0.013$) y HDRS ($p=0.009$). Sin embargo, no se produjeron diferencias significativas para el grupo control.

Tabla 12. Resultados de escalas HARS y HDRS en línea basal y a los 21 meses de seguimiento para el subgrupo TMS.

	N	Basal Media (SD)	21 meses de seguimiento Media (SD)	P-valor
HARS				
Grupo HF	14	14 (9.95)	5.86 (2.80)	0.013
Grupo control	10	11 (5.44)	9.80 (5.96)	n.s.
HDRS- 17				
Grupo HF	14	10.71 (9.02)	4.07 (2.34)	0.009
Grupo control	10	10.20 (3.88)	7.20 (4.96)	n.s.

5.3.3 Resultados en abuso de sustancias

En cuanto al abuso de sustancias (tabla 13), no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la entrevista final de seguimiento. En ese momento, un 51.5% de la muestra presentaba abuso de alcohol, un 78% de los/as participantes fumaban tabaco y un 13.2% de los/as participantes utilizaban cannabis. Por lo que respecta a otras sustancias, sólo un 3% de los/as participantes presentaban abuso de cocaína y un 1.5% de heroína.

El grupo intervención presentó diferencias significativas ($p=0.002$) en abuso de alcohol si comparamos resultados a los 21 meses (45.9%) con la entrevista basal (81.1%). Este grupo también presentó una reducción significativa del abuso de cannabis ($p=0.001$) entre la entrevista final (13.5%) y la línea basal (43.2%). El grupo control presentó diferencias no significativas tanto en cuanto a abuso de alcohol como de cannabis. En cuanto al consumo de tabaco, ninguno de los grupos presentó diferencias significativas entre la entrevista final y la basal.

Tabla 13. Resultados en abuso de sustancias en línea basal y a los 21 meses de seguimiento para el total de la muestra.

	<i>N</i>	Basal Media (SD) N (%)	21 meses Media (SD) N (%)	P-valor
Alcohol				
Grupo HF	37	30 (81.1%)	17 (45.9%)	0.002
Grupo control	31	23 (74.2%)	18 (58.1%)	n.s.
Cannabis N (%)				
Grupo HF	37	16 (43.2%)	5 (13.5%)	0.001
Grupo control	31	7 (22.6%)	4 (12.9%)	n.s.
Tabaco N (%)				
Grupo HF	37	30 (81%)	31 (83.8%)	n.s.
Grupo control	30	27 (87.1%)	22 (71%)	n.s.

5.3.3.1. Resultados en abuso de sustancias: subgrupo TMS

Los/as participantes con TMS en la última entrevista de seguimiento no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a abuso de alcohol, tabaco y cannabis (tabla 14).

Tabla 14. Resultados en abuso de sustancias en línea basal y a los 21 meses para el subgrupo TMS

	<i>N</i>	Basal Media (SD)	21 meses Media (SD)	P-valor
Alcohol				
Grupo HF	14	10 (71.43%)	7 (50%)	n.s.
Grupo control	10	5 (45.45%)	6 (54.54%)	n.s.
Cannabis N (%)				
Grupo HF	14	9 (64.28%)	3 (21.43%)	0.031
Grupo control	10	3 (27.27%)	3 (27.27%)	n.s.
Tabaco N (%)				
Grupo HF	14	10 (71.43%)	10 (71.43%)	n.s.
Grupo control	10	8 (80%)	7 (70%)	n.s.

En el momento de realizar la entrevista final, sólo un participante (del grupo intervención) presentaba abuso de cocaína y ningún participante presentaba abuso de heroína. Comparando la línea final de entrevistas con la basal, sólo el abuso de cannabis en el grupo intervención presentó diferencias significativas ($p=0.031$), significando que los/as participantes con TMS en el grupo intervención redujeron considerablemente el uso de cannabis durante los 21 primeros meses de permanencia en el programa.

5.3.4. Resultados en habilidades de la vida diaria

En cuanto a la escala BELS, ambos grupos presentaron diferencias significativas en las subescalas de autocuidado ($p<0.001$) y habilidades domésticas ($p<0.001$), en comparación con la línea basal (tabla 15).

Tabla 15. Resultados de escala BELS en línea basal y a los 21 meses de seguimiento para el total de la muestra.

	<i>N</i>	Basal Media (SD)	21 meses Media (SD)	P-valor
BELS				
Autocuidado				
Grupo HF	37	3.38 (0.57)	3.77 (0.56)	$p<0.001$
Grupo control	31	3.40 (0.71)	3.87 (0.20)	$p<0.001$
Habilidades domésticas				
Grupo HF	37	1.52 (0.99)	3.27 (0.88)	$p<0.001$
Grupo control	31	1.99 (1.20)	3.07 (0.64)	$p<0.001$
Habilidades comunitarias				
Grupo HF	37	2.63 (1.05)	3.13 (0.64)	0.004
Grupo control	31	2.83 (0.79)	3.17 (0.39)	0.024
Relaciones sociales				
Grupo HF	37	2.18 (0.67)	2.63 (0.49)	0.001
Grupo control	31	2.30 (0.70)	2.64 (0.46)	0.01

El análisis de la subescala de habilidades domésticas utilizando un modelo general lineal de medidas repetidas mostró que tanto el efecto tiempo ($F=75.0$, $p<0.001$) como la interacción tiempo por grupo ($F=20.1$, $p<0.001$) fueron estadísticamente significativas. Más específicamente, aunque se produjo un incremento general en habilidades domésticas éste fue significativamente mayor en el grupo intervención, especialmente entre la entrevista basal y la de los 8 meses de seguimiento.

En cuanto a la subescala de habilidades comunitarias, ambos grupos presentaron diferencias significativas, aunque el grupo intervención presentó un incremento mayor ($p=0.004$). Por lo que respecta a la subescala de relaciones y actividad social, ambos grupos presentaron diferencias significativas, siendo ésta mayor de nuevo en el grupo intervención ($p=0.001$).

5.3.4.1 Resultados de habilidades de la vida diaria: subgrupo TMS

Los/as participantes con TMS del grupo intervención presentaron en la subescala de autocuidado un incremento ligeramente mayor ($p=0.005$) que el grupo control ($p=0.009$), si bien ambos grupos presentaron incrementos significativos (tabla 16).

Tabla 16. Resultados de escala BELS a los 0 y 21 meses para subgrupo TMS.

	N	Basal Media (SD)	21 meses Media (SD)	P-valor
Autocuidado				
Grupo HF	14	3.26 (0.63)	3.72 (0.47)	0.005
Grupo control	10	3.41 (0.50)	3.83 (0.29)	0.009
Habilidades domésticas				
Grupo HF	14	1.10 (0.66)	2.94 (1.05)	0.002
Grupo control	10	1.66 (0.91)	2.94 (0.77)	0.011
Habilidades comunitarias				
Grupo HF	14	2.27 (1.19)	2.89 (0.74)	n.s.
Grupo control	10	2.67 (0.79)	3.10 (0.35)	n.s.
Relaciones sociales				
Grupo HF	14	1.91 (0.67)	2.50 (0.52)	0.019
Grupo control	10	2.06 (0.81)	2.50 (0.46)	n.s.

En cuanto a la subescala de habilidades domésticas, se produjeron diferencias significativas en ambos grupos, aunque ésta fue mayor para el grupo intervención ($p=0.002$) que para el grupo control ($p=0.011$). Por lo que respecta a la subescala de habilidades comunitarias, ninguno de los grupos presentó diferencias significativas entre las entrevistas basal y final. Finalmente, el grupo intervención presentó diferencias significativas en la subescala de relaciones sociales y actividad social ($p=0.019$), mientras que el grupo control presentó diferencias no significativas.

5.3.5. Resultados relativos a alteraciones conductuales

No hay diferencias significativas entre grupos según valor total en la escala Plutchik en cada valoración (basal, 8 meses y 21 meses), ya que ambos grupos presentan mejoría a lo largo del tiempo. Si utilizamos el punto de corte (puntuación mayor o igual a 3) documentado por los autores de la validación española de la escala, al analizar la evolución longitudinal del grupo control, se observaron diferencias significativas al comparar los resultados de la valoración basal con los de los 8 meses seguimiento ($P = 0,079$, prueba de McNemar). Este resultado podría tener relación con la reducción del consumo de alcohol que se observó en el grupo control. En el grupo control no es posible comparar la valoración basal ni la de los 8 meses con los 21 meses de seguimiento, ya que en esta última valoración de los 21 meses hay cero participantes del grupo control que puntúen (todos los participantes puntúan cero en esta escala).

Al analizar la evolución longitudinal del grupo experimental se observaron diferencias significativas ($P = 0,001$) a lo largo de las tres fases (0, 8 y 21 meses), mostrando este grupo reducción de alteraciones conductuales a lo largo del tiempo.

5.3.6. Resultados en cumplimiento del tratamiento prescrito

En cuanto a cumplimiento del tratamiento farmacológico psiquiátrico, no hay diferencias significativas entre grupos en fase basal ($p=0,947$) ni a los 8 meses de seguimiento ($p=0,947$), tampoco en la valoración de los 21 meses de seguimiento ($p=0,294$).

Analizando cada grupo a lo largo del tiempo, para el grupo control no hay diferencias estadísticamente significativas entre la valoración basal y la de los 8 meses de seguimiento ($p=0,125$); tampoco al comparar la valoración de los 8 meses con la de los 21 meses ($p=0,739$) ni al comparar línea basal con la valoración de los 21 meses de seguimiento ($p=0,092$).

En el grupo intervención tampoco hay diferencias estadísticamente significativas al comparar valoración basal con la de los 8 meses de seguimiento ($p=0,854$), al comparar valoración a los 8 meses con la de los 21 meses ($p=0,672$) ni al comparar valoración basal con la de los 21 meses de seguimiento ($p=0,907$). Los resultados de cumplimiento de ambos tipos de tratamiento se desglosan en tabla 17.

En ambos grupos predomina el cumplimiento alto del tratamiento psiquiátrico en cada fase, pero no hay diferencias significativas en la evolución de cada grupo a lo largo del tiempo.

Tabla 17. Resultados de cumplimiento de tratamiento psiquiátrico/somático prescrito en cada grupo

	N	Basal Media (SD)	N	8 meses de seguimient o Media (SD)	N	21 meses de seguimiento Media (SD)	P-valor (21meses _basal)
Tratamiento psiquiátrico							
Grupo HF	46	2,20 (1,86)	46	2,24 (1,88)	36	2,06 (1,94)	0,907
Grupo control	41	2,41 (1,83)	41	2,07 (1,90)	31	1,94 (2,03)	0,092
Tratamiento somático							
Grupo HF	20	3,85 (0,49)	21	3,81 (0,60)	20	3,60 (0,82)	0,102
Grupo control	20	3,60 (0,82)	22	3,73 (0,70)	13	4 (0,00)	1

En cuanto a cumplimiento del tratamiento farmacológico somático, no hay diferencias significativas entre grupos en la valoración basal ($p=0,337$), en la valoración de los 8 meses de seguimiento ($p=0,678$) ni en la valoración de los 21 meses de seguimiento ($p=0,208$).

Analizando la evolución del cumplimiento del tratamiento somático del grupo control a lo largo del tiempo, no hay diferencias estadísticamente significativas al comparar fase basal con valoración a los 8 meses ($p=0,317$), al comparar valoración a los 8 meses con la de los 21 meses ($p=1$), y tampoco al comparar valoración basal con la de los 21 meses de seguimiento ($p=1$).

Analizando la evolución del cumplimiento del tratamiento somático del grupo experimental a lo largo del tiempo, no hay diferencias estadísticamente significativas al comparar valoración basal con la de los 8 meses de seguimiento ($p=1$), al comparar valoración de los 8 meses con la de los 21 meses de seguimiento ($p=0,157$) ni al comparar valoración basal con la de los 21 meses de seguimiento ($p=0,102$).

En ambos grupos predomina el cumplimiento alto del tratamiento somático en cada fase, pero no hay diferencias significativas en la evolución de cada grupo a lo largo del tiempo.

5.3.7. Resultados relativos a utilización de servicios

En cuanto al uso de servicios, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a los 8 ni a los 21 meses de seguimiento en si utilizan o no cualquier servicio.

Al analizar la evolución longitudinal del grupo control se observó una reducción significativa en uso de servicios de Centro de Salud Mental (CSM) entre la valoración basal y la de los 8 meses de seguimiento ($p=0,018$), así como entre la valoración basal y la de los 21 meses de seguimiento ($p=0,017$). Es decir, los participantes del grupo control presentan menor utilización de servicios de Centro de Salud Mental conforme avanza el programa (los resultados se detallan en tabla 18).

En cuanto a la evolución longitudinal del grupo experimental, se observó también diferencias significativas en visitas a Centro de Salud Mental entre valoración basal y a los 8 meses ($p=0,009$) y entre valoración basal y a los 21 meses ($p=0,008$); se puede relacionar el menor número de visitas a CSM en tanto que se realizó vinculación al seguimiento de psiquiatría por el equipo TAC que formaba parte del seguimiento multidisciplinar del programa *Primer la Llar*. De la misma forma, se observaron diferencias significativas ($p=0,046$) en visitas a CASD del grupo experimental entre la valoración basal y la de los 8

meses. Por otro lado, en el grupo experimental se observaron diferencias estadísticamente significativas en visitas a **urgencias de psiquiatría** tanto entre valoración basal y la de los 8 meses ($p=0,027$) como entre valoración basal y la de los 21 meses ($p=0,027$), por lo que los participantes del grupo experimental redujeron considerablemente las visitas a servicios de urgencias psiquiátricas.

También se observaron diferencias estadísticamente significativas en número de **urgencias generales** en el grupo experimental, entre valoración basal y a los 8 meses de seguimiento ($p=0,026$). Por otro lado, el grupo control presentó una reducción significativa en número de urgencias generales.

Tabla 18. Resultados de comparativa entre fases de utilización de servicios para cada grupo

	P-valor 8 meses_ basal	P-valor 21 meses _ basal
Visitas CSM		
Grupo HF	0,009	0,008
Grupo control	0,018	0,017
Visitas urgencias psiquiatría		
Grupo HF	0,027	0,027
Grupo control	0,102	0,102
Ingresos agudos psiquiatría		
Grupo HF	0,157	0,564
Grupo control	0,157	0,157
Visitas CASD		
Grupo HF	0,046	0,147
Grupo control	0,314	0,386
Visitas MAP		
Grupo HF	0,056	0,844
Grupo control	0,074	0,517
Visitas especialista		
Grupo HF	0,471	0,098
Grupo control	0,079	0,227

Hospitalizaciones médicas		
Grupo HF	0,564	0,518
Grupo control	0,914	0,388
Visitas urgencias generales		
Grupo HF	0,026	0,364
Grupo control	0,019	0,820

INFORME DE LA DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Discusión relativa al análisis descriptivo de la muestra

El presente estudio realizado con el objetivo de evaluar el impacto positivo en la salud mental de las personas en situación de sin hogar que formaron parte como participantes del programa de alojamiento Primer la Llar, se inició con la recogida, al iniciarse el trabajo de campo, de los datos correspondientes a la descripción sociodemográfica y clínica de la muestra.

En este aspecto, los datos descriptivos indicaron que la mayoría de participantes eran hombres, tanto en el grupo intervención como en el grupo control, lo cual no resulta sorprendente ya que, como se mencionó en el marco teórico (apartado 1.2), en el sinhogarismo hay una carencia de perspectiva de género que hace que, de forma general, se invisibilice la situación de las mujeres sin hogar; similares porcentajes de mayoría de participantes hombres han sido reportados por otros autores de estudios sobre *Housing First* (128). Estudios anteriores indicaron asimismo un porcentaje mayoritario de hombres en sus muestras (66).

En nuestro estudio el lugar de origen mayoritario fue algún país europeo, en concreto, España fue el país de origen más frecuente para los participantes de ambos grupos. De todas formas, este dato es representativo de la variedad de lugares de origen de las personas que están en situación de sin hogar en Barcelona, ya que en el programa hay participantes de cuatro continentes diferentes. Al mismo tiempo, es congruente con la conceptualización del fenómeno de sin hogar que hay en la ciudad de Barcelona, ya que se trata de la ciudad española con mayor índice de personas en situación de sin hogar, como ya indicábamos en el marco teórico.

La media de edad de la muestra fue de 50,3 años, y el nivel de estudios mayoritario correspondía con educación secundaria o inferior. Los porcentajes de participantes con un nivel educativo menor a la educación secundaria en la muestra son comparables a los recogidos por O'Campo (128) et al. en su estudio, sin embargo los porcentajes relativos a participantes con la educación secundaria completada son mayores en nuestra muestra; si bien es cierto que en el mencionado estudio los autores recogían también cualquier nivel de educación postsecundaria realizada por los participantes, mientras que en nuestro estudio sintetizamos los posibles resultados a este ítem en Educación secundaria no completada, Educación secundarias completada, Universidad (con o sin titulación) y Desconocido

(consultar tabla 4 del apartado 5.1 correspondiente a Resultados de la descripción sociodemográfica y clínica). Por su parte, nuestros resultados son consistentes con los aportados por Crawley et al. (129), que indicaban un 58.8% de educación secundaria no completada, un 35.4% de educación secundaria completada y un 5.8% de estudios universitarios (completados o no).

En lo relativo a la salud física, la mayoría de participantes presentaron al menos una comorbilidad física, destacando la comorbilidad de tipo cardiovascular, digestiva, músculo-esquelética, infecciosa y endocrino – metabólica. Otros estudios también recogen la comorbilidad infecciosa entre las principales detectadas en esta población (130), así como la músculo-esquelética (129). El alto porcentaje de comorbilidad física está refrendado por estudios previos como el de Hwang et al. que indican un 67% que presentan al menos una enfermedad crónica (131).

En cuanto a la salud mental, el diagnóstico de trastorno mental severo estaba presente en el 42.5% de la muestra y el de trastorno de personalidad en el 40%. Estos resultados son mayores que los apartados por Benjaminsen y Birkelund (132), que indican un 10% de prevalencia de trastorno mental severo y un 28.5% de otros trastornos mentales, si bien su muestra hace referencia únicamente a personas en situación de sin hogar usuarias de albergues; este dato podría ser indicativo de la dificultad que pueden presentar las personas con TMS para utilizar este tipo de recurso. El índice de trastorno mental severo en las muestras de estudios basados en el método *Housing First* es muy variable, dada la variabilidad de composición de estas muestras (estudios con 100% de la muestra con TMS, estudios con participantes con y sin TMS, etc.). De cualquier modo, la preferencia en cuanto a vivienda de las personas con TMS en situación de sin hogar ha sido documentada y reportan preferir la vivienda independiente a otros tipos de vivienda (133).

En lo que respecta a abuso de sustancias, en nuestro estudio esta problemática estaba presente en una parte considerable de las personas participantes de ambos grupos (47.2% de participantes del grupo intervención y 43.5% de participantes del grupo control). Nuestros resultados son consistentes con los reportados por Whittaker et al. (130) que indican un 47% de participantes con problemas por abuso de sustancias. Otros autores han reportado porcentajes ligeramente superiores de problemas de abuso de sustancias (128), con un 62.9% de los/as participantes del grupo intervención y el 59% de los/as participantes del grupo control, si bien es cierto que el tamaño muestral también era mayor

al nuestro (grupo intervención $N = 97$, grupo control $N = 100$); en la misma línea están los datos descriptivos aportados por Aubry et al. del ensayo controlado aleatorizado realizado sobre *Housing First* en cinco ciudades canadienses (66). Sus porcentajes de participantes con abuso de sustancias ascendían al 71% en el grupo intervención y al 75% en el grupo comparación. Teniendo en cuenta la dimensión del ensayo, que abarcaba cinco ciudades de Canadá, es comprensible que la muestra con la que contaron fue mucho mayor a la nuestra; hay que tener en cuenta también las diferencias culturales en la composición de la muestra (contexto español versus contexto canadiense), lo cual puede influir en los porcentajes detectados. En la misma línea, se reportan porcentajes mayores al nuestro en el estudio de Adair et al. (134), aunque puede deberse a que lo codifican como dependencia o abuso de sustancias (67% en total). Benjaminsen y Birkelund también aportan un porcentaje mayor, el 61.1% de personas encuestadas presentaban un problema de abuso de sustancias, pero en este caso la muestra estaba formada únicamente por personas usuarias de albergues (132). Otros autores han reportado 58% de prevalencia de dependencia de sustancias (135), o 67% de problemas relacionados con sustancias (136); la variedad de instrumentos utilizados para medir esta problemática puede ser determinante en la variabilidad de las cifras presentes en la literatura disponible.

6.2. Discusión relativa a los resultados a los 8 meses de seguimiento

6.2.1. Discusión relativa a sintomatología psiquiátrica

En cuanto a los resultados relativos a sintomatología psiquiátrica de los participantes con diagnóstico de trastorno psicótico, se objetivaron descensos estadísticamente significativos en todas las subescalas de la escala PANSS en el grupo intervención entre la entrevista basal (0 meses) y el primer seguimiento (8 meses); el descenso significativo también se produjo en la puntuación media total de la escala PANSS en el grupo intervención, en comparación con la valoración basal. El grupo control sólo presentó una reducción estadísticamente significativa en la subescala de síntomas cognitivos. En lo relativo a resultados de las escalas HARS y HDRS, en ambas se observó una mejoría estadísticamente significativa en el grupo intervención entre la valoración basal y la de los 8 meses de seguimiento; sin embargo, el grupo control presentó un aumento no significativo (escala HARS) y sin cambios entre ambas valoraciones (escala HDRS).

Los datos de mejoría en cuanto a sintomatología psiquiátrica en los/as participantes del grupo intervención pueden estar relacionados con el seguimiento de los profesionales de salud mental que formaban parte del equipo multidisciplinar de apoyo a las personas participantes en este grupo. Por otro lado, esta mejoría puede ser representativa de la importancia de disponer de un entorno seguro en el que vivir (refiriéndonos a los/as participantes del grupo intervención, el piso que se les facilitó a la entrada al programa), que cubra las necesidades básicas de seguridad, que proporcione privacidad y facilite la reducción del estrés.

Nuestros resultados concuerdan con los reportados por Tsemberis sobre la aplicación del modelo *Housing First*, (109). En el mencionado estudio se obtuvo que el grupo intervención mostraba una mejoría significativa en síntomas psiquiátricos y abuso de alcohol tras el primer año de permanencia en el programa. Esto indica que el enfoque centrado en la persona (incluyendo la promoción de la toma autónoma de decisiones) conduce a facilitar mejorías significativas sin necesidad de prerequisites como abstinencia de tóxicos o adherencia al tratamiento.

Por otro lado, nuestros resultados son consistentes con los aportados por Fitzpatrick y colaboradores, en donde indican que los adultos en situación de sin hogar con mayores niveles de apoyo social reportan menores niveles de depresión y ansiedad (137,138), lo cual se ve refrendado por los datos obtenidos en nuestro estudio, puesto que los/as participantes del grupo intervención reportaron mayor nivel de actividad y relaciones sociales (incluyendo ítem de sociabilidad) que los/as participantes del grupo control; a la vez, el grupo intervención reportó síntomas de ansiedad y depresión de menor gravedad.

Otros resultados consistentes con los obtenidos en nuestro estudio son los aportados por Mares & Rosenheck en un proyecto multicéntrico de *Housing First* en Estados Unidos. Sus resultados indicaron mejoría significativa en síntomas psiquiátricos (psicoticismo, depresión, ansiedad), así como menor uso de cannabis (139).

Sin embargo, los hallazgos de este estudio no apoyan las conclusiones obtenidas en anteriores

investigaciones que mostraban mejoría similar de ambos grupos en síntomas y abuso de sustancias (140,141) si bien esto puede deberse a que estos estudios no utilizaban escalas específicas de salud mental para valorar la evolución de los/as participantes, al contrario que ocurría en nuestro estudio.

6.2.2. Discusión relativa a consumo de sustancias

Respecto a los resultados obtenidos a los 8 meses de seguimiento relativos al consumo de sustancias, se observó una mejoría significativa del grupo intervención en consumo de alcohol y cannabis, lo cual, por un lado, puede relacionarse con el soporte del equipo multidisciplinar que reciben estos/as participantes. Por otro lado, esta mejoría podría estar influenciada por el nuevo entorno del que disponen (vivienda propia), que puede facilitar que la persona se plantee la reducción de los consumos; este planteamiento no siempre resulta factible en situación de calle.

Por su parte, en el grupo control se observaron reducciones no significativas respecto a ambos tipos de consumo (alcohol y cannabis). Sin embargo, curiosamente, el grupo control presentó una reducción significativa en el consumo de tabaco, mientras que el grupo intervención no presentó cambios. Este es el dato más sorprendente que se observa en lo relativo al consumo de sustancias a los 8 meses de programa. Esta reducción del consumo de tabaco en el grupo control puede estar relacionada con las dificultades económicas que pueden atravesar los/as participantes del grupo control, que pueden estar en situación de calle, haciendo uso de algún albergue, etc. La reducción del hábito tabáquico también podría deberse a los requisitos que estas personas pueden verse conducidas a cumplir si quieren entrar a algún dispositivo de alojamiento (albergues), dado que estos centros suelen tener normativa en cuanto a espacios, horarios, plan de ahorro económico, etc., factores que influyen y condicionan el consumo habitual de tabaco.

En cuanto al abuso de alcohol y otras drogas, nuestros resultados concuerdan con los aportados por Fitzpatrick-Lewis et al., que indican que proveer de una vivienda a las personas en situación de sin hogar con problemas de abuso de sustancias está asociado a menores tasas de consumo (142). Por su parte, Padgett et al. también indican que los participantes en el grupo Housing First de su ensayo controlado aleatorizado reportaron menor uso de tratamientos para consumo de sustancias que los participantes del grupo control (59), que realizaban el seguimiento habitual según el modelo *Treatment First*, que exige la abstinencia del consumo de sustancias (ver Marco Teórico, apartado 1.5 Modelo tradicional versus *Housing First*). Otras investigaciones previas han concluido asimismo que existe un menor consumo de alcohol en los participantes del grupo *Housing First* (grupo intervención). Collins et al. (143) reportaron resultados de descenso en el consumo de

alcohol después de 2 años de participación en el programa; además, la exposición a la intervención, representada por los meses que se permanece en la vivienda, predecía de forma consistente descensos adicionales en los resultados de consumo de alcohol. Por su parte, Larimer et al. (144) evaluaron la asociación entre una intervención basada en el modelo *Housing First* para personas en situación cronificada de sin hogar con problemas severos de consumo de alcohol y la utilización de servicios de salud y costes. Concluyeron que la intervención del programa *Housing First* está asociada a un descenso en costes después de 6 meses de programa, y estos beneficios aumentaban a medida que los participantes permanecían más tiempo en la vivienda del programa.

Sin embargo, los hallazgos de este estudio no apoyan las conclusiones obtenidas en algunas investigaciones anteriores. En el caso del estudio de Tsemberis et al. (43) y de O'Campo et al. (147) se indica que no hay diferencias significativas en cuanto a consumo de sustancias entre el grupo intervención (que participaba en un programa según el modelo *Housing First*) y el grupo control; esta diferencia puede deberse a la variabilidad en la composición de la muestra, ya que en su caso todos los participantes del grupo intervención, presentaban diagnóstico en eje I de trastorno mental severo. En el caso del estudio de Sommers et al. (146), todos los participantes presentaban algún tipo de trastorno mental. Como indican Baxter et al. en su revisión sistemática (145), el impacto a corto plazo de los programas basados en el modelo *Housing First* sobre la mayoría de los resultados relativos a la salud de los participantes, es estimado de forma imprecisa, con diferentes direcciones del efecto.

6.2.3. Discusión relativa a habilidades de la vida diaria

Los resultados a los 8 meses de seguimiento mostraron mejoría significativa de los participantes del grupo intervención en relación a las áreas de funcionamiento comunitario, habilidades sociales y habilidades comunitarias. Estos resultados pueden explicarse en relación al seguimiento multidisciplinar que recibieron los participantes del grupo intervención, añadido al efecto que puede tener el comenzar a residir en un piso de forma estable, es decir, disponer de una vivienda facilita en gran medida la vida comunitaria, relaciones sociales, etc., en el que pasa a ser el entorno de proximidad para la persona.

En lo respectivo al área de funcionamiento comunitario, este estudio arroja resultados que subrayan las conclusiones obtenidas en trabajos previos en este campo, como el de

O'Campo et al. (147) o el de Stergiopoulos et al. (148). Por otro lado, nuestros resultados difieren de los encontrados en otros estudios (140), que indican que no hay diferencias significativas en integración física (entendida como participación en actividades comunitarias) entre ambos grupos. Sin embargo, en ese mismo estudio se describe mejoría significativa de ambos grupos en cuanto a integración psicológica (medida como sentimiento de pertenencia en la comunidad); esto puede explicarse en relación a que en nuestro estudio el funcionamiento comunitario abarcaba más aspectos (uso del transporte público, uso de los servicios de la zona, utilización de los locales públicos, etc.), no únicamente la participación en actividades comunitarias.

En el área de las relaciones sociales y actividad social existe cierta controversia ya que algunos autores han mostrado, en concordancia con nuestros resultados, una mayor mejoría de los/as participantes del grupo intervención (136) en esta área, pero otros han identificado el aislamiento social como un factor en los participantes del programa *Housing First* (149). Sin embargo, esta investigación cuenta con una muestra un tanto reducida ($N=27$), y el aislamiento social se detectó en el 15% de la mencionada muestra, por tanto sería discutible si realmente es un porcentaje destacable. Además, este estudio indicaba resultados tempranos relacionados con el impacto inicial del programa, antes de que los/as participantes comenzasen a involucrarse en la vida comunitaria del nuevo barrio en el que se establecían.

Por otro lado, datos longitudinales de un ensayo controlado aleatorizado (150) demostraron que la dimensión comunitaria era uno de los predictores más importantes de recuperación percibida; en este sentido, los/as participantes que indicaban una recuperación percibida mayor tenían más probabilidades de involucrarse en actividades comunitarias y de experimentar sensación de pertenencia en sus comunidades. En este sentido, diversos estudios han mostrado que los participantes en *Housing First* presentan una mayor recuperación percibida en comparación al grupo de cuidado estandar (151).

En cuanto a las subescalas de autocuidado y habilidades domésticas, resulta difícil encontrar evidencia previa con la que contrastar los resultados obtenidos. El autocuidado no ha sido medido en otros estudios sobre *Housing First* en los mismos términos de autonomía para comer, vestirse, higiene personal, cambiarse de ropa, etc. En nuestro estudio se observó una mejoría significativa de este aspecto en ambos grupos, aunque fue mayor en el grupo intervención, lo cual se puede relacionar con la disponibilidad de

profesionales de soporte con los que poder trabajar autonomía personal y con el factor de la vivienda. El área de habilidades domésticas tampoco ha sido medida en estudios previos en términos de comprar comida u otros útiles del hogar, cocinar o lavar la ropa en ensayos controlados aleatorizados en torno al *Housing First*. Nuestros resultados fueron los esperados: una mejoría muy significativa en el grupo intervención en cuanto a habilidades domésticas. Debido a la escasez de conocimientos en los mencionados ámbitos, futuras investigaciones deberían abordar estos aspectos para ampliar la literatura científica disponible.

6.3. Discusión relativa a los resultados finales

6.3.1. Discusión relativa a sintomatología psiquiátrica

En lo que concierne a resultados relativos a sintomatología psiquiátrica, en concreto sintomatología ansiosa y depresiva, en la última valoración se observó un descenso (casi significativo) en la puntuación de la escala HARS en ambos grupos, en comparación con la línea basal de entrevistas. En la puntuación de la escala HDRS, por su parte, ambos grupos presentaron un descenso significativo. Es necesario tener en cuenta que en estos resultados pueden influir muchos factores como la situación en la que se encuentren los/as participantes del grupo comparación (calle, albergue...), el nivel de vulnerabilidad al que se ven expuestos/as, etc. Serían necesarias investigaciones a más largo plazo para determinar con claridad si ambos grupos evolucionan de forma diferente en cuanto a este tipo de sintomatología.

Los resultados de nuestro estudio mostrando que no hay diferencias entre grupos en cuanto a síntomas de salud mental son consistentes con los ya aportados por otros investigadores (40). Otro antecedente de relevancia que mostraba mejorías similares en salud mental en ambos grupos es el ensayo realizado en Canadá (At Home / Chez Soi). Por otro lado, se ha observado mejoría significativa en cuanto a angustia (*psychological distress*) y funcionamiento en salud mental (152), aunque Mares y colaboradores no utilizaron escalas específicas de salud mental. Además, se ha demostrado una relación inversa entre capacidad de decisión percibida y síntomas psiquiátricos, lo cual apoya el desarrollo de más programas basados en aumentar la capacidad de decisión del participante (65,153,154).

En cuanto a sintomatología psicótica, nuestros datos mostraron diferencias significativas en todas las subescalas de la escala PANSS en la valoración de los 21 meses de seguimiento del grupo intervención, en comparación con la valoración basal; también se observaron diferencias significativas en la puntuación total de la escala en el grupo intervención. Estos resultados pueden explicarse en parte en relación al seguimiento de tratamiento asertivo comunitario que tuvieron estos/as participantes desde la entrada al programa.

En cuanto a los resultados en sintomatología psiquiátrica en participantes con trastorno mental severo, los resultados mostraron una reducción significativa entre la primera y la última valoración (21 meses) en el grupo intervención tanto en la escala HARS como la escala HDRS; por su parte, el grupo control no mostró diferencias significativas en estas escalas entre la valoración basal y la del último seguimiento. Estos hallazgos podrían relacionarse con el seguimiento de tratamiento asertivo comunitario del que disponían los participantes del grupo intervención, que facilitaba tanto la accesibilidad y disponibilidad de visitas (en muchos casos, en el propio domicilio), como el seguimiento farmacológico.

Los hallazgos del presente estudio resultan consistentes con los obtenidos por otros autores (109), que mostraron una reducción significativa en síntomas psiquiátricos en el grupo intervención. En este estudio de Tsemberis, como en el nuestro, se realizó seguimiento según el modelo de tratamiento asertivo comunitario a los/as participantes con TMS. Otros estudios aportaron resultados diferentes (43,155); esta discrepancia podría estar relacionada con la administración de escalas generales de salud mental o escalas de cribaje, pero no escalas específicas como las usadas en nuestro ensayo (PANSS, HARS, HDRS). Hasta la fecha, hay escasa evidencia disponible en relación a síntomas psiquiátricos valorados con escalas específicas de salud mental en participantes de *Housing First* con trastorno mental severo.

6.3.2. Discusión relativa a consumo de sustancias

Los resultados de nuestro estudio mostraron que los/as participantes del grupo intervención (*Housing First*) presentaron una reducción significativa en consumo de alcohol y cannabis a los 21 meses de participación en el programa, en comparación con el grupo control. Una posible explicación para esta mejoría está relacionada con la disponibilidad de vivienda (el cambio que representa en la vida diaria y hábitos de consumo empezar a

disponer de un piso como lugar de residencia estable) y el seguimiento del equipo multidisciplinar que se prestaba a los participantes del grupo intervención.

Estos resultados son consistentes con los aportados por el programa de Toronto-Canadá (At Home /Chez Soi)(156), en el que el grupo intervención presentó mayores reducciones en abuso de alcohol en comparación al grupo control. Otros resultados positivos respecto al consumo de alcohol en el grupo que participa en *Housing First* han sido reducción del consumo diario, media de bebidas y número de días de intoxicación (143,144). Además, participantes del programa *Housing First* han identificado el aumento de su control personal sobre el uso de sustancias y que éste es un factor relacionado con cambios positivos (157).

Sin embargo, la evidencia en cuanto a los programas de vivienda permanente con soporte (*permanent supportive housing*) y la evolución del consumo de sustancias es contradictoria. Un estudio multicéntrico que abarcaba once proyectos (diez de ellos basados en modelo *Housing First*), mostró que durante el primer año de programa, el acceso a la vivienda estaba relacionado con aumento del consumo de alcohol (152). Para entender esta discrepancia, es necesario reseñar que se utilizó la escala ASI (Addiction Severity Index) para valorar el abuso de alcohol, que se basa en el número de días en que cada participante presenta intoxicación; la variedad de escalas usadas para valorar el abuso de sustancias es una limitación considerable en esta área para alcanzar resultados consistentes. Un estudio sobre el primer año de los/as participantes en vivienda permanente con apoyo (*permanet supportive housing*) mostró que el consumo de cannabis era mayor a los 12 meses de entrada al programa que en la valoración basal y el abuso de alcohol permanecía estable en el tiempo; estos hallazgos no son consistentes con nuestros resultados (158) pero cabe destacar que se trataba de un estudio observacional que no contaba con un grupo de comparación. Otros autores no encontraron diferencias significativas en cuanto a uso de sustancias (40,128,145,156). Esto indica que los/as participantes en programas *Housing First*, es decir, sin exigencias en cuanto a criterios de abstinencia, no presentan peores indicadores en abuso de sustancias que aquellos que permanecen en la red habitual de atención (136).

Por otro lado, tanto personas usuarias como personal de un programa *Housing First* refirieron que el enfoque tradicional basado en la sobriedad no resulta deseable ni efectivo (159).

Por su parte, el consumo de tabaco en nuestro estudio se mantenía activo en la entrevista de los 21 meses de seguimiento por un 78% de los/as participantes, porcentaje que está en

la línea de estudios previos (160). Algunos estudios sobre el uso del tabaco en los programas de vivienda permanente con apoyo muestran la conveniencia de implementar políticas libres de humo (161) y también debaten si estas políticas serían incompatibles con el enfoque basado en la reducción de daños (162). Un estudio (163) mostró que algunos diagnósticos están asociados a mayores tasas de consumo diario de tabaco (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, uso de sustancias ilegales o trastorno de estrés post-traumático). Cabe tener en cuenta que este estudio no se implementaron intervenciones específicas para la deshabituación tabáquica. Finalmente, destacar que sería necesaria más investigación relativa al hábito tabáquico tras la entrada a programas de Housing First, ya que es escasa la literatura disponible al respecto.

En lo que concierne al abuso de sustancias en participantes con diagnóstico de trastorno mental severo, el grupo intervención presentó diferencias significativas en el consumo de cannabis en la última entrevista de seguimiento, en comparación con la línea basal. Esto significa que los/as participantes con TMS del grupo intervención realizaron un menor consumo de cannabis conforme avanzaba el programa, lo cual puede estar relacionado con la intervención del equipo de tratamiento asertivo comunitario. Esta intervención que se basa en un enfoque centrado en la persona y en realizar continuamente propuestas de posibles cambios de forma proactiva, siempre respetando la autonomía de decisión de la persona, sin duda tiene un papel en la reducción significativa del consumo de cannabis que se ha observado en el grupo intervención, bajo el enfoque de la reducción de daños. Aunque es necesario realizar más investigaciones específicas que permitan ahondar en concreto en esta área de conocimiento, los resultados descritos del presente estudio contribuyen a aumentar la evidencia disponible en la literatura en relación a la conveniencia de adoptar el modelo de reducción de daños para abordar el consumo de sustancias como metodología de trabajo con esta población.

En cuanto a la ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos en consumo de sustancias, nuestros resultados son consistentes con los de otro ensayo controlado aleatorizado que mostraba ausencia de diferencias significativas en consumo diario de sustancias tanto a los 12 como a los 24 meses de la entrada al programa (146). En la misma línea aportaron sus resultados los investigadores Padgett et al.(62). Otros investigadores indican que los/as participantes del grupo control tienen hasta 3.4 veces más probabilidades de consumir drogas y/o alcohol que los/as participantes del grupo

intervención durante el primer año en el programa (59). En la misma línea, en el programa *Pathways to Housing* de Nueva York los autores concluyeron que no había un mayor consumo de sustancias en el grupo intervención, lo cual concuerda con nuestros resultados; estos hallazgos conducen a cuestionar el requisito de sobriedad / abstinencia utilizado en el modelo tradicional de abordaje de la problemática del sinhogarismo (43). Con la evidencia disponible hasta la fecha no es posible conocer los predictores exactos de la trayectoria hacia la estabilidad residencial en población sin hogar y con trastorno mental. Por tanto, se debería poder ofrecer proyectos basados en el modelo *Housing First* a todos los potenciales participantes, beneficiándose así del enfoque centrado en la persona (134).

6.3.3. Discusión relativa a habilidades de la vida diaria

En cuanto al ámbito de habilidades de la vida diaria, nuestros resultados mostraron diferencias significativas en ambos grupos en las subescalas de autocuidado y habilidades domésticas en la valoración de los 21 meses en comparación con la línea basal; más específicamente, la mejoría en habilidades domésticas fue mayor en el grupo intervención y, en concreto, en el período inicial del programa (8 primeros meses). En cuanto a las subescalas de habilidades comunitarias y relaciones y actividad social (incluyendo ocupación diaria, actividades de ocio y sociabilidad), los resultados mostraron diferencias significativas en ambos grupos, aunque la mejoría fue mayor en el grupo intervención. Estos resultados resultan sorprendentes si tenemos en cuenta que cabría esperar diferencias entre la evolución de ambos grupos, por ejemplo, en cuanto a habilidades domésticas (teniendo en cuenta que un grupo accede a un programa de viviendas, y el otro no); sin embargo, es necesario tener en cuenta, como ya hemos comentado anteriormente, la variedad de factores que pueden intervenir en cada momento en la realidad de las personas en situación de sin hogar (si están en calle o en algún tipo de alojamiento, si viven solas o acompañadas, etc.), y que pueden influir en las habilidades domésticas y en la capacidad de autocuidado. Los resultados en cuanto a habilidades comunitarias y relaciones y actividad social no resultan tan sorprendentes, dado que la mejoría producida es más importante en el grupo intervención, como parece esperable al ser los/as participantes que entran a los pisos, siendo éste un factor decisivo para la mejora en las mencionadas áreas, ya que se favorece el funcionamiento comunitario al familiarizarse con un barrio, una comunidad de

vecinos, etc. y, de la misma manera, se potencia el desarrollo de las relaciones y actividad social. Estas áreas también se potenciaban por parte del equipo multidisciplinar que realizaba el seguimiento a los/as participantes del grupo intervención.

En cuanto a otros trabajos disponibles en la literatura, existe evidencia sobre la influencia de las actividades significativas en el bienestar (164), así como en el desarrollo de cambios positivos como resultado de disponer de vivienda estable (165,166). Esto podría estar en la línea de los resultados conseguidos en nuestro estudio, ya que se observó una mejoría más importante en el área de las relaciones sociales en el grupo intervención, lo cual sugiere que podría ser de relevancia el disponer de más oportunidades para implicarse en actividades significativas en el contexto de disponer de una vivienda estable. Otros autores han concluido que el soporte social percibido por la persona en situación de sin hogar (en forma económica, emocional o instrumental) por parte de sus redes sociales, están relacionados con mejores resultados de salud mental y física (131). Estos resultados recuerdan la importancia de disponer de más servicios que fomenten la integración de las personas en situación de sin hogar en redes sociales, así como de investigar más en profundidad sobre las consecuencias del apoyo social en la salud de estas personas.

En relación a las habilidades comunitarias, nuestros resultados son consistentes con los del ensayo controlado aleatorizado realizado en Canadá (66), ya que ambos grupos presentaron mejoría significativa en cuanto a funcionamiento comunitario, pero en el grupo intervención esta mejoría fue mayor. Otro ensayo controlado aleatorizado mostró que el grupo *Housing First* presentó una mejoría significativa respecto al grupo control en este ámbito (128), lo cual resulta también esperable, en relación a familiarizarse con un entorno de comunidad y vecindario al disponer del piso como domicilio permanente. Respecto al área de autocuidado y habilidades domésticas, no se han encontrado estudios que resulten comparables al nuestro en la valoración de estas competencias en participantes de *Housing First*. Tendrán que llevarse a cabo en el futuro otros estudios que puedan profundizar en el desarrollo del conocimiento de estas áreas.

En lo relativo a evolución de habilidades de la vida diaria en los/as participantes del estudio con diagnóstico de trastorno mental severo, los resultados mostraron diferencias significativas en el grupo intervención mayores a las presentadas en el grupo control en las áreas de autocuidado y habilidades domésticas. Estos resultados resultan sorprendentes por

un lado, ya que se produce una mejoría significativa en autocuidado y habilidades domésticas también de los/as participantes del grupo control con TMS. Esto puede relacionarse con la probable estancia en dispositivos de alojamiento en el momento de realización de la última línea de entrevistas (21 meses de seguimiento), ya que esto favorecería el poder desarrollar y mantener acciones de autocuidado y habilidades del entorno doméstico (habilidades de cuidado del entorno en los dispositivos de alojamiento o albergues). Por otro lado, resultaba esperable que la mejoría de los/as participantes del grupo intervención fuese mayor en estas áreas, dadas sus nuevas ubicaciones en pisos, y demostrándose así que el presentar un TMS no representa ningún inconveniente en la adaptación a este nuevo entorno y el desarrollo o recuperación de las habilidades necesarias para desenvolverse en el y cuidar de sí mismos/as. En la subescala de habilidades comunitarias, los resultados muestran que no hay diferencias significativas en la evolución de ninguno de los dos grupos. Este hallazgo no llama demasiado la atención si tenemos en cuenta que, las personas participantes en el grupo control también se han de desenvolver en la comunidad, haciendo uso del transporte público, de la red de servicios disponibles, etc. Por su parte, puede ser indicativo de que se deberían hacer estudio a más largo plazo sobre la evolución en habilidades comunitarias de las personas participantes en el programa con trastorno mental severo, para determinar de forma más certera la evolución de las mismas. Finalmente, en cuanto a relaciones sociales y actividad social el grupo intervención sí presentó diferencias significativas entre la entrevista basal y la última entrevista de seguimiento, lo cual indica que las personas participantes en el programa *Housing First* con TMS presentaban las habilidades sociales preservadas, mejorando éstas conforme avanza el programa, y por tanto, según se va alargando el período desde que entraron al piso.

Respecto a la literatura disponible sobre el tema, se sabe que disponer de vivienda estable es esencial para desarrollar vínculos sociales (167). En nuestro estudio, las relaciones sociales se valoraron incluyendo áreas como tiempo libre, sociabilidad y ocupación diaria; en cuanto a ésta última, se ha demostrado que la ocupación en actividades significativas presenta una fuerte correlación positiva con el bienestar mental (168). Sin embargo, no se ha encontrado literatura que describa resultados en el área específica de *Housing First*, TMS y relaciones sociales.

El funcionamiento comunitario sí ha demostrado en otros estudios (169), contrariamente a nuestros resultados, mayor mejoría en el grupo *Housing First* que en el grupo control. La

variedad de resultados podría deberse a la variabilidad de instrumentos de medida que se utilizan para valorar esta área. Nuestros resultados en funcionamiento comunitario son congruentes con los obtenidos en el gran proyecto de aplicación de *Housing First* en Canadá (At Home / Chez Soi), en el que los/as participantes que recibían la intervención mostraban una mejoría significativa después del primer año de programa, pero presentaban diferencias no significativas al final del segundo año (140). Como hemos comentado anteriormente, sería conveniente realizar estudios más específicos de estas áreas con más prospección en el tiempo. En las restantes habilidades de la vida diaria valoradas, como son habilidades domésticas y autocuidado, no se ha encontrado evidencia previa disponible hasta la fecha en cuanto a evolución en personas en situación de sin hogar con TMS participando en un programa de *Housing First*. De nuevo emerge esta área como tributaria de realizar mayor investigación al respecto para poder comparar los resultados obtenidos.

6.3.4. Discusión relativa a alteraciones de conducta y cumplimiento farmacológico

Los resultados concernientes a alteraciones de conducta mostraron que ambos grupos mejoraban a lo largo del tiempo. Sin embargo, la evolución longitudinal del grupo control mostró diferencias significativas entre la valoración basal y la de los 8 meses de seguimiento, lo cual podría estar relacionado con la disminución que se observó en este grupo control en cuanto a consumo de alcohol. En cuanto al grupo intervención, el análisis de su evolución a lo largo del tiempo mostró diferencias significativas en las tres fases de valoración, indicando reducción de las alteraciones conductuales en los/as participantes en el programa *Housing First*, lo cual no resulta sorprendente, al disponer de un entorno de contención como es la vivienda.

A pesar de que sería interesante examinar en más detalle el ámbito de las alteraciones conductuales, este ítem solo se puede discutir brevemente en este documento puesto que no se ha encontrado evidencia previa disponible hasta la fecha con la que contrastar los resultados obtenidos en nuestro estudio en cuanto a participantes en programas de *Housing First*.

Por otro lado, los datos arrojados en relación al cumplimiento del tratamiento prescrito de tipo psiquiátrico indican que el grado de cumplimiento alto es el predominante en cada

valoración, tanto en el grupo intervención como en el grupo control. No se observaron diferencias significativas en la evolución longitudinal de cada uno de los grupos; esto puede entenderse si tenemos presente que no se realizaron intervenciones específicas de adherencia al tratamiento en ninguno de los grupos, sino que este tipo de estrategia se aplicaba de forma individualizada, valorando caso por caso. Además, los resultados indican que ambos grupos partían de un grado alto de cumplimiento de la pauta psiquiátrica.

En relación al cumplimiento de las pautas de medicaciones somáticas, los resultados indicaron que no hay diferencias significativas entre grupos en cada fase de valoración (0, 8 y 21 meses de seguimiento), así como tampoco en la evolución longitudinal de cada grupo por separado. En este caso, el del tratamiento prescrito de tipo somático, los resultados pueden valorarse como positivos ya que ambos grupos partían de un grado alto de cumplimiento en la valoración basal y así lo mantienen en las sucesivas fases de entrevistas (8 y 21 meses).

Haciendo referencia en concreto ahora a la medicación antipsicótica, algunos autores han valorado la adherencia a esta medicación en participantes en programas de *Housing First* diagnosticados de esquizofrenia (170), concluyendo que había un cumplimiento significativamente mayor en el grupo intervención (*Housing First*) que en el grupo control. Para poder contrastar resultados y tras revisar la evidencia científica disponible hasta la fecha, serían necesarios más estudios que incluyan en su metodología la valoración del grado de adherencia a fármacos durante la participación en el programa. De todas formas, cabe tener en cuenta que, por definición, el modelo *Housing First* no pide ni exige que las personas participantes tomen o no ningún tipo de medicación (37,44). Si es el caso, se aborda el tema desde el equipo conjuntamente con la persona, pero en ningún caso imponiendo, sino promoviendo la autonomía de decisión y respetándola, una vez se le ha informado de los pros y contras de cada opción. En caso contrario (si la toma de medicación es exigida o impuesta), ya no se estarían cumpliendo los criterios de modelo *Housing First*, y estaríamos hablando más bien del antiguo modelo *Treatment First*, tal como hemos explicado en el marco teórico.

6.3.5. Discusión relativa a uso de servicios

Finalmente, los resultados indicativos de la utilización de servicios en nuestro estudio indicaron que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el uso de cualquier servicio, ni a los 8 ni a los 21 meses de seguimiento. Sin embargo, sí se observa una reducción significativa en la utilización de la red de Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) conforme avanza el programa por parte del grupo control. Este hallazgo no resulta llamativo si tenemos en cuenta las potenciales dificultades a las que han de enfrentarse las personas participantes que forman parte del grupo control: situación de calle o en algún alojamiento de forma temporal; dificultad para acceder a CSMA, sobre todo por motivos burocráticos / administrativos como pueden ser falta de documentación que dificulte o imposibilite realizar padrón, y por tanto el paso posterior, tramitar la Tarjeta Sanitaria Individual para que, según circuito establecido, a la persona se le asigne un CAP y, por tanto, un CSMA. Crawley et al. (129) documentaron estas dificultades en su trabajo *Needs of the hidden homeless: no longer hidden* (Necesidades de las personas sin hogar ocultas: nunca más ocultas). Crawley y colaboradores indicaron que las barreras más frecuentes de acceso a los servicios sociales y sanitarios referidas por los/as participantes incluyen falta de transporte, problemas derivados de las adicciones y el estigma percibido que experimentan cuando buscan ayuda en los servicios sociales y de salud.

Respecto a la evolución longitudinal del grupo intervención, los datos indicaron reducción significativa de visitas a CSMA por parte del grupo intervención, lo cual es comprensible en el contexto de vinculación al equipo multidisciplinar (incluyendo a los profesionales de salud mental) que realizaba el seguimiento de este grupo al acceder a las viviendas del programa. Por otro lado, estos/as participantes redujeron también de forma significativa el número de visitas a servicios de urgencias de psiquiatría conforme avanzaba el programa, dato que también resultaba esperable al contar con el seguimiento habitual que hemos mencionado.

Finalmente, ambos grupos presentaron reducciones estadísticamente significativas en número de visitas a servicios de urgencias generales. En caso del grupo control, este dato puede ser indicativo de la dificultad de acceder a estos servicios y ser atendido, desde la realidad de estar sin hogar. Desde la perspectiva del grupo intervención, puede explicarse en relación a la vinculación a los servicios de Atención Primaria (CAP) que los participantes

comienzan desde la entrada al programa, la cual puede redundar en un uso más adecuado de los servicios de urgencias.

Investigaciones previas han mostrado resultados concordantes con los de este estudio, indicando que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (128,171,172). En cuanto a la evolución en el tiempo de cada grupo por separado, nuestros resultados van en la línea de los aportados por Mackelprang et al. (173), que indican menor número de visitas a servicios de urgencias, tanto psiquiátricas como generales, de las personas participantes en el programa *Housing First*. En concreto, estos autores indican que las visitas a urgencias se redujeron un 54% en estos/as participantes. Como decíamos, este resultado puede indicar un uso más adecuado de este servicio, al disponer de un seguimiento multidisciplinar habitual y accesible.

6.4. Limitaciones del estudio

Los resultados de esta investigación deben ser considerados teniendo en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar, la heterogeneidad de situaciones de salud mental y/o consumo de tóxicos existente en la muestra. Esta diversidad dificulta la extrapolación de los resultados, de forma que nuestros hallazgos se han de interpretar con la debida cautela.

En segundo lugar, una dificultad a la que nos hemos enfrentado en este estudio es la reducción del grupo control original antes de la realización de nuestra línea basal de entrevistas (dado que 29 participantes del grupo control ya no estaban localizables en el momento de nuestra valoración); ciertas características de la situación de sin hogar ayudan a entender esta alta movilidad (itinerancia; cambio frecuente de ciudad, de provincia, etc), a lo que se suma la dificultad de coordinación con múltiples referentes sociales para poder retomar contacto con varios de los/as participantes.

En tercer lugar, un trabajo adicional sería necesario para reducir la amplia diversidad de instrumentos de medida utilizados en este tipo de estudios para valorar evolución tanto en salud mental como en consumo de sustancias. En este trabajo se ha puesto de manifiesto como una potencial limitación a la revisión bibliográfica en términos comparativos, ya que se dificulta la extracción de conclusiones firmes de las revisiones.

En cuarto lugar, el tamaño muestral inicial estaba limitado por la capacidad de alojamiento del programa; también el tamaño muestral final de consumidores de algunos tóxicos se redujo considerablemente.

En quinto lugar, el cronograma de evaluaciones estuvo condicionado por la evaluación propia del programa de alojamiento, por eso se realizó la última evaluación a los 21 meses de seguimiento. En sexto lugar, para la valoración del consumo de tóxicos se utilizó un instrumento de medida no validado, lo cual dificultó a posteriori la comparación de los datos con otros estudios.

Estas limitaciones reflejan los retos de realizar investigación en áreas tan complejas y difíciles de valorar como el sinhogarismo. Por tanto, resulta complejo generalizar los resultados de este estudio a todas las personas que han sufrido sinhogarismo y problemas de salud mental y/o de consumo de sustancias, para lo cual deberían realizarse estudios a más largo plazo.

6.5. Implicaciones, nuevas líneas de investigación y difusión de los resultados

Los resultados de este estudio son de relevancia para los profesionales de distintas disciplinas que trabajan en programas *Housing First* (enfermeras de salud mental, trabajadores sociales, educadores, psiquiatras, insertores laborales, etc.), así como los que trabajan en dispositivos de atención siguiendo el modelo tradicional de abordaje (modelo en escalera). También son de interés para los proveedores de estos servicios y programas. A raíz de los resultados de este estudio se han elaborado tres artículos, de los cuales a día de hoy se ha publicado uno de ellos en la *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* (ver anexo).

Por otro lado, es importante que las enfermeras de distintos ámbitos (atención primaria, hospitalización, urgencias, albergues, centros de día, etc.) puedan estar familiarizadas con este tipo de programa y sus resultados, ya que muchas veces se encuentran en la primera línea de atención a las personas usuarias de programas de sin hogar.

En cuanto a las propuestas a tener en cuenta para futuras investigaciones, mencionar que la mejoría experimentada por el grupo intervención a los 8 meses se vio atenuada tras la valoración final, lo cual sugiere que son necesario estudios realizados a largo plazo (más de dos años de programa) para poder valorar la continuidad de la evolución en aspectos como la salud mental, el consumo de sustancias y el funcionamiento comunitario.

Por otro lado, sería interesante realizar investigación más específica sobre el trabajo de las enfermeras de salud mental en el ámbito de *Housing First*, como parte del equipo de tratamiento asertivo comunitario, y en el ámbito general del sinhogarismo. Estudios dirigidos a valorar esta intervención específica servirían para conocer el impacto de la misma, que hasta la fecha no ha sido valorada. Por otro lado, convendría profundizar en la investigación del consumo de sustancias, ya que la evidencia disponible hasta la fecha aporta resultados contradictorios.

Cabe destacar también la falta de visibilización e investigación disponible en cuanto a las mujeres que se encuentran en situación de sin hogar. Convendría realizar estudios enfocados a analizar su situación en particular y valorar posibles diferencias de trayectoria con los hombres en la misma situación, dadas las características tan específicas que ellas sufren (mayor vulnerabilidad, mayor probabilidad de abuso, agresión, etc.). Estas características podrían determinar diferencias en cuanto a autocuidado, habilidades básicas para la vida diaria, etc.

Finalmente, sería recomendable utilizar en las futuras investigaciones un diseño mixto añadiendo a la metodología cuantitativa un componente cualitativo como las entrevistas en profundidad. Esto proveería informacional adicional de una mayor riqueza para algunas valoraciones, como la relativa a la sensación de soledad, que facilitaría la comprensión de una realidad tan compleja como la de las personas en situación de sin hogar, así como entender mejor la evolución del participante a lo largo del proceso.

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

A partir del objetivo general y los objetivos específicos formulados en el presente estudio y del análisis de los datos obtenidos, se derivan las siguientes conclusiones aplicables a la población de estudio:

Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas y clínicas de los/as participantes.

Los resultados en cuanto a la descripción de la muestra indican que el participante tipo del programa es hombre de nacionalidad española, con una media de edad de 50 años, que presenta al menos una comorbilidad física, siendo las más frecuentes cardiovascular, digestiva y músculo-esquelética. Un 42% de los/as participantes presenta diagnóstico de trastorno mental severo y un 40%, diagnóstico de trastorno personalidad.

Objetivo 2. Comparar gravedad de sintomatología psiquiátrica y mejoría entre los/as participantes del grupo intervención y del grupo control (sintomatología depresiva, ansiosa, psicótica o maníaca, según el caso).

En la primera parte del estudio (valoración tras 8 meses de programa), se objetiva que la evolución de la salud mental de los/as participantes del grupo intervención presenta una mejoría significativa según los resultados de las escalas utilizadas, mientras que el grupo control no presenta cambios significativos. Sin embargo, en la última valoración (21 meses tras entrada al programa), no se mantiene esta diferencia entre grupos, manteniéndose una mejoría significativa sólo en el subgrupo de participantes en el programa con diagnóstico de TMS.

Este estudio aporta por tanto nuevos resultados, no evaluados antes en un programa de este tipo en España, en cuanto a la evolución en sintomatología psiquiátrica de la población sin hogar con TMS. Estos resultados indican que al cabo de 21 meses de la entrada al programa los/as participantes con TMS presentan una mejoría significativa, confirmándose que la implantación de programas basados en el modelo *Housing First* con seguimiento TAC contribuye a disminuir la gravedad de la sintomatología psiquiátrica.

Objetivo 3. Comparar el consumo de tóxicos entre los/as participantes de ambos grupos.

En la primera valoración de seguimiento los/as participantes en el programa presentan una mejoría significativa en el consumo de alcohol y cannabis respecto al grupo control. Sin embargo, el grupo control presenta una reducción significativa en el consumo de tabaco. En la última valoración, el grupo intervención mantiene la mejoría significativa en consumo de alcohol y cannabis con respecto al grupo control. En cuanto al hábito tabáquico, ninguno de los grupos presenta una mejoría significativa en esta última valoración (21 meses de seguimiento). El subgrupo de participantes con TMS del grupo intervención presenta mejoría significativa en el consumo de cannabis.

Estos resultados arrojan luz por primera vez sobre la evolución en el consumo de tóxicos en un programa basado en el modelo *Housing First* realizado en España con seguimiento TAC, produciéndose una mejoría significativa en el grupo intervención. Por tanto, estos resultados apoyan la adopción del modelo *Housing First* para el abordaje de la problemática multifactorial propia de esta población.

Objetivo 4. Comparar las habilidades básicas de la vida diaria entre los/as participantes en ambos grupos, así como la mejoría de las mismas en el grupo experimental.

Las habilidades domésticas, comunitarias y de relaciones sociales presentan una mejoría significativa en el grupo intervención a los 8 meses de seguimiento; el autocuidado muestra una mejoría significativa en ambos grupos. Tras las valoraciones de los 21 meses, las áreas relativas a habilidades domésticas, funcionamiento comunitario y relaciones sociales mejoran significativamente en ambos grupos, aunque esta mejoría es mayor en el grupo intervención. El área de autocuidado mejora significativamente en ambos grupos. Los/as participantes con TMS del grupo intervención presentan una mejoría significativa en el área de relaciones sociales.

Estos resultados son pioneros indicando las mejoras en habilidades de la vida diaria en un programa de estas características en el que participa un equipo multidisciplinar que incluye el rol de las enfermeras especialistas de salud mental.

Objetivo 5. Comparar las alteraciones conductuales entre ambos grupos.

En lo relativo a las alteraciones de conducta, ambos grupos presentan reducción de las alteraciones de conducta a lo largo del tiempo. Se observa una reducción significativa en el grupo control entre la entrevista inicial y la de los 8 meses de seguimiento, que podría relacionarse con la reducción del consumo de alcohol. En el grupo experimental esta reducción significativa se produce a lo largo de todo el programa (desde la valoración basal hasta los 21 meses de seguimiento).

Objetivo 6. Comparar la utilización de servicios y cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito entre los/as participantes del grupo intervención y del grupo control.

En cuanto a cumplimiento del tratamiento farmacológico, tanto psiquiátrico como somático, no hay diferencias significativas entre grupos en ninguna de las fases (0, 8 y 21 meses) y tampoco en la evolución de cada grupo a lo largo del tiempo. Respecto al uso de servicios, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el uso de ningún servicio a los 8 ni a los 21 meses de seguimiento. En el grupo control se observa una reducción significativa en visitas a Centros de Salud Mental, por lo tanto estos participantes presentan menor utilización de este servicio conforme avanza el programa. Por su parte, el grupo experimental presenta reducción significativa en visitas a servicios de urgencias, tanto psiquiátricas como generales.

Por tanto, se concluye que el programa de alojamiento *Primer la Llar* para población sin hogar tiene un impacto positivo en la salud mental de las personas participantes tras 8 meses de participación en el programa, así como a los 21 meses de participación para el subgrupo de participantes con TMS. Asimismo, se observa un impacto positivo en cuanto al consumo de tóxicos ya que el grupo intervención presenta una reducción significativa en el consumo de alcohol y cannabis.

Podemos decir que nuestros resultados apoyan la adopción de programas basados en el modelo *Housing First* y el enfoque de reducción de daños para facilitar los procesos individualizados de atención multidisciplinar a personas que han sufrido una situación cronicada de sinhogarismo y problemas de salud mental y/o de abuso de sustancias. Este

estudio aporta resultados de especial relevancia en el subgrupo de participantes con trastorno mental severo, que dispusieron de seguimiento por parte del equipo de tratamiento asertivo comunitario, incluyendo éste a la enfermera especialista de salud mental. Dicho grupo presenta reducción significativa de la gravedad de sintomatología psiquiátrica y en consumo de tóxicos, en concreto de cannabis. Estos resultados refuerzan la conveniencia de adoptar este modelo para abordar también los casos con problemas severos de salud mental.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

From the general objective and the specific objectives formulated in the present study and the analysis of the data obtained, the following conclusions are derived applicable to the study population:

Objective 1. Identify the sociodemographic and clinical characteristics of the participants.

From the results, it can be deduced that the typical participant of the program was a 50-year-old Spanish man, who presented at least one physical comorbidity, the most frequent being cardiovascular, digestive and musculoskeletal. 42% of the participants had a diagnosis of severe mental disorder and 40%, a diagnosis of personality disorder.

Objective 2. To compare the severity of psychiatric symptoms and improvement between the participants of the intervention group and the control group (depressive, anxious, psychotic or manic symptoms, as the case may be).

In the first part of the study (assessment after 8 months of the program), it was observed that the evolution of the mental health of the participants in the intervention group presented a significant improvement according to the results of the scales used, while the control group did not presented significant changes. However, in the last assessment (21 months after entry to the program), this difference between groups was not maintained, remaining a significant improvement only in the subgroup of participants in the program with a diagnosis of MSD.

This study therefore provides new results, not previously evaluated in a program of this type in Spain, regarding the evolution of psychiatric symptoms in the homeless population with MSD. These results indicate that 21 months after entering the program, participants with MSD show a significant improvement, confirming that the implementation of programs based on the Housing First model with CT monitoring contributes to reducing the severity of psychiatric symptoms.

Objective 3. To compare the consumption of toxins between the participants of both groups.

In the first follow-up assessment, the participants in the program presented a significant improvement in the consumption of alcohol and cannabis compared to the control group. However, the control group presented a significant reduction in tobacco consumption. At the last assessment, the intervention group maintained the significant improvement in alcohol and cannabis use compared to the control group. Regarding smoking, none of the groups presented a significant improvement. The subgroup of participants with TMS presented a significant improvement in cannabis use in the intervention group.

These results shed light for the first time on the evolution in the consumption of toxins in a Housing First program carried out in Spain with CT follow-up, producing a significant improvement in the intervention group. These results support the adoption of the Housing First model to address this problem.

Objective 4. To compare the basic skills of daily life between the participants in both groups, as well as their improvement in the experimental group.

Domestic, community and social relations skills showed a significant improvement in the intervention group at 8 months of follow-up; self-care showed a significant improvement in both groups. After the 21-month assessments, household skills, community functioning and social relationships improved significantly in both groups, although this increase was greater in the intervention group. Self-care improved significantly in both groups. Participants with MSD in the intervention group significantly improved in social relationships.

These results are pioneering indicating improvements in daily life skills in a program with multidisciplinary work that includes the role of specialist mental health nurses.

Objective 5. Compare the behavioral alterations between both groups.

Both groups show a reduction in behavioral alterations over time. A significant reduction is observed in the control group between the initial interview and the 8-month follow-up,

which could be related to the reduction in alcohol consumption. In the experimental group, this significant reduction occurs throughout the entire program (from baseline assessment to 21 months of follow-up).

Objective 6. To compare the use of services and compliance with the prescribed pharmacological treatment between the participants of the intervention group and the control group.

Regarding compliance with pharmacological treatment, both psychiatric and somatic, there are no significant differences between groups in any of the phases (0, 8 and 21 months) and neither in the evolution of each group over time. Regarding the use of services, there are no statistically significant differences between the two groups in the use of any service at 8 or 21 months of follow-up. In the control group, a significant reduction in visits to Mental Health Centers was observed; therefore, these participants present less use of this service as the program progresses. As far as the experimental group is concerned, this presented a significant reduction in visits to emergency services, both psychiatric and general.

Therefore, it is concluded that the Primer la Llar accommodation program for the homeless population had a positive impact on the mental health of participation in the program after 8 months, as well as after 21 months of participation for the subgroup of participants with TMS. Likewise, a positive impact was observed in terms of the consumption of toxins since the intervention group presented a significant reduction in the consumption of alcohol and cannabis.

We can say that our results support the adoption of programs according to the Housing First model and the harm reduction approach to facilitate individualized processes in the care of people who have suffered a chronic situation of homelessness and mental health problems and / or abuse of substances. This study has provided results of special relevance in the subgroup of participants with severe mental disorder, who received follow-up by the assertive community treatment team, including the mental health specialist nurse. This group presented a significant reduction in cannabis use and in the severity of psychiatric symptoms.

BIBLIOGRAFÍA

7. Bibliografía

1. Cabrera P, Rubio M, Blasco J. ¿Quién duerme en la calle? Una investigación social y ciudadana sobre las personas sin techo. Fundacio Caixa Catalunya, editor. 2008.
2. Avramov D. Homelessness in the European Union: Social and Legal Context of Housing Exclusion in the 1990s. Fourth Research Report of the European Observatory on Homelessness. Bruselas: FEANTSA; 1995.
3. Uribe J, Alonso S. Personas en situación de sin hogar en Barcelona: Perfiles, estado de salud y atención sanitaria. *Labor Hosp Humaniz Pastor y ética la salud*. 2009;52(295–296):108.
4. Consejo Europeo de Lisboa. Conclusiones de la presidencia. [Internet]. European Parliament. 2000 [cited 2020 Dec 7]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_es.htm
5. Ontario RNA of. RNAO: position statement. [Internet]. 2004. Available from: <https://rnao.ca/policy/position-statements/homelessness>
6. Survey of centers and services for the homeless. Year 2018. [Internet]. 2019. Available from: <https://cutt.ly/btZ9zzY>
7. Survey of centers and services for the homeless. Year 2016. [Internet]. 2017. Available from: <https://cutt.ly/ZtZ9gcg>
8. Survey of homeless people. Year 2012. [Internet]. 2012. Available from: <https://bit.ly/2XorAw7>
9. Arrels F. Fundació Arrels. Censo 2020. [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 7]. Available from: <https://www.arrelsfundacio.org/es/personas-sin-hogar/problematika/barcelona/>
10. Arrels Foundation. Census 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <https://www.arrelsfundacio.org/es/resultadoscenso2019/>

11. La campaña europea para terminar con el sinhogarismo en las calles [Internet]. 2020.
Available from: <https://world-habitat.org/es/nuestros-programas/sinhogarismo/#introduction>
12. Fundació Arrels. Viure al carrer a Barcelona. Radiografia d'una ciutat sense llar. 2020;1–49.
Available from: https://img.arrelsfundacio.org/wp-content/uploads/2020/07/viure-al-carrer-a-barcelona_informe2020.pdf
13. Arrels Fundació. Censo 2018 [Internet]. 2018. Available from:
<https://www.arrelsfundacio.org/es/censo2018/>
14. De Inés A, Guzmán G, Verdaguer M, Contreras M. Diagnosi 2019. Barcelona; 2019.
15. Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa FE-C.
Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV. [Internet]. 2013. Available from: <http://goo.gl/%0ApI4oHY>
16. Sales A, Guijarro L. Dones sense llar: la invisibilització de l'exclusió residencial femenina. Barcelona Soc En profunditat. 2017;81–9.
17. Sales A. Qui dorm al carrer a Barcelona? 2019;
18. AIRES. Mujeres invisibles. Una mirada a las violencias y la exclusión. Madrid;
19. Panadero S. Situación, necesidades y procesos de cambio de las mujeres en situación de sinhogar. In: Pobreza i sensellarisme en clau de gènere. 2018.
20. St Mungo's Broadway. Rebuilding shattered lives. The final report. 2015.
21. Mifflin E, Wilton R. No place like home: Rooming houses in contemporary urban context. Environ Plan A. 2005;37(3):403–21.
22. Shaw M. Housing and public health. Annu Rev Public Health. 2004;25:397–418.

23. Boydell K, Goering P, Morrell-Bellai T. Narratives of identity: Representation of self in people who are homeless. *Qual Health Res.* 2000;10(1):26–38.
24. Setha L, Lawrence-Zúñiga D, editors. *Anthropology of Space and Place: Locating Culture* Volumen 4 de Wiley Blackwell Readers in Anthropology. 2003. 422 p.
25. Marsh A, Gordon D, Heslop P, Pantazis C. Housing deprivation and health: A longitudinal analysis. *Hous Stud.* 2000;15(3):411–28.
26. Bashir S. Home is where the harm is: Inadequate housing as a public health crisis. *Am J Public Health.* 2002;92(5):733–8.
27. Dovey K. Home and homelessness. In: Altman I, Werner C, editors. *Home Environments Human Behavior and Environment: Advances in Theory and Research.* New York: Plenum Press.; 1985. p. 35–52.
28. Srebnik D, Livingston J, Gordon L, King D. Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Ment Health J* [Internet]. 1995;31:139–52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7789122>
29. Padgett D. There's no place like (a)home: ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med.* 2007;64(9):1925–36.
30. Laing R. *The divided self: An existential study in sanity and madness.* London: Pelican Press; 1965.
31. Giddens A. *Consequences of modernity.* Oxford: Polity Press.; 1990.
32. Dupuis A, Thorns D. Home, home ownership, and the search for ontological security. *Sociol Rev.* 1998;46(1):24–47.
33. Hopper K, Jost J, Hay T, Welber S, Haugland G. Homelessness, severe mental illness and the institutional circuit. *Psychiatr Serv.* 1997;48:659–65.

34. Wardaugh J. The unaccommodated woman: Home, homelessness and identity. *Sociol Rev.* 1999;47(1):91–109.
35. Kirkpatrick H, Byrne C. A narrative inquiry: moving on from homelessness for individuals with a major mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2009 Feb [cited 2014 Nov 23];16(1):68–75. Available from:
http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1365-2850.2008.01331.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1
36. Clandinin D, Connelly F. *Narrative Inquiry*. San Francisco: Jossey- Bass Inc; 2000.
37. Allen M. Waking Rip van Winkle: why developments in the last 20 years should teach the mental health system not to use housing as a tool of coercion. *Behav Sci Law* [Internet]. 2003;21(4):503–21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12898505>
38. Hopper K. Returning to the community again. *Psychiatr Serv.* 2002;53(11):1355.
39. Tsemberis S, Eisenberg R. Pathways to housing: Supported housing for street dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv.* 2000;51:487–93.
40. Rosenheck R, KasproW W, Frisman L, Liu-Mares W. Cost-effectiveness of Supported Housing for Homeless Persons With Mental Illness. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:940–51.
41. Shern D, Tsemberis S, William A, Lovell A, Richmond L, Felton C, et al. Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *Am J Public Health* [Internet]. 2000;90(12):1873–8. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11111259>
42. Rosenheck R, Morrissey J, Lam J, Calloway M, Johnsen M, Goldman H, et al. Service system integration, access to services, and housing outcomes in a program for homeless persons with severe mental illness. *Am J Public Health.* 1998;88:1610–1615.
43. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for

- individuals who are homeless with dual diagnoses: A 24-month clinical trial. *Am J Public Health* [Internet]. 2004;94(4):651–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448313/pdf/0940651.pdf>
44. Tsemberis S. From streets to home: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *J Community Psychol* [Internet]. 1999;27(2):225–41. Available from: <https://cutt.ly/Ktu0H3u>
 45. Minkoff K. Developing standards of care for individuals with co-occurring psychological and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2001;52:597–9.
 46. Howie H. Independent living with support services: the goals and future for mental health consumers. *Psychosoc Rehabil J*. 1990;13:85–89.
 47. Asmussen S, Romano J, Beatty P, Gasarch L, Shaughnessey S. Old answers for today's problems: helping integrate individuals who are homeless with mental illnesses into existing community-based programs. *Psychosoc Rehabil J*. 1994;17:17–34.
 48. Osher F, Drake R. Reversing a history of unmet needs: approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders. *Am J Orthopsychiatry*. 1996;(66):4–11.
 49. Lovell A, Cohn S. The elaboration of “choice” in a program for homeless persons labeled psychiatrically disabled. *Hum Organ*. 1998;57:8–20.
 50. Lipton F, Carole S, Hannigan A, Samuels J, Baker S. Tenure in supportive housing for homeless persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2000;51(4):479–86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10737823>
 51. Anthony W, Blanch A. Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: an historical and conceptual perspective. *Journal. Psychosoc Rehabil*. 1989;(12):55–81.
 52. Tsemberis S, Moran L, Shinn M, Asmussen S, Shern D. Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: a drop-in center and a

- supported housing program. *Am J Community Psychol* [Internet]. 2003;32(3–4):305–17.
Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14703266>
53. Inciardi J, Harrison L. Introduction: the concept of harm reduction. In: Inciardi J, Harrison L, editors. *Harm Reduction: National and International Perspectives* [Internet]. SAGE Publications, Inc; 2000. p. 248. Available from: <https://cutt.ly/ttu0axF>
 54. Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol Assoc.* 1992;47:1102–1114.
 55. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J.* 1993;16(4):11–23.
 56. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatr Rehabil J.* 1996;19(3):57–68.
 57. SAMHSA. National Consensus statement on mental health recovery. 2005.
 58. Shern D, Tsemberis S, Anthony W, Lovell A, Richmond L, Felton C, et al. Serving streetdwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *Am J Public Health.* 2000;(90):1873–1878.
 59. Padgett D, Stanhope V, Henwood B, Stefancic A. Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing Housing First with Treatment First programs. *Community Ment Health J* [Internet]. 2011;47(2):227–32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20063061>
 60. Gladwell M. Million dollar Murray: Why problems like homelessness may be easier to solve than manage. *The New Yorker.* 2006;96–107.
 61. Nelson G, Aubry T, Sylvestre J, George L. Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res.* 2007;34(2):89–100.

62. Padgett D, Gulcur L, Tsemberis S. Housing First services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance use. *Res Soc Work Pract* [Internet]. 2006;16(1):74–83. Available from: <https://cutt.ly/8tu9CNI>
63. Greenwood RM, Schaefer-McDaniel NJ, Winkel G, Tsemberis SJ. Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *Am J Community Psychol* [Internet]. 2005;36(3–4):223–38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16389497>
64. Gulcur L, Stefancic A, Shinn M, Tsemberis S, Fischer SN. Housing, Hospitalization, and Cost Outcomes for Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities. *J Community Appl Soc Psychol*. 2003;13:171–86.
65. Greenwood R, Shaefer-McDaniel N, Winkle G, Tsemberis S. Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *Am J Community Psychol*. 2005;(36):226–38.
66. Aubry T, McGarvey K, Patterson M, Adair CE, Kopp B, Latimer E, et al. One-Year Outcomes of a Randomized Controlled Trial of Housing First With ACT in Five Canadian Cities. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2015;66(5):463–9. Available from: <https://cutt.ly/ytu2wOb>
67. Tanzman B. An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44:450–455.
68. Davidson L, Hoge M, Godleski L, Rakfeldt J, Griffith E. Hospital or community living? Examining consumer perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Rehabil J*. 1996;19:49–58.
69. Carling P. Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44:439–449.
70. Ridgeway P, Zipple A. Challenges and strategies for implementing supported housing.

- Psychosoc Rehabil J. 1990;13:115–120.
71. Davidson L. *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press; 2003.
 72. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatr Serv*. 2001;52(4):482–5.
 73. Stein L, Test M. Special Living Arrangements: A Model for Decision Making. *Hosp Community Psychiatry community psychiatry*. 1977;28(8):608–10.
 74. Carling P. *Return to Community*. New York: The Guilford Press; 1995.
 75. Pilgrim D. “Recovery” and current mental health policy. *Chronic Illn*. 2008;(4):295–304.
 76. Arenella J. Challenges for the recovery movement in the US: Will its light reach the darkest corners? *Clin Psychol Forum*. 2015;(268).
 77. Beresford P. From “recovery” to reclaiming madness. *Clin Psychol Forum*. 2015;(268).
 78. Edwards BM. Recovery: Accepting the unacceptable? *Clin Psychol Forum*. 2015;(268).
 79. Ayano G, Tesfaw G, Shumet S. The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people : a systematic review and meta- analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2019;19(370):1–14. Available from: <https://cutt.ly/4tu2bNX>
 80. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2008;5(12):1670–81. Available from: <https://cutt.ly/3tu2m02>
 81. Test M, Stein L. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(4):392–7.
 82. Drake R, Mueser K, Torrey W, Miller A, Lehman A, Bond G, et al. Evidence-based

- treatment of schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep.* 2000;2:393–97.
83. Lehman A, Dixon L, Kernan E, DeForge B, Postrado L. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:1038–43.
 84. Gilbody S, Petticrew M. Rational decision-making in mental health: the role of systematic reviews. *J Ment Health Policy Econ.* 1999;2:99–106.
 85. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;
 86. Gorey K, Leslie D, Morris T, Carruthers W, John L, Chacko J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. *Community Ment Heal J.* 1998;3:241–50.
 87. Bond G, McGrew J, Fekete D. Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. *J Ment Health Adm.* 1995;22:4–16.
 88. Mueser K, Bond G, Drake R, Resnick S. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull.* 1998;(24):37–74.
 89. Ziguras J, Lyle Stuart G. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv.* 2000;51:1410–21.
 90. Coldwell C, Bender W. The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(3):393–9.
 91. Clausen H, Landheim A, Ph D, Odden S, Polit C, Heiervang KS, et al. Associations Between Quality of Life and Functioning in an Assertive Community Treatment Population. *Psychiatr Serv.* 2015;202(66):1249–52.

92. Pettersen H, Ruud T, Ravndal E, Havnes I, Landheim A. Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *Int J Ment Health Syst.* 2014;(8):40.
93. Latimer E. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Can J Psychiatry.* 1999;(44):443–54.
94. Margison F. Integrating approaches to psychotherapy in psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005;39:972–81.
95. Schober M. Directrices de enfermería de práctica avanzada 2020. Consejo Internacional de Enfermeras. [Internet]. Ginebra; 2020. 1–48 p. Available from: https://www.2020yearofthenurse.org/uploads/2020/04/ICN_APN-Report_ES_WEB.pdf
96. AB H, MF T. Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing. An integrative approach. In: O'Grady MF, Tracy ET, editors. 6th ed. St. Louis; 2019. p. 61–79.
97. Brandt P. Encounter with the mentally ill homeless living on the street. *Cuad Psiquiatr comunitaria.* 2003;3(2):148–57.
98. Souza MIV. El programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar. *Estud Psicol.* 2011;16(3):353–62.
99. Osakidetza. Tratamiento asertivo comunitario sin hogar Bilbao [Internet]. Available from: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/entidad/tratamiento-asertivo-comunitario-sin-hogar/ab84-cerbus/es/>
100. Ayuntamiento de Barcelona. Prescripciones técnicas para la gestión del servicio “Primer la Llar” de acceso inmediato a la vivienda y soporte socioeducativo dirigido a personas sin hogar en la ciudad de Barcelona. 2015.
101. Sandu RD, Anyan F, Stergiopoulos V. Housing first, connection second: the impact of professional helping relationships on the trajectories of housing stability for people facing

- severe and multiple disadvantage. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1–15.
102. Bloom H. Minimum Detectable Effects: A Simple Way to Report the Statistical Power of Experimental Designs. *Eval Rev* [Internet]. 1995;19(5):547–56. Available from: <https://cutt.ly/utu2Mi2>
 103. Raudenbush S, Liu X. Statistical power and optimal design for multisite randomized trials. *Psychol Methods*. 2000;5(2):199–213.
 104. Bloom HS. The Core Analytics of Randomized Experiments for Social Research. MDRC Working Papers on Research Methodology [Internet]. 2006. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED493363.pdf>
 105. Wassertheil S, Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. *Biometrics* [Internet]. 2nd ed. 2006;26(3):588. Available from: <https://cutt.ly/Xtu29cp>
 106. Boruch R, Crane J, Ellwood D, Gueron J, Haskins R, Hull B, et al. Low-Cost, Rigorous Program Evaluations: A Breakthrough That Could Bring Rapid Progress To U.S. Social Policy. 2009; Available from: <https://www.coalition4evidence.org>.
 107. Duflo E, Glennerster R, Kremer M. Using Randomization in Development Economics Research: A Toolkit. *Handb Dev Econ*. 2006;(4):3895–962.
 108. Tsemberis S. Housing First Manual: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction [Internet]. Hazelden; 2010. 264 p. Available from: <https://cutt.ly/Etu24sM>
 109. Tsemberis S, Kent D, Respress C. Housing Stability and Recovery among Chronically homeless persons With co-occurring disorders in Washington, DC. *Am J Public Health* [Internet]. 2012;102(1):13–6. Available from: <https://cutt.ly/gtu2D80>
 110. McKenzie M, Tulsy JP, Long HL, Chesney M MA. Tracking and follow-up of marginalized populations: a review. *J Heal Care Poor Underserved*. 1999;10:409–29.

111. Boys A, Marsden J, Stillwell G, Hatchings K, Griffiths P FM. Minimizing respondent attrition in longitudinal research: practical implications from a cohort study of adolescent drinking. *Eval Progr Plann.* 1996;19:21–5.
112. Wright JT, Allen TL DJ. Tracking non-traditional populations in longitudinal studies. *Eval Progr Plann.* 1995;18:267–77.
113. Kay S, Fiszbein A, Opler L. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 1987;13(2):261–76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3616518>
114. Peralta V, Cuesta M. Validation of the scale of positive and negative symptoms (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenics. *Actas luso-españolas Neurol psiquiátrica* [Internet]. 1994;4:44–50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7810373>
115. Lindenmayer J, Grochowski S, Hyman R. Five factor model of schizophrenia: replication across samples. *Schizophr Res* [Internet]. 1995;14(3):229–34. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1995-33318-001>
116. Haro J, Kamath S, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2003;107:16–23. Available from: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=1>
117. Hamilton M. Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg psychiatry* [Internet]. 1960;23:56–62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14399272>
118. Ramos-Brieva J, Cordero A. Validation of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Actas luso-españolas Psiquiatr Neurol y ciencias afines* [Internet]. 1986;14(4):324–34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3776732>
119. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Psychol Psychother* [Internet].

- 1959;32(1):50–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13638508>
120. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Baró E. Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale and the Hamilton Anxiety Rating Scale for the evaluation of depression and anxiety. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2002;118(13):439–99. Available from: <https://cutt.ly/htu9p8p>
121. Driscoll O, Leff J. The Taps Project: evaluating community placement of the long-stay psychiatric patients. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1993;162(19):18–24. Available from: <https://cutt.ly/Stu9lHV>
122. Jiménez J, Torres F, Laviana M, Luna del Castillo J, Trieman N, Ricard C. Evaluation of the functioning of daily life in people with long-standing mental disorder. Adaptation and reliability of the Spanish version of the “Basic Everyday Living Skills” (BELS). *Actas Españolas Psiquiatr* [Internet]. 2000;28(5):284–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11269906>
123. Rubio Valladolid G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín J, Santo-Domingo Carrasco J. Validación de la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol Rev Psiquiatr y Discip afines* [Internet]. 1998;61(4):307–16. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4539706>
124. Saunders, J; Aasland, O; Babor, T; De la Fuente, J; Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction*. 1993;88:791–804.
125. Rubio G. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clínica Española* [Internet]. 1998;198:11–4. Available from: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=113>
126. Mora H. Criterios de validez y triangulación en la investigación social “cualitativa.” In:

- Escuela de Antropología Facultad de Artes, Humanidades y Ciencias Sociales Universidad Católica de Temuco [Internet]. Temuco, Chile; 2004. p. 8. Available from:
https://www.academia.edu/1099259/Validez_y_triangulación_en_investigación_cualitativa
127. Fagundes KVDL, Magalhães A de A, Campos CC dos S, Alves CGL, Ribeiro PM, Mendes MA. Hablando de la observación participante en la investigación cualitativa - En el proceso salud-enfermedad. *Index Enferm.* 2014;23(1–2):75–9.
 128. O’Campo P, Stergiopoulos V, Nir P, Levy M, Misir V, Chum A, et al. How did a Housing First intervention improve health and social outcomes among homeless adults with mental illness in Toronto? Two-year outcomes from a randomised trial. *BMJ Open* [Internet]. 2016;6(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5030577/>
 129. Crawley J, Kane D, Atkinson-Plato L, Hamilton M, Dobson K, Watson J. Needs of the hidden homeless - no longer hidden: a pilot study. *Public Health* [Internet]. 2013 Jul [cited 2014 Jun 24];127(7):674–80. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23806186>
 130. Whittaker E, Dobbins T, Swift W, Flatau P, Burns L. First examination of varying health outcomes of the chronically homeless according to Housing First configuration. *Aust N Z J Public Health* [Internet]. 2017;41(3):306–8. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28110511>
 131. Hwang SW, Kirst MJ, Chiu S, Tolomiczenko G, Kiss A, Cowan L, et al. Multidimensional social support and the health of homeless individuals. *J Urban Heal.* 2009;86(5):791–803.
 132. Benjaminsen L, Birkelund JF. Explaining excess morbidity amongst homeless shelter users: A multivariate analysis for the Danish adult population. *Scand J Public Health* [Internet]. 2018;(November 2017):1–10. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29528774>

133. Tsai J, Bond G, Salyers M, Godfrey J, Davis K. Housing preferences and choices among adults with mental illness and substance use disorders: A qualitative study. *Community Ment Health J*. 2010;46(4):381–8.
134. Adair CE, Streiner DL, Barnhart R, Kopp B, Veldhuizen S, Patterson M, et al. Outcome Trajectories among Homeless Individuals with Mental Disorders in a Multisite Randomised Controlled Trial of Housing First. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2017;62(1):30–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27310238>
135. Krausz M, Strehlau V, Noël F, Somers J, Moniruzzaman A, Frankish J, et al. A longitudinal study of suicidal ideation among homeless, mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2015;51(1):107–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26518774>
136. Goering P, Scott Veldhuizen M, Watson A, Adair C, Kopp B, Latimer E, et al. Cross-site At Home/Chez Soi Project: National final report [Internet]. 2014. Available from: <https://cutt.ly/dtu2JoZ>
137. Fitzpatrick KM. How Positive Is Their Future? Assessing the Role of Optimism and Social Support in Understanding Mental Health Symptomatology among Homeless Adults. *Stress Heal* [Internet]. 2016;33(2):92–101. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27037736>
138. Fitzpatrick K, Myrystol BA, Miller E. Does Context Matter? Examining the Mental Health Among Homeless People. *Community Ment Health J* [Internet]. 2014;51(2):215–21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27187057>
139. Mares AS, Rosenheck RA. Twelve-month client outcomes and service use in a multisite project for chronically homelessness adults. *J Behav Heal Serv Res* [Internet]. 2009;37(2):167–83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19350394>

140. Aubry T, Goering P, Scott Veldhuizen M, Adair C, Bourque J, Distasio J, et al. A Multiple-City RCT of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2016;67(3):275–81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26620289>
141. Tsai J, Mares AS, Rosenheck RA. A multisite comparison of supported housing for chronically homeless adults: “Housing first” versus “residential treatment first.” *Psychol Serv* [Internet]. 2010;7(4):219–32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3151537/>
142. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang SW. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11(1):638. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/638>
143. Collins SE, Malone DK, Clifase SL, Ginzler JA, Garner MD, Burlingham B. Project-Based Housing First for Chronically Homeless Individuals With Alcohol Problems : Within-Subjects Analyses of 2-Year Alcohol Trajectories. *Am J Public Health* [Internet]. 2012;102(3):511–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22390516>
144. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Lonczak HS, Marlatt GA. Health Care and Public Service Use and Costs Before and After Provision of Housing for Chronically Homeless Persons. *Jama* [Internet]. 2009;301(13):1349–57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19336710>
145. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2019;0:1–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30777888>
146. Somers JM, Moniruzzaman A, Palepu A. Changes in daily substance use among people

- experiencing homelessness and mental illness: 24-month outcomes following randomization to Housing First or usual care. *Addiction* [Internet]. 2015;110(10):1605–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26052657>
147. O’Campo P, Stergiopoulos V, Nir P, Levy M, Misir V, Chum A, et al. How did a Housing First intervention improve health and social outcomes among homeless adults with mental illness in Toronto? Two-year outcomes from a randomised trial. *BMJ Open*. 2016;6(9).
 148. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V, Skosireva A, Sarang A, Connelly J, et al. The effectiveness of a Housing First adaptation for ethnic minority groups: Findings of a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Public Health* [Internet]. 2016;16(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3768-4>
 149. Polvere L, Macnaughton E, Piat M. Participant perspectives on housing first and recovery: Early findings from the at Home/Chez Soi project. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2013;36(2):110–2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23750762>
 150. Aubry T, Kerman N, Distasio J, Schütz C, Sylvestre J. Predictors of Mental Health Recovery in Homeless Adults with Mental Illness. *Community Ment Health J* [Internet]. 2019;55(4):631–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30519803>
 151. Aubry T, Bourque J, Goering P, Crouse S, Veldhuizen S, Leblanc S, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of Housing First in a small Canadian City. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–14.
 152. Mares A, Greenberg G, Rosenheck R. HUD / HHS / VA Collaborative Initiative to Help End Chronic Homelessness , National Performance Outcomes Assessment : Is System Integration Associated with ... [Internet]. 2007. Available from: <https://aspe.hhs.gov/report/hudhhsva-collaborative-initiative-help-end-chronic-homelessness-system-integration-associated-client-outcomes>

153. Manning, R. Greenwood R. Recovery in homelessness: the influence of choice and mastery on physical health, psychiatric symptoms, alcohol and drug use, and community integration. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2019; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30730171>
154. O'Campo P, Kirst M, Schaefer-Mcdaniel N, Firestone M, Scott A, McShane K. Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: A realist approach to synthesizing evidence. *J Urban Heal* [Internet]. 2009;86(6):965–89. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19760155>
155. Pearson C, Montgomery A, Locke G. Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in Housing First programs. *J Community Psychol*. 2009;37(3):404–17.
156. Kirst M, Zerger S, Misir V, Hwang S, Stergiopoulos V. The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2015;146(1):24–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.019>
157. Nelson G, Patterson M, Kirst M, Macnaughton E, Isaak CA, Nolin D, et al. Life Changes Among Homeless Persons With Mental Illness: A Longitudinal Study of Housing First and Usual Treatment. *Psychiatr Serv*. 2015;66(6):592–7.
158. Rhoades H, Motte-kerr W La, Duan L, Woo D, Rice E, Henwood B, et al. Social networks and substance use after transitioning into permanent supportive housing. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2018;191:63–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.027>
159. Collins S, Clifasefi S, Dana E, Andrasik M, Stahl N, Kirouac M, et al. Where harm reduction meets Housing First: exploring alcohol's role in a project-based Housing First setting.

- 2012;23(2):111–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21852096>
160. Baggett TP, Rigotti NA. Cigarette Smoking and Advice to Quit in a National Sample of Homeless Adults. *Am J Prev Med* [Internet]. 2010;39(2):164–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.024>
161. Petersen A, Stewart H, Walters J, Vijayaraghavan M. Smoking Policy Change Within Permanent Supportive Housing. *J Community Health*. 2018;43(2):312–20.
162. Alizaga N, Nguyen T, Petersen A, Elser H, Vijayaraghavan M. Developing Tobacco Control Interventions in Permanent Supportive Housing for Formerly Homeless Adults. *Health Promot Pract*. 2019;
163. Harris T, Winetrobe H, Rhoades H, Wenzel S, Harris T, Winetrobe H, et al. The Role of Mental Health and Substance Use in Homeless Adults ' Tobacco Use and Cessation Attempts The Role of Mental Health and Substance Use in Homeless Adults ' Tobacco. *J Dual Diagn* [Internet]. 2019;0(0):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1579947>
164. Moll SE, Gewurtz RE, Krupa TM, Law MC, Larivie`re N, & Levasseur M. “Do-Live-Well”: A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Can J Occup Ther*. 2015;82:9–23.
165. Patterson ML, Currie L, Rezanoff S, Somers JM. Exiting Homelessness : Perceived Changes , Barriers , and Facilitators Among Formerly Homeless Adults With Mental Disorders. *Am Psychol Assoc*. 2015;38(1):81–7.
166. Henwood BF, Lahey J, Harris T, Rhoades H, Wenzel SL. Understanding Risk Environments in Permanent Supportive Housing for Formerly Homeless Adults. *Qual Health Res*. 2018;28(13):2011–9.
167. Padgett DK, Henwood B, Abrams C, Drake R. Social relationships among persons who

- have experienced serious mental illness, substance abuse and homelessness: implications for recovery. *Am J Orthopsychiatry*. 2008;8(3):333–9.
168. Marshall CA, Davidson L, Li A, Gewurtz R, Roy L, Barbic S, et al. Boredom and meaningful activity in adults experiencing homelessness: A mixed-methods study. *Can J Occup Ther [Internet]*. 2019;1–14. Available from: <https://doi.org/10.1177/0008417419833402>
169. Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for People with Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings from the at Home-Chez Soi Demonstration Project/D'abord Chez Soi Pour Les Personnes Souffrant De Maladie Mentale Grave Qui Sont Sans Abri : Une Rev. *Can J Psychiatry [Internet]*. 2015;60(11):467. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26720504>
170. Rezanooff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, Mccandless L, Procyshyn R, Somers JM. Housing First Improves Adherence to Antipsychotic Medication Among Formerly Homeless Adults With Schizophrenia : Results of a Randomized Controlled Trial. *Schizophr Bull*. 2017;43(4):852–61.
171. Kerman N, Sylvestre J, Tim A, Distasio J. The effects of housing stability on service use among homeless adults with mental illness in a randomized controlled trial of housing first. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(190).
172. Whisler A, Dosani N, To MJ, O'Brien K, Young S, Hwang SW. The effect of a Housing First intervention on primary care retention among homeless individuals with mental illness. *PLoS One [Internet]*. 2021;16(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0246859>
173. Mackelprang J, Collins SE, Clifasefi SL. Housing First Is Associated with Reduced Use of Emergency Medical Services. *Prehosp Emerg Care*. 2014;18(4):476–82.

Anexos

Anexo 1. Escala de síndrome positivo y negativo PANSS

PANSS

1. Ausente	2. Mínimo	3. Ligero	4. Moderado
5. Moderado-severo	6. Severo	7. Extremo	9 = desconocido

P1. DELIRIOS	1	2	3	4	5	6	7	9	
P2. DESORG. CONCEPTUAL			1	2	3	4	5	6	7
9									
P3. COMP. ALUCINATORIO			1	2	3	4	5	6	7
9									
P4. EXCITACION			12	3	4	5	6	7	9
P5. GRANDIOSIDAD			12	3	4	5	6	7	9
P6. SUSPICACIA/PERJUICIO			1	2	3	4	5	6	7
9									
P7. HOSTILIDAD			12	3	4	5	6	7	9
N1. EMBOTAMIENTO AFECTIVO	1	2	3	4	5	6	7		
9									
N2. RETRAIMIENTO EMOCIONAL	1	2	3	4	5	6	7		
9									
N3. CONTACTO POBRE			1	2	3	4	5	6	7
9									
N4. RETRAIMIENTO SOCIAL			1	2	3	4	5	6	7
9									
N5. DIFICULTAD PENSAM. ABST.	1	2	3	4	5	6	7		
9									
N6. AUSENCIA ESPONTANEIDAD	1	2	3	4	5	6	7		
9									
N7. PENSAM. ESTEREOTIPADO	1	2	3	4	5	6	7		
9									

1. Ausente	2. Mínimo	3. Ligero	4. Moderado
5. Moderado-severo	6. Severo	7. Extremo	9 = desconocido

PG1. PREOCUPAC. SOMATICAS	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG2. ANSIEDAD	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG3. SENTIMIENTOS DE CULPA	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG4. TENSION MOTORA	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG5. MANIERISMOS Y POSTURAS	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG6. DEPRESION	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG7. RETARDO MOTOR	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG8. FALTA DE COLABORACION	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG9. INUSUALES CONTEN. PENSAM.	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG10. DESORIENTACION	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG11. ATENCION DEFICIENTE	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG12. AUSENCIA DE JUICIO E INSIGHT	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG13. TRASTORNOS DE LA VOLICION	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG14. CONTROL DEF. IMPULSOS	1	2	3	4	5	6
7 9						
PG15. PREOCUPACION	1	2	3	4	5	6
7 9						

PG16. EVITACION SOCIAL ACTIVA
7 9

1

2

3

4

5

6

PUNTUACIÓN TOTAL:

Anexo 2. Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale)

PERÍODO A VALORAR: ACTUALIDAD (excepto ítem 4,5,6 que se valoran los dos últimos días)

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo - Moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación.... - Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas - Extremo: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausente Ligero: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente Moderado: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausente Le parece que la vida no vale la pena ser vivida Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse Ideas de suicidio o amenazas Serio intento de suicidio 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Insomnio inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausente Ocasional: tarda en dormir entre medi ay una hora (< 3 noches/semana), Frecuente: tarda en dormir más de una hora (3 o más noches/semana) 	<p>0 1 2</p>
<p>Insomnio medio</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausente Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (< 3 noches/semana) Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño, cualquier ocasion de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 o más noches seguidas por semana) 	<p>0 1 2</p>
<p>Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausente Se despierta antes de lo habitual (< 2 hora antes; < 3 días por semana) Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 o más días por semana 	<p>0 1 2</p>

<p style="text-align: center;">Trabajo y actividades</p> <p>Ausente</p> <p>Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distingalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte</p> <p>Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).</p> <p>Intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal</p> <p>Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice</p>	<p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p>
<p style="text-align: center;">Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <p>Ausente</p> <p>Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.</p> <p>Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).</p> <p>Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar. Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.</p>	<p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p>
<p style="text-align: center;">Agitación psicomotora</p> <p>Ausente</p> <p>Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos</p> <p>Moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...</p> <p>Intensa: no puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.</p> <p>Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".</p>	<p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p>
<p style="text-align: center;">Ansiedad psíquica</p> <p>Ausente</p> <p>Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.</p> <p>Intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.</p> <p>Extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.</p>	<p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p>

<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <p>- Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <p>Ninguno Ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos. Intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.</p>	<p>0 1 2</p>
<p>Síntomas somáticos generales</p> <p>Ninguno Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2</p>	<p>0 1 2</p>
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <p>- Ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas). - Ligeros: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa). - Intensos: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.</p>	<p>0 1 2</p>
<p>Hipocondría</p> <p>- Ausente - Ligera: preocupado de sí mismo (corporalmente). - Moderada: preocupado por su salud. - Intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc. - Extrema: ideas hipocondríacas delirantes.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>

Pérdida de introspección	
Ausente. Se da cuenta de que está enfermo, deprimido.	0
Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, necesidad de descanso, etc.	1
Moderada: niega estar enfermo.	2
Pérdida de peso	
Ausente.	0
Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr / semana o 2,5 kg/año (sin dieta).	1
Intensa: pérdida de peso superior a 1 kg/semana o 4,5 kg / año (sin dieta).	2
	3

PUNTUACIÓN TOTAL:

Anexo 3. Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
<i>Comportamiento durante la entrevista</i> General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Anexo 4. Escala de Impresión Clínica Global - Versión Esquizofrenia (ICG-ESQ)

I. GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

Considerando su experiencia clínica total con pacientes con esquizofrenia, en qué grado ha estado enfermo el paciente durante la última semana?

	Normal, no enfermo	Minimamente enfermo	Medianamente enfermo	Moderadamente enfermo	Marcadamente enfermo	Enfermedad grave	Entre los pacientes más graves
<u>C1. Síntomas POSITIVOS</u> (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C2. Síntomas NEGATIVOS</u> (p.e. aplanamiento afectivo, abulia o anhedonia)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C3. Síntomas DEPRESIVOS</u> (p.e. tristeza, ánimo deprimido o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C4. Síntomas COGNITIVOS</u> (p.e. deterioro de la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C5. GRAVEDAD GLOBAL</u>	1	2	3	4	5	6	7

II. GRADO DE CAMBIO

Comparado con la evaluación previa*, ¿cuánto ha cambiado el paciente? Evalúe la mejora independientemente de si es o no, en su juicio, debida totalmente al tratamiento.

	Muchísimo Mejor	Mucho Mejor	Mínimamente mejor	Sin cambios	Mínimamente peor	Mucho peor	Muchísimo peor	N/A
<u>6. Síntomas POSITIVOS</u> (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra.)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>7. Síntomas NEGATIVOS</u> (p.e. aplanamiento afectivo, abulia, alogia)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>8. Síntomas DEPRESIVOS</u> (p.e. tristeza, ánimo depresivo o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>9. Síntomas COGNITIVOS</u> (p.e. deterioro de la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>10. GRAVEDAD GLOBAL</u>	1	2	3	4	5	6	7	9

* En ensayos terapéuticos con varias evaluaciones, usar: 'Comparado con la fase inmediatamente anterior a este ensayo terapéutico' en vez de 'Comparado con la evaluación previa'

Anexo 5. Habilidades básicas de la vida diaria (Basic Everyday Living Skills BELS)

Habilidades básicas de la vida diaria

Basic Everyday Living Skills (BELS)

Versión extraída de:

Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. Validación y adaptación al castellano EVERYDAY LIVING SCHEDULE (BELS) Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) 1989.: Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. 2000.

Versión original:

Driscoll CO, Leff J. The Taps Project. 8: Design of the research study on the long-stay patients. Br J Psychiatry 1993; 162(Supl 19): 18-24

Otras referencias de interés:

Jiménez J, Torres F, Laviana M, Luna J, Trieman N, Richard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del "Basic Everyday Living Skills" (BELS). Actas Esp Psiquiatri. 2000; 28(5): 284-288.

INDEPENDENCIA DE MOVIMIENTOS

(Se valora la frecuencia de sus salidas y cuánto se aleja en ellas)

P. *¿Hasta qué punto <S>¹ es independiente para salir?
¿Hasta qué distancia se atreve a salir? ¿Está desorientado/a en el espacio?*

Escala de oportunidad

2 Alojamiento abierto.

1 Alojamiento cerrado, pero esta persona en concreto es libre para salir, o alojamiento abierto, pero este/a residente en concreto tiene que informar al personal / familiar de sus salidas.

0 El alojamiento está cerrado para mantener dentro a esta persona en concreto o sólo se le permite salir acompañada, está incapacitada y necesita asistencia física.

Escala de realización de actividades

4 Totalmente independiente. Sale solo/a más allá de los límites del área local. Puede orientarse en lugares que no le son familiares.

3 Independiente dentro del barrio. Visita uno o dos lugares conocidos fuera del área local. Sale regularmente.

2 Sale a diferentes lugares conocidos dentro de distancias que puede recorrer a pie (p. ej., tiendas, parques, instalaciones asistenciales, visitas a amigos/as). Salidas irregulares.

1 Encuentra su camino dentro del vecindario, pero rara vez sale. Es acompañado/a a lugares que se encuentran a mayor distancia.

0 Nunca sale fuera sin compañía. Sin ganas o incapaz (debido a falta de movilidad u orientación pobre).

9 Desconocido.

¹ La <S> que aparece en cada pregunta debe ser sustituida por el nombre del <Sujeto>

Autocuidado

DESPERTARSE Y LEVANTARSE

(Se valora la rutina de despertarse y levantarse por la mañana de lunes a viernes únicamente).

P. *¿Hasta qué punto <S> es independiente para levantarse por la mañana?*

Escala de oportunidad

2 La persona no es despertada por el personal /familiar.

1 Oportunidad para despertarse espontáneamente pero al final la persona es despertada por el personal / familiar.

0 Es despertado/a por el personal / familiar sin ninguna oportunidad para despertarse espontáneamente o necesita ayuda física.

Escala de realización de actividades

4 Independencia total. Se despierta espontáneamente y se levanta a una hora razonable.

3 Funciona independientemente. Ninguna supervisión, algunas veces es lento para despertarse y levantarse a una hora razonable menos de 1 vez por semana.

2 Ocasionalmente se le sugiere que se levante a tiempo (Ej. menos de 4 veces al mes, pero no a diario). Si ningún miembro del personal / familiar intenta modificar su comportamiento no llega al desayuno u ocasionalmente se retrasa en las actividades programadas.

1 Frecuentemente se le ayuda para que se levante a tiempo (más de 4 veces al mes pero no diariamente). Si ningún miembro del personal / familiar intenta modificar su comportamiento llega tarde a las actividades más de dos veces a la semana.

0 Se le ayuda diariamente o tiene ayuda física para levantarse (debido a una movilidad defectuosa). Si no se le estimula se levanta todos los días tarde, a una hora no razonable.

9 Desconocido

VESTIRSE

(Se valora la independencia para seleccionar la ropa y vestirse)

P. *¿Hasta qué punto <S> es independiente al vestirse? ¿Se viste apropiadamente?*

Escala de oportunidad

- 2 La persona tiene la posibilidad de seleccionar su ropa.
- 1 La persona está en un alojamiento donde el personal / familiar selecciona la ropa rutinariamente.

Escala de realización de actividades

- 4 Totalmente independiente. Escoge la ropa apropiada según la temperatura o la situación y se viste correctamente.
- 3 Funciona independientemente. No hay supervisión. Muestra una ligera inadecuación o descuido.
- 2 Se le recuerda ocasionalmente que mantenga las normas apropiadas en el vestir (por ejemplo, menos de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si no se intenta modificar su conducta, muestra ocasionalmente descuido o forma inadecuada en el vestir o duerme con la ropa del día.
- 1 Frecuentemente es supervisado/a para seleccionar la ropa adecuada y ponérsela correctamente (p. ej., más de cuatro veces al mes, pero no a diario). Si no se intenta modificar su conducta, se muestra ocasionalmente inadecuado/a o descuidado/a en el vestir o se viste de acuerdo con un delirio.
- 0 Es supervisado/a a diario a la hora de vestirse. O necesita ayuda física.
- 9 Desconocido.

4. VUELTA A CASA POR LA NOCHE

(Se valora la responsabilidad a su propia seguridad y la atención hacia las personas cuidadoras / familiares interesados/as)

P. *¿Hasta qué punto se puede confiar en que <S> vuelva a la casa o residencia?*

Escala de oportunidad

2 Alojamiento o residencia abierta.

1 Alojamiento cerrado pero este/a residente en concreto es libre para salir o alojamiento abierto pero este/a residente en concreto tiene que informar al personal / familiar si sale.

0 El alojamiento está cerrado para impedir la salida de este/a residente en concreto / o únicamente se le permite salir acompañado/a / o está incapacitado/a y necesita ayuda física.

Escala de realización de actividades

4 Totalmente independiente. No necesita ser controlado/a.

3 Funciona independientemente. De vez en cuando llega más tarde de lo que se esperaba, pero no es supervisado/a, ni es una preocupación importante para el personal / familiar.

2 Ocasionalmente llega tarde (p. ej., menos de cuatro veces al mes) y no informa a cuidadores / familiares sobre la hora de su regreso. A veces puede ser un problema. (Casi siempre coopera bajo supervisión).

1 Frecuentemente llega tarde (p. ej., más de cuatro veces al mes pero no a diario) y a menudo es un problema para cuidadores y/o familiares. O se fugó o perdió en los seis últimos meses. (Bajo supervisión, la mayoría de las veces no coopera).

0 Problemas importantes en este área. No regresa, ausente durante días. No deja que las personas cuidadoras / familiares sepan su paradero. Estuvo perdido/a más de una vez en los 6 últimos meses (problemas importantes en aceptar o seguir orientaciones) o no se le permite salir sin compañía.

9 Desconocido.

5. COMIDAS

(Se valora la regularidad en obtener su comida diaria, incluyendo comida preparada).

P. *¿Con qué regularidad come <S>? ¿Se salta a menudo las comidas?*

Escala de oportunidad 2 Para todos los y las residentes

Escala de realización de actividades

4 Obtiene su comida diaria regularmente. O bien, prepara sus propias comidas de un modo adecuado, o si le facilitan éstas, asiste regularmente a comer.

3 Ocasionalmente se despreocupa de conseguir la comida. Si se le sirve, falta a veces a alguna comida. No hay supervisión.

2 Hay que recordarle ocasionalmente que asista u obtenga la comida (p. ej., menos de cuatro veces al mes). Si no se le recuerda falta a varias comidas principales en la semana o falta al desayuno todos los días.

1 Hay que recordarle frecuentemente que asista a las comidas con regularidad (p. ej., más de cuatro veces al mes pero no a diario). Si no se le recuerda se salta una comida principal casi todos los días.

0 Se le recuerda a diario que asista a las comidas.

9 Desconocido.

6. MEDICACIÓN

(Se valora la independencia y conformidad con cualquier medicación prescrita)

P. *¿Hasta qué punto <S> es independiente para tomar la medicación?*

Escala de oportunidad

2 Maneja y guarda su propia medicación sin supervisión.

1 Las medicinas las tiene el personal / familiar pero la persona tiene la obligación de recordar cuándo debe tomar la medicación (bajo supervisión del personal / familiar).

0 Las medicinas son manejadas y administradas por el personal /familiar.

Escala de realización de actividades

4 Completamente responsable para tomar la medicación o asiste regularmente a ponerse las inyecciones depot o va a por las recetas.

3 Guarda su propia medicación. Se le recuerda ocasionalmente que tome las medicinas o el personal de enfermería le administra las inyecciones en el hogar o en el trabajo. Cooperar.

2 Medicación administrada por las personas cuidadoras / familiares. Suele cooperar.

1 Medicación administrada por las personas cuidadoras/ familiares. A menudo no coopera.

- 0 Problemas graves con el cumplimiento del tratamiento. Rechaza la medicación.
- 9 No tiene medicación / Desconocido.

7. HIGIENE PERSONAL

(Se valora la higiene corporal)

P. *¿Hasta qué punto <S> es independiente para mantener la rutina de aseo personal diario?*

Escala de oportunidad

- 2 Puede usar el cuarto de baño sin restricciones o supervisión.
- 1 Se baña o se ducha en días concretos o precisa ayuda física para ello.
- 0 Necesita ayuda física para el aseo personal diario.

Escala de realización de actividades

- 4 Totalmente independiente. Mantiene buen nivel de higiene y aseo.
 - 3 Funciona independientemente. Sin supervisión. Algún descuido con la higiene.
 - 2 Ocasionalmente hay que recordarle que se asee (Ej. menos de cuatro veces al mes) (Ej. afeitado, cepillado de dientes). Si se le deja, presenta descuidos ocasionales con ciertos aspectos del aseo personal.
 - 1 Se le pide con frecuencia que mantenga un nivel aceptable de aseo personal (p. ej., más de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si se le deja, muestra frecuentes descuidos en el aseo personal diario.
 - 0 Se le pide a diario que cuide su aseo. Ningún intento espontáneo / o necesita ayuda física para el aseo personal.
- Desconocido.

8. ROPA

(Se valora la limpieza y el estado de conservación)

P. *¿Hasta qué punto <S> es independiente para cambiarse de ropa sucia o estropeada?*

Escala de oportunidad

- 2 Para todas las personas residentes.
- 1 La persona se encuentra en un alojamiento donde el personal / familiar selecciona rutinariamente su ropa.

Escala de realización de actividades

4 Totalmente independiente. Se cambia de ropa regularmente. Ropa limpia, planchada, en buen estado de conservación.

3 Funciona independientemente. Pequeños problemas con la limpieza y el estado de la ropa.

2 De vez en cuando se le pide que se cambie la ropa sucia (menos de cuatro veces al mes). Si se le deja, se muestra descuidado con ciertos aspectos de limpieza y estado de la ropa.

1 Se le pide frecuentemente que mantenga un nivel aceptable de limpieza (más de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si se le deja, se muestra muy descuidado/a.

0 Es supervisado/a diariamente. Ningún intento espontáneo de cuidar el estado de la ropa.

9 Desconocido

9. INCONTINENCIA

(Se valora la incapacidad física para controlar los esfínteres vesical y anal)

P. *¿Es capaz <S> de controlar sus esfínteres vesical y anal?*

Escala de oportunidad

2 Para todas las personas residentes.

Escala de realización de actividades

4 No existe incontinencia.

3 Incontinencia urinaria (menos de cuatro veces al mes) pero no incontinencia fecal.

2 Incontinencia urinaria (más de cuatro veces al mes) pero no incontinencia fecal.

1 Incontinencia fecal (menos de cuatro veces al mes con o sin incontinencia urinaria).

0 Incontinencia fecal (más de cuatro veces al mes con o sin incontinencia urinaria).

Desconocido.

10. COMPORTAMIENTO EN EL CUARTO DE BAÑO

P. Independientemente de que tenga o no incontinencia ¿Utiliza <S> el cuarto de baño de un modo apropiado?

Escala de oportunidad

2 Para todas las personas residentes.

Escala de realización de actividades

4 Siempre.

3 Funciona independientemente pero tiene algún descuido (Ej. olvida tirar de la cisterna, o moja la superficies del retrete o el suelo).

2 La ropa está mojada y/o huele mal, es necesario llamarle la atención.

1 Orina o defeca en zonas públicas.

0 Problema importante. La ropa está mojada y/o huele mal y orina o defeca en zonas públicas.

9 Desconocido

11. PREPARACIÓN DE COMIDAS/PLATOS COMBINADOS/COMPLETOS

(Se valora la organización de comidas)

P. ¿Hasta qué punto es <S> independiente para preparar sus comidas: desayuno, almuerzo o cena?

Escala de oportunidad

- 2 Puede usar la cocina sin restricciones o supervisión.
- 1 Permitido el uso de la cocina sólo en ciertos momentos del día o sólo con la supervisión del personal / familiar.
- 0 Nunca se permite usar la cocina o no hay cocina.

Escala de realización de actividades

- 4 Completamente independiente. Prepara todas sus comidas con variedad.
- 3 Prepara la mayoría de sus comidas (Ej. almuerzo en un servicio de día, pero se prepara el desayuno y la cena y las comidas del fin de semana con variedad). O toma parte activa en la cocina de la comunidad (Ej. cocina normalmente cuando le toca) con regularidad.
- 2 Prepara alguna comida (Ej. el desayuno) pero las demás son proporcionadas por cuidadores/as o familiares o prepara todas sus comidas sin variedad.
- 1 Ayuda con limitaciones en la cocina (Ej.. limpiar y cortar verdura).
- 0 No participa en la preparación de las comidas.
- 9 Desconocido.

12. PREPARACIÓN DE COMIDAS SIMPLES, BOCADILLOS, BEBIDAS ENTRE COMIDAS

P. ¿Hasta qué punto <S> es independiente al prepararse sus bebidas calientes o sus bocadillos?

Escala de oportunidad

- 2 Tiene acceso a la cafetera y electrodomésticos de la cocina (Ej. tostador) sin restricción.
- 1 Tiene acceso a las instalaciones arriba mencionadas únicamente a ciertas horas del día o sólo con la supervisión del personal / familiar.

Habilidades Domésticas

0 Nunca se le permite utilizar las instalaciones o no hay instalaciones.

Escala de realización de actividades

4 Prepara comidas o bebidas simples independientemente. Lo hace con regularidad.

3 Tiene algún pequeño problema con la preparación de comidas o bebidas simples.

2 Tiene supervisión ocasional para la preparación de comidas simples (menos de cuatro veces al mes). Si no hay supervisión, prepara comidas o bebidas solo de forma ocasional / o algunas veces las prepara de manera inapropiada.

1 Siempre es supervisado/a en la preparación de comidas simples.

0 Nunca prepara comidas o bebidas simples.

9 Desconocido.

13. COMPRA DE COMESTIBLES

(Se valora el uso de tiendas y la variedad de productos que compra. No incluye comer en cafeterías o restaurantes al estar esto valorado en la pregunta 19)

P *¿Hasta qué punto es <S> independiente para ir a las tiendas de comestibles?*

Escala de oportunidad

2 Puede salir sin compañía y tiene la oportunidad de cocinar algo.

1 Puede salir sin compañía pero no tiene la oportunidad de cocinar, o va de compras sólo en grupo.

0 No se le permite salir sin compañía.

Escala de realización de actividades

4 Completamente independiente. Consigue sus propias provisiones organizándose adecuadamente y utiliza las tiendas correctamente.

3 Parcialmente independiente al comprar alimentos. Hace turnos normales en las compras. Hace la compra correctamente con una lista.

2 Utiliza una tienda que le es familiar. Compra independientemente una gama limitada de productos, no incluyendo planificación para la preparación de la comida completa, (Ej. té, café, galletas). Recibe ayuda con otras compras. Si no se le presta ayuda, olvida cosas necesarias o hace compras inapropiadas.

1 Sólo compra con supervisión, o cuenta con los empleados de la tienda para que le ayuden a pagar y obtener el cambio correcto. Compra pocos productos para su consumo inmediato (Ej. dulces, bebidas).

0 No compra en tiendas de comestibles.

9 Desconocido.

Habilidades Domésticas

14. COMPRAS

(Se valora ropa, zapatos y objetos personales o de la casa)

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para comprar objetos personales que no sean comida?*

Escala de oportunidad

2 Alojamiento abierto o residencia.

1 Alojamiento cerrado pero este/a residente en concreto tiene libertad para salir, o alojamiento abierto pero este residente en concreto tiene que informar al personal o familiar si sale.

0 Alojamiento cerrado para impedir salir a este/a residente o sólo se le permite salir acompañado/a o está incapacitado/a y necesita ayuda física.

Escala de realización de actividades

4 Completamente independiente.

3 Parcialmente independiente. Recibe algo de ayuda para las compras más complejas (Ej. muebles, etc.).

2 Compra independientemente una gama limitada de productos (Ej. jabón o cigarrillos). Recibe ayuda con otras compras (Ej. zapatos). Si no recibe ayuda, descuida compras necesarias o hace compras inapropiadas.

1 Sólo compra con supervisión o cuenta con ayuda del personal de la tienda para pagar y obtener el cambio correcto incluso para una compra simple.

0 No compra nunca ningún objeto personal.

9 Desconocido.

15. LAVADO DE ROPA

(Se valora ropa personal y ropa de cama)

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para lavar su propia ropa o ropa de cama?*

Escala de oportunidad

2 Utiliza la lavadora. Lava la ropa de cama y la ropa personal.

1 Utiliza la lavadora pero se le proporcionan las sábanas.

0 No tiene lavadora.

Escala de realización de actividades

4 Completamente independiente. Utiliza la lavadora, la lavandería y la limpieza en seco de forma autónoma y correcta.

3 Independiente en parte. Usa la lavadora y/o lava a mano espontáneamente y con regularidad. Las personas cuidadoras o familiares le lavan algunas cosas (Ej. sábanas, etc.)

2 Es supervisado/a o se le recuerda que lave su ropa personal. Si no se le supervisa, muestra negligencia en esta actividad.

1 Ayuda con la colada (Ej. recogerla), pero depende básicamente de cuidadores/as o familiares para la provisión de ropa o sábanas limpias.

0 No hace la colada ni ayuda con el lavado de ropa.

9 Desconocido.

16. CUIDADO DEL ESPACIO PERSONAL

(Se valora el orden de la habitación, especialmente en la zona de la cama)

P. *¿Hasta qué punto es <S> limpio/a y ordenado/a en el espacio donde vive?*

Escala de oportunidad

2 No hay personal de limpieza.

1 Hay personal de limpieza pero se espera que la persona mantenga limpia su zona de la cama y armario.

0 Hay personal de limpieza. No se espera que la persona mantenga limpia su zona de la cama y armario.

Escala de realización de actividades

4 Completamente independiente. Limpia y ordena su espacio personal. Mantiene un nivel correcto de limpieza.

3 Parcialmente independiente al limpiar su espacio personal. Necesita que se le recuerde en ocasiones o está por debajo del nivel normal de limpieza (menos de cuatro veces al mes).

2 Se le recuerda frecuentemente que mantenga un nivel correcto de limpieza (más de cuatro veces al mes, pero no a diario) si no, se descuida.

1 Se le sugiere a diario que cuide su espacio personal (si no, muestra muchos descuidos).

0 No ordena su espacio personal.

Habilidades Domésticas

9 Desconocido.

17. CUIDADO DE SU CASA O ZONAS COMUNES

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente al hacer las tareas domésticas generales?*

Escala de oportunidad

- 2 Vive en la comunidad y tiene la oportunidad de hacer tareas domésticas.
- 1 Vive en el hospital o en residencias asistidas y tiene la oportunidad de hacer tareas domésticas.
- 0 Ninguna oportunidad de hacer tareas domésticas (Ej. las normas del alojamiento lo impiden).

Escala de realización de actividades

- 4 Completamente independiente para mantener limpia la casa o comparte las tareas domésticas comunes. Ninguna ayuda de nadie del personal o familia.
- 3 Parcialmente independiente en la limpieza de la casa. Hace una tarea particular en la casa. Si vive independientemente, pequeños problemas con el nivel de limpieza y el orden. Ninguna ayuda del personal / familiar.
- 2 En ocasiones necesita que se le recuerde que haga las tareas domésticas, (menos de cuatro veces al mes) si no, se descuida.
- 1 Rara vez ayuda en las tareas domésticas o frecuentemente se le sugiere que lo haga. Si no, signos de gran descuido.
- 0 No hace ni comparte tareas domésticas.
- 9 Desconocido.

Habilidades Comunitarias

18. USO DEL TRANSPORTE PÚBLICO

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente al utilizar el transporte público?*

Escala de oportunidad

2 Alojamiento abierto.

1 Alojamiento cerrado pero esta persona en concreto es libre de salir, o alojamiento abierto, pero esta persona en concreto tiene que informar al personal / familiar si sale.

0 Alojamiento cerrado para impedir que salga esta persona, o sólo se le permite salir acompañada o discapacitada y necesita ayuda física.

Escala de realización de actividades

4 Utiliza diferentes transportes públicos con total independencia. Puede ir a lugares que no le son familiares en transporte público.

3 Usa el transporte regularmente de forma independiente en líneas conocidas.

2 Usa el transporte público independientemente para ir sólo a un sitio concreto y conocido.

1 Es acompañado/a cuando utiliza el transporte público o usa transporte asistido.

0 Nunca usa el transporte público independientemente. Resistencia y dificultad incluso con compañía.

9 Desconocido.

19. USO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

(Sanitarios y sociales: médico general, dentista, seguridad social, vivienda y otros servicios sociales).

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para utilizar los servicios asistenciales (sanitarios y sociales)?*

Escala de oportunidad

2 Se espera que concierte todas las citas.

1 Algunas de las citas tienen que hacerse a través del personal /familiar.

0 Todas las citas las tienen que concertar el personal /familiar

Escala de realización de actividades

- 4 Usa los servicios arriba mencionados bien y con total independencia.
- 3 Usa algunos servicios independientemente pero necesita ayuda con otros (Ej. cumplimentar formularios más complejos).
- 2 Es ayudado/a para ponerse en contacto con los servicios apropiados (Ej. pedir cita, cumplimentar formularios). Puede verbalizar sus necesidades al personal/ familiares. Si no se le ofrece ayuda, muestra dificultades en el manejo personal (Ej. fracaso en conseguir la ayuda social, problemas de salud no atendidos).
- 1 Siempre recibe ayuda para contactar con los servicios apropiados. Escasa habilidad para reconocer y verbalizar necesidades, o se niega a utilizar los servicios a pesar de necesitarlos.
- 0 No intenta comunicar espontáneamente las necesidades que tiene de estos servicios.
- 9 Desconocido.

20. UTILIZACIÓN DE LOS LOCALES Y SERVICIOS PÚBLICOS

(Se valora biblioteca, parques, bancos, oficinas de correo, bares, restaurantes, cines, teatros, club sociales, clases nocturnas, instalaciones deportivas, iglesia, etc.)

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para utilizar los locales o servicios públicos?*

Escala de oportunidad

- 2 Alojamiento abierto o residencia.
- 1 Alojamiento cerrado pero esta persona en concreto es libre para salir, o alojamiento abierto pero esta persona en concreto tiene que informar al personal/ familiar si sale.
- 0 Alojamiento cerrado para impedir que salga esta persona, o sólo se le permite salir acompañada, o incapacitada y necesita ayuda física.

Escala de realización de actividades

- 4 Usa diferentes locales y servicios públicos independientemente y con alguna regularidad.
- 3 Usa uno regularmente (Ej. oficina de correos) u otros ocasionalmente (menos de cuatro veces al mes).
- 2 Usa uno sólo si se le propone. Si se le deja rara vez usa servicios locales o

Habilidades Comunitarias

públicos (una vez al mes).

- 1 Usa los locales o servicios públicos acompañado/a.
- 0 Nunca usa ninguno de los arriba mencionados.
- 9 Desconocido.

21. USO DEL DINERO O CAPACIDAD DE CONTROLAR SU PRESUPUESTO

(Se valora la administración del dinero sin tener en cuenta la fuente de ingresos)

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para administrar su dinero?*

Escala de oportunidad

2 Se le paga el dinero a través de su propia cuenta bancaria, fuera del hospital o residencia y paga sus propias facturas.

1 Se le paga el dinero en su cuenta personal, dentro de la institución. Pago de facturas deducido antes de que lo reciba.

0 Recibe un paquete (Ej. un paquete que contiene productos personales como elementos de aseo, caramelos).

Escala de realización de actividades

4 Administra su economía independientemente.

3 Independiente. Ocasionalmente escasez de dinero pero no presenta problemas importantes.

2 Para controlar el dinero tiene una asignación semanal.

1 Para controlar el dinero tiene una asignación diaria o pequeñas sumas de dinero cada vez.

0 Tiene problemas importantes con el concepto dinero o administración. El dinero es administrado totalmente por el personal/ familiares. O no tiene interés en el uso de dinero.

9 Desconocido.

Actividad y Relaciones Sociales

22. OCUPACIÓN DIARIA

(Se valora el grado en que se involucra en actividades instrumentales, excluyendo las que no tienen un objetivo). (Tener en cuenta la edad y situación).

P. *¿Hasta qué punto es <S> una persona activa y resuelta en sus tareas diarias?*

Escala de oportunidad

2 Alojamiento o residencia abierta. / 1 Alojamiento cerrado.

Escala de realización de actividades

4 Se mantiene apropiadamente activo/a (tiene un trabajo, trabaja como voluntario/a o asiste a algún servicio social de día sin estímulo o está involucrado/a en actividades domésticas).

3 Se mantiene activo/a parte del tiempo (como se menciona arriba pero con periodos ocasionales de inactividad).

2 Se le sugiere ocasionalmente que realice alguna actividad de este tipo, si no se intenta modificar su comportamiento, muestra periodos frecuentes de inactividad (50% del tiempo).

1 Se le sugiere frecuentemente que realice alguna actividad que tenga propósito, si no se modifica el comportamiento muestra diariamente periodos prologados de inactividad.

0 Muy difícil de ocupar. No hace nada la mayor parte del tiempo.

9 Desconocido

23. ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

P. *¿Cómo pasa <S> su tiempo libre? ¿Realiza alguna actividad de ocio?*

Escala de oportunidad

2 Alojamiento o residencia abierta. / 1 Alojamiento cerrado.

Escala de realización de actividades

4 Sigue actividades de ocio tanto individuales como de grupo sin que haya que estimularle regularmente (visitas, salidas con amigos/as).

3 Se une a actividades de ocio tanto individuales como de grupo (charlando con la gente, saliendo con otros) pero necesita que le estimule para algunas actividades.

2 Sigue actividades de ocio individuales (Ej. leer, ver la televisión, oír la radio, pasear).

1 Participa en actividades en solitario sólo cuando se le sugieren. Ninguna actividad de grupo.

0 Dificultad para interesarle o engancharle en algo. Pasa el tiempo libre sin hacer nada.

9 Desconocido

24. SOCIABILIDAD

(Se valora la frecuencia y el nivel de relación con otras personas)

P. *¿Hasta qué punto es <S> sociable? ¿Busca la compañía de otras personas?*

Escala de oportunidad

2 Alojamiento o residencia abierta. / 1 Alojamiento cerrado.

Escala de realización de actividades

4 Mantiene espontáneamente contacto con parientes, amistades o personas conocidas. Se relaciona bien con los demás. Busca compañía.

3 Mantiene contacto con varios/as amigos/as, conocidos/as o parientes. Se relaciona superficialmente con otras personas con las que tiene contacto diario.

2 Se relaciona con pocas personas conocidas. Abierto a los acercamientos sociales de otros pero no busca compañía.

1 Solitario/a, aislado/a o introvertido/a. Raramente se acerca a otras personas.

0 Extremadamente aislado/a o introvertido/a. Rechaza los acercamientos sociales.

9 Desconocido.

25. CONSIDERACIÓN Y PREOCUPACIÓN POR OTRAS PERSONAS

(Se valora comunicación verbal y no verbal)

P. *¿Qué consideración y preocupación muestra <S> por otras personas?*

(Ej. si un/a miembro del personal/familiar o un/a compañero/a está enfermo/a ¿se preocupa?).

Escala de oportunidad: 2 Para todas las personas residentes.

Escala de realización de actividades

- 4 Muestra consideración y preocupación por otras personas.
- 3 A veces muestra consideración y preocupación por otros/a pero es inconsistente.
- 2 Muestra algo de consideración y preocupación por otros/a.
- 1 Difícilmente muestra cualquier consideración y preocupación por otros/a.
- 0 No muestra consideración o preocupación . / 9 Desconocido

26. PRESTAR AUXILIO EN UNA EMERGENCIA

P. Considerar una emergencia doméstica (Ej. desmayo de un compañero/a o familiar, fuego en la cocina, reventón de una tubería) *¿Cómo respondería <S> ante esta situación?*

Escala de oportunidad

- 2 Para la mayoría de las personas residentes / 1 Incapacitados/as, necesitan ayuda física.

Escala de realización de actividades

- 4 Acción rápida y apropiada que conlleva una respuesta independiente inmediata y una petición de ayuda.
- 3 Demandaría ayuda, pero difícilmente iniciaría una acción autónoma.
- 2 Poco probable que busque ayuda.
- 1 Definitivamente no buscaría ayuda.
- 0 No buscaría ayuda, su comportamiento sería de obstrucción (Ej. no permitiría el acceso del servicio de emergencia).
- 9 Desconocido o imposibilidad de juzgar.

HABILIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA – BELS

Hoja de respuestas

Autocuidado		Oportunidad de independencia	Desempeño actual
1. Independencia de movimientos	1		
2. Despertarse y levantarse	2		
3. Vestirse	3		
4. Vuelta a casa por la noche	4		
5. Comidas	5		
6. Medicación	6		
7. Higiene personal	7		
8. Ropa	8		
9. Incontinencia	9		
10. Comportamiento en el cuarto de baño	10		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b
Habilidades Domésticas			
11. Preparación de comidas	11		
12. Preparación de comidas simples	12		
13. Compra de comestibles	13		
14. Compras	14		
15. Lavado de ropa	15		
16. Cuidado de espacio personal	16		
17. Cuidado de su casa o zonas comunes	17		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b
Habilidades Comunitarias			
18. Uso de transporte público	18		
19. Uso de servicios asistenciales	19		
20. Uso de los locales y servicios públicos	20		
21. Uso de dinero o capacidad de controlar su presupuesto	21		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b
Actividad y Relaciones Sociales			
22. Ocupación diaria	22		
23. Actividades de tiempo libre	23		
24. Sociabilidad	24		
25. Consideración y preocupación por otras personas	25		
26. Prestar auxilio en una emergencia	26		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b

Anexo 6. Test AUDIT

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca Una o menos veces al mes De 2 a 4 veces al mes De 2 a 3 veces a la semana Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	Una o 2 Tres o 4 Cinco o 6 De 7 a 9 Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de pararse a beber una vez había empezado?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordarlo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año

AUDIT.

Puntuación final:

Anexo 7. Escala de riesgo de violencia Plutchik

Escala de riesgo de violencia Plutchik

	NUNCA (0)	A VECES (1)	A MENUDO (2)	CASI SIEMPRE (3)
1. ¿Se enfada con facilidad?				
2. ¿Se enfada continuamente con la gente?				
3. ¿Se enfurece sin motivo?				
4. Cuando se enfada, ¿coge un arma?				
5. ¿Ha lastimado a alguien en alguna pelea?				
6. ¿Ha lastimado o atacado alguna vez a algún familiar?				
7. ¿Ha pegado alguna vez o atacado alguna vez a alguien que no sea familiar suyo?				
8. ¿Ha usado alguna vez un objeto para agredir a alguien?				
9. ¿Podría conseguir un arma con facilidad?				
10. ¿Cuántas veces ha sido Ud. detenido por delitos no violentos como irse de una tienda o falsificar documentos?				
11. ¿Cuántas veces ha sido Ud. detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta?				
			SI (1)	NO (0)
12. ¿Guarda o colecciona armas en su casa y sabe cómo utilizarlas?				

PUNTUACIÓN FINAL:

* Indicar si la alteración conductual ha ocurrido en contexto de:

1. Consumo de tóxicos
2. Descompensación psiquiátrica
3. Consumo de tóxicos y descompensación psiquiátrica
4. Ninguna de las anteriores

Anexo 8. Cuestionario sociodemográfico y clínico

CUESTIONARIO CLÍNICO Y SOCIODEMOGRÁFICO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Iniciales del participante:

Número de identificación / CIP:

Sexo:

Discapacidad: Sí ___ / No ___

DATOS DE NACIMIENTO

8. Fecha de nacimiento: ___/___/_____

9. País de nacimiento:

9.1. Si nacionalidad extranjera, indicar si posee permiso de residencia: 1. SÍ 2. NO

10. Población de nacimiento:

DATOS DOMICILIARIOS

11. Domicilio:

1. Piso Housing 2. Albergue 1as 3. Albergue 2as 4. Albergue 3as

5. Calle 6. Pensión 7. Piso Ayto. 8. Piso propio 9. Residencia 10. Otros

12. Indicar procedencia (calle/albergue/pensión):

13. Dirección:

13b. Vive solo: SÍ / NO / OTROS

14. Teléfono de contacto:

15. Estado civil: 1. Soltero/a 2. Casado/a - Pareja 3. Separado/a - Divorciado/a 4. Viúdo
5. Otros

16. Número de hijos: ___

DATOS PROFESIONALES

17. Estudios realizados (no contabilizar cursos):

1. Ninguno 2. Primarios incompletos 3. Primarios completos 4. Secundarios incompletos
5. Secundarios completos 6. Universitarios incompletos 7. Universitarios completos
8. Otros:

18. En el caso de no haber terminado los estudios obligatorios, indicar motivo:

1. Por enfermedad física 2. Por enfermedad psíquica 3. Por necesidades familiares

19. Ocupación:

1. Activo/a ocupado/a 2. Activo/a parado/a 3. Estudiante
4. Amo/a de casa 5. Jubilado/a 6. Trabajo protegido
7. Incapacidad laboral(especificar motivo físico-psíquico y fecha de inicio de la incapacidad):
8. Baja laboral (especificar motivo físico/psíquicos y fecha de inicio de la baja):
9. Otros:

19b. Último trabajo:

Duración:

20. Ingresos económicos:

Dispone de ingresos económicos mensuales. Especificar tipo (PNC,PIRMI, etc.):
Tiene posibilidad de conseguir ingresos económicos regulares.

DATOS CLÍNICOS

21. Eje I:

22. Eje I:

23. Eje I:

24. Eje II:

25. Comorbilidad médica:

1. No presenta 2. Respiratoria 3. Infecciosa 4. Digestiva 5. Inmunológica 6.
Hematológica-oncológica 7. Neurológica 8. Endocrino-metabólica 9.
Cardiovascular 10. Otros

Evolución de la enfermedad

26. Fecha de inicio de los primeros síntomas (similares a los del episodio actual):

27. Fecha del primer contacto con asistencia médica:

28. Fecha del primer contacto con asistencia psiquiátrica:

29. Fecha del primer ingreso psiquiátrico:

30. Número de intentos de suicidio durante el último año:

Si es mujer:

31. Edad de menarquia:

32. Edad de menopausia:

33. ¿Toma tratamiento hormonal?

1. No 2. Anticonceptivos 3. Tto. hormonal sustitutivo 4. Otros

Situación del tratamiento:

34. Cumplimiento de visitas médicas:

1. Alto 2. Medio 3. Moderado 4. Bajo 5. No realiza
seguimiento

1) Alto: usuario que acude con regularidad a las visitas.

2) Medio: usuario que falta ocasionalmente a alguna visita o que no acude a los recursos sociocomunitarios recomendados.

3) Moderado: usuario que falta a más del 30% de las visitas.

4) Bajo: usuario sin vinculación o vinculación muy pobre con el CSM.

35. Antecedentes psiquiátricos o de dependencia de sustancias en familiares de primer o segundo grado:

1. Sí 2. No

En caso afirmativo, indicar:

Patología:

1. Esquizofrenia 2. Tr. Bipolar 3. Dependencia enólica 4. Dependencia
tóxicos 5. Tr. Depresivo 6. Suicidio de familiar

Parentesco:

36. GAF:

37. Motivo de sinhogarismo:

1. Fallecimiento de familiar 2. Pérdida laboral 3. Enf. Orgánica 4.
Migración

5. Adicciones 6. Separación familiar 7. Pérdida de vivienda 8. Enf.
psíquica

9. Insuficiencia recursos económicos

38. Antecedentes judiciales:

1. Sí. Si es así, ¿cuáles?

1. Causas pendientes 2. Calabozo 3. Prisión 4. Multa

2. No

Anexo 9. Cuestionario sobre utilización de servicios

Cuestionario sobre utilización de servicios (elaboración propia)

Este cuestionario ha sido diseñado para recoger y describir todos los servicios psiquiátricos y sanitarios que recibe o es beneficiario el usuario incluido en el estudio.

Administración inicial

Indicar si el encuestado participa en el grupo experimental o grupo control:

Grupo Experimental

Grupo Control

VISITAS AMBULATORIAS último año

CENTRO	PERSONAL	Nº VISITAS
CSM	Psiquiatría	
	Enfermería	
	Psicología	
	Trabajo Social	
Otros centros ambulatorios (especificar):		

SERVICIOS HOSPITALARIOS PSIQUIÁTRICOS último año

CENTRO	Nº INGRESOS	DÍAS TOTALES ANUALES DE ESTANCIA
Urgencias (anotar nº visitas)		
Unidad de Agudos de Psiquiatría (Hospital General)		
Unidad de Agudos de Psiquiatría (Hospital Psiquiátrico)		
Unidad Subagudos		
SERPI		
Hospital de Día		
Otros		

SERVICIOS MÉDICOS último año

SERVICIO	Nº INGRESOS	Nº VISITAS
Visitas Medicina de Familia		
Visitas Médico/a Especialista (Indicar motivo consulta)		
Visitas a urgencias médicas. Indicar motivo: - autolesión, enfermedad orgánica , etc. - en caso de autolesión: indicar si el motivo es consumo de alcohol/tóxicos.		

Ingresos hospitalarios (Indicar nº días estancia)		
---	--	--

SERVICIOS DE TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS último año

SERVICIO	Nº INGRESOS	Nº VISITAS
Visitas CASD		
Visitas Salas de Venopunción		
Visitas Centros de Prevención de Drogas		
Grupos de Autoayuda / Alcohólicos Anónimos		
Ingresos Comunidad Terapéutica		
Ingresos Unidad de Patología Dual		
Ingresos Unidad Desintoxicación		

Anexo 10. Escala CANSAS.

Escala CANSAS (item 14)

¿NECESITA LA PERSONA AYUDA PARA EL CONTACTO SOCIAL? ¿Se siente a menudo solo? ¿Le gustaría tener más contactos con otros?

0 = SIN PROBLEMA Ej. Capaz de mantener suficientes contactos con otros, tiene suficientes amigos

1 = SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA Ej. Asiste de forma apropiada a club social o centro de día

2 = PROBLEMA GRAVE. Ej. Frecuentemente se sienten solos y aislados

9 = DESCONOCIDO.

Anexo 11. Cuestionario sobre utilización de tóxicos

TÓXICO	No consumo	No sabe / no contesta	Consumo esporádico (ocasional) Indicar fecha inicio / fin	Consumo frecuente (semanal) Indicar fecha inicio / fin	Consumo diario Unidades / UBE Indicar fecha inicio / fin	Consumo actual
1. Alcohol						1. SI. Indicar cantidad: 2. NO
2. Cannabis						1. SI. Indicar cantidad: 2. NO
3. Cocaína						1. SI. Indicar cantidad: 2. NO
4. Sedantes (BZD)						1. SI. Indicar cantidad: 2. NO
5. Estimulantes (speed, anfetaminas)						1. SI. Indicar cantidad: 2. NO
6. Opiáceos						1. SI. Indicar cantidad: 2. NO
7. Alucinógenos (LSD)						1. SI. Indicar cantidad: 2. NO
8. Otros: indicar cuales.						1. SI. Indicar cantidad: 2. NO

Anexo 12. Cuestionario descriptivo del tratamiento farmacológico

Anexo 13. Certificado del Comité de Ética e Investigación Clínica

CEIC Fundació Sant Joan de Déu

Dr. Pablo Ferrer Salvans
Secretario del CEIC Fundació Sant Joan de Déu

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Fundació Sant Joan de Déu en su reunión del día 17/09/2015, ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Título: "Evaluación de la efectividad del tratamiento asertivo comunitario dirigido a personas con trastorno mental severo usuarias del programa Housing First"

Código Interno: PIC-130-15

IP: Sra. Inés Campo (PSSJD. Enfermera)

Considera que:

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

3º. Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEIC/Centros por los Investigadores:

CEIC Fundació Sant Joan de Déu

Sra. Inés Campo
Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Lo que firmo en Esplugues de Llobregat, a 8 de octubre de 2015

Fdo:



Fundació
Sant
Joan
de Déu
Comité Ètic d'Investigació Clínica

Dr. Pablo Ferrer Salvans
Secretario del CEIC Fundació Sant Joan de Déu

Anexo 14. Hoja informativa para el participante.



Unidad de Recerca

HOJA INFORMATIVA

Apreciado/a Señor / Señora,

Le proponemos participar en un estudio que tiene como **objetivo** demostrar de qué manera se puede ayudar a las personas que han pasado por circunstancias difíciles como encontrarse en situación de sin hogar y ser usuarios de albergues o pensiones en la ciudad de Barcelona.

Las preguntas que se le harán están relacionadas con datos socio-demográficos (edad, nacionalidad, estado civil, estudios realizados, profesión, ingresos económicos), habilidades de la vida diaria (preguntas sobre la rutina diaria) y cuestiones de salud.

Antes de confirmar su participación en el estudio, es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea con atención este documento y haga todas las preguntas que considere oportunas. El estudio está financiado por Parc Sanitari Sant Joan de Déu y Ajuntament de Barcelona.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

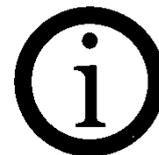
Su participación es totalmente voluntaria. La negativa a participar en la investigación no tendrá ninguna repercusión en su tratamiento. En cualquier caso, participe o no en el estudio, seguirá recibiendo las visitas habituales.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN

Usted será informado sobre el estudio y se le pedirá su consentimiento informado por escrito. Si usted accede a colaborar en este estudio, debe saber que serán utilizados algunos datos sobre su salud.

El estudio implica 03 sesiones de evaluación que se realizarán a la vinculación al programa, 9 y 18 meses. Le serán entregados una serie de cuestionarios y escalas sobre características socio-demográficas, sintomatología, habilidades de la vida diaria y consumo de alcohol/tóxicos.

Estas exploraciones no son dolorosas.



BENEFICIOS Y RIESGOS

Puede ser que en su caso, no reciba ningún beneficio directo por el hecho de participar en el estudio. En el caso de que los datos pudieran proporcionarle un potencial beneficio le será comunicado siempre que antes no haya manifestado su deseo de no recibir este tipo de información. Debe saber que del estudio se obtendrá información de gran interés científico para mejorar la situación de las personas que han pasado por circunstancias difíciles como las mencionadas al principio de esta hoja informativa. Usted no corre ningún riesgo esperado derivado de la participación en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD

Se garantiza la confidencialidad de los datos personales. Los resultados del estudio se almacenarán en archivos específicos creados específicamente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente. Ningún dato médico personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona que no sea su médico, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad médico-paciente. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por los investigadores del estudio y ser presentados en congresos nacionales e internacionales, así como publicados en revistas científicas, sin que consten los datos personales de los participantes. Si usted desea, y una vez finalizado el estudio, le informaremos sobre los resultados obtenidos y el significado científico.

En cualquier momento podrá ejercer sus derechos, solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión en el estudio. Su petición será atendida de forma inmediata.

PREGUNTAS / INFORMACIÓN

Si desea hacer una pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda por cualquier problema de salud relacionado con el estudio, por favor, no dude en ponerse en contacto con el investigador/a principal del estudio:

Enfermera especialista en Salud Mental: Inés Campo Ferreiro. Teléfono: 717 715276.

La investigadora le agradece su inestimable colaboración.

Anexo 15. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Nombre _____

Apellidos _____

Edad _____ DNI / NIE _____

Dirección _____

DECLARO: que la enfermera especialista en salud mental Inés Campo Ferreiro, colegiada número 57008 en el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, me ha propuesto participar en el estudio sobre salud mental de los participantes del Proyecto Primer la Llar de Barcelona y después de recibir la información correspondiente, manifiesto que:

He recibido la hoja informativa y he comprendido la información sobre el estudio en que participaré.

He sido informado/a de las implicaciones derivadas de la participación.

Soy consciente que mi participación es voluntaria y me puedo retirar en el momento que decida sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mi atención.

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y el artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004, declaro haber sido informado/a de que mis datos formarán parte de un fichero de titularidad del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) y de que su finalidad es la utilización para investigación clínica. Parc Sanitari le informa que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la LOPD, por ejemplo: solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión en el estudio. Su petición será atendida de forma inmediata. El Parc Sanitari Sant Joan de Déu compartirá los datos obtenidos, si es necesario, con los miembros del Departamento de atención a personas vulnerables del Ayuntamiento de Barcelona.



Unidad de Recerca

He entendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y la enfermera que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

SI
NO

DOY MI CONSENTIMIENTO para participar en el estudio sobre Estado de Salud Mental de los participantes del Proyecto Primer la Llar de Barcelona.

Barcelona, ___ de _____ de 20__

Firma del paciente
DNI

Firma de la enfermera
colegiada
DNI

