

Caracterización sociodemográfica en dispositivos de rehabilitación psicosocial para personas con trastorno mental grave

Sociodemographic characterization in psychosocial rehabilitation services for people with severe mental disorder

Resumen

Introducción: el paradigma de recuperación y el enfoque de derechos sostienen que el acceso a la vida comunitaria no debería depender del soporte familiar disponible. Sin embargo, persiste la hipótesis de que el capital social actúa como criterio implícito en la asignación de recursos de rehabilitación psicosocial para personas con trastorno mental grave. Método: estudio observacional, descriptivo y transversal basado en la revisión de 160 historias clínicas del Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial (Creap) ubicado en Valencia (España). Los participantes se distribuyeron en tres modalidades: ambulatoria (n = 54), residencial (n = 53) y centro de día (n = 53). Se aplicaron ANOVA y pruebas Chi-cuadrado. Resultados: la muestra presentó predominio masculino (71,3 %) y edad media de 40,5 años. La estructura de convivencia mostró la asociación más significativa con el tipo de recurso ($p = ,002$; $V = ,324$): el grupo residencial se asoció con institucionalización previa, mientras que el ambulatorio con convivencia familiar. No se observaron diferencias en edad ni sexo. Discusión: los resultados sugieren que la asignación al recurso residencial se vincula con indicadores de menor capital social, lo que plantea interrogantes desde el enfoque de derechos sobre la equidad en el acceso a alternativas de vida comunitaria.

Palabras clave

Creap, Imsero, trastorno mental grave, rehabilitación psicosocial, determinantes sociales.

Abstract

Introduction: the recovery paradigm and the rights-based approach hold that access to community living should not depend on available family support. However, the hypothesis persists that social capital acts as an implicit criterion in psychosocial rehabilitation resource allocation for people with severe mental disorder (SMD). Method: observational, descriptive, cross-sectional study based on a review of 160 clinical records from the State Reference Centre for Psychosocial Care (Creap) located in Valencia (Spain). Participants were distributed across three modalities: outpatient (n = 54), residential (n = 53), and day centre (n = 53). ANOVA and Chi-square tests were applied to examine group differences. Results: the sample showed a male predominance (71.3%) and mean age of 40.5 years. Living arrangement showed the strongest association with resource type ($p = .002$; $V = .324$): the residential group was associated with prior institutionalisation, while outpatient care was associated with family cohabitation. No differences were found by age or sex. Discussion: Results suggest that residential resource allocation is linked to indicators of lower social capital, raising questions from a rights-based perspective regarding equity in access to community living alternatives.

Keywords

Creap, Imsero, severe mental disorder, psychosocial rehabilitation, social determinants.

Jorge Marredo Rosa

<jorgemarredo.externo@imsero.es>

Creap-Imsero, Grupo 5 Acción y Gestión Social S.A.U. España



Para citar:

Marredo Rosa, J. (2026). Caracterización sociodemográfica en dispositivos de rehabilitación psicosocial para personas con trastorno mental grave. *Revista Española de Discapacidad*, 14(1), 217-233.

Doi: <<https://doi.org/10.5569/2340-5104.14.01.10>>

Fecha de recepción: 16-12-2025

Fecha de aceptación: 07-05-2026



1. Introducción¹

El trastorno mental grave constituye uno de los principales retos para los sistemas de salud pública contemporáneos y representa una prioridad en las agendas de políticas de discapacidad a nivel internacional. A escala global, se estima que más de mil millones de personas viven actualmente con algún trastorno mental, con una contribución muy elevada a los años vividos con discapacidad y a la carga global de enfermedad (WHO, 2022, 2025; Wu et al., 2023). Dentro de este conjunto, el subgrupo de trastorno mental grave, que incluye fundamentalmente esquizofrenia, trastorno bipolar y otros trastornos psicóticos, presenta una carga aún más desproporcionada, con un exceso de mortalidad que reduce la esperanza de vida entre 10 y 20 años respecto a la población general (Liu et al., 2017). En España, el *Informe anual del Sistema Nacional de Salud* indica que más de un tercio de la población (34,3 %) ha presentado a lo largo de su vida algún trastorno mental o del comportamiento, situando la salud mental entre los principales problemas de salud pública del país (Ministerio de Sanidad, 2024). A partir de estudios poblacionales en países de renta alta, se ha estimado que alrededor del 2-3 % de la población adulta presenta un trastorno mental grave (Pratt, 2012), mientras que revisiones sistemáticas sobre trastornos psicóticos sitúan su prevalencia en torno a 3,9-4,6 casos por 1000 habitantes (Moreno-Küstner et al., 2018). En una parte de estos casos, el trastorno mental grave se asocia con discapacidad psicosocial y con necesidades de apoyos para la vida independiente y la participación comunitaria.

Desde la aprobación de la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* de Naciones Unidas en 2006 (en adelante, la Convención), el abordaje del trastorno mental grave ha experimentado una transformación paradigmática. Su artículo 19 reconoce el derecho de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial derivada de problemas de salud mental, a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, con la libertad de elegir dónde y con quién vivir, sin verse obligadas a residir en un tipo particular de alojamiento (ONU, 2006).

Este marco normativo ha impulsado procesos de desinstitucionalización y el desarrollo de alternativas comunitarias de vivienda y apoyo en numerosos países (Hernández Monsalve, 2011; Slade et al., 2014; Uriarte Uriarte, 2007). Sin embargo, persisten importantes brechas entre los principios de la Convención y la realidad asistencial, especialmente en el acceso equitativo a recursos residenciales y comunitarios para personas con trastorno mental grave (WHO, 2021).

Resulta pertinente, en este punto, realizar una aclaración terminológica. La categoría de “trastorno mental grave” proviene de una tradición biomédica y epidemiológica que puede entrar en tensión con el modelo social propuesto por la Convención y con categorías como “sufrimiento psíquico” (Augsburger, 2002) o “discapacidad psicosocial”. Como señala la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas (2017), el enfoque de derechos exige desplazar el foco del déficit individual hacia las barreras del entorno. No obstante, en el presente estudio hemos optado por mantener la nomenclatura de trastorno mental grave por ser la terminología oficial empleada por el sistema de salud y los servicios sociales españoles para la derivación y clasificación en los dispositivos estudiados. El objetivo, sin embargo, es trascender esta etiqueta clínica para explorar cómo las variables relacionales y de capital social se asocian con los itinerarios asistenciales.

¹ El autor desea expresar su agradecimiento al Doctor Daniel Navarro-Bayón por su revisión crítica del manuscrito y sus valiosas aportaciones conceptuales, que han contribuido a enriquecer tanto el marco interpretativo de los resultados como las implicaciones prácticas del estudio.

En paralelo al desarrollo del marco de derechos, el campo de la rehabilitación psicosocial ha consolidado el paradigma de recuperación (*recovery*) como eje vertebrador de las intervenciones. Frente al modelo tradicional, centrado en la remisión sintomática, el concepto de recuperación personal, introducido por Anthony (1993), enfatiza la posibilidad de desarrollar una vida significativa y satisfactoria más allá de la enfermedad, con o sin presencia de síntomas. Trabajos posteriores han identificado los procesos centrales que facilitan la recuperación, sintetizados en el marco CHIME: conexión (*Connectedness*), esperanza (*Hope*), identidad (*Identity*), significado (*Meaning*) y empoderamiento (*Empowerment*) (Leamy et al., 2011; Shepherd et al., 2008). Un principio fundamental del paradigma de recuperación es que esta es posible independientemente del nivel de apoyo familiar disponible, lo que cuestiona las prácticas de asignación de recursos que condicionan el acceso a alternativas comunitarias a la existencia de soporte informal.

La comprensión actual del trastorno mental grave se fundamenta en marcos teóricos que integran factores biológicos, psicológicos y sociales. El modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977; Nuechterlein y Dawson, 1984) propone que la aparición y el curso de los trastornos psicóticos resultan de la interacción entre una vulnerabilidad individual (genética, neurobiológica) y factores de estrés ambiental, modulados por variables protectoras como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social.

Este modelo se complementa con la *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)* de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), que proporciona un marco biopsicosocial para conceptualizar la discapacidad como resultado de la interacción entre condiciones de salud, factores personales y factores contextuales.

Desde esta perspectiva, resulta pertinente analizar cómo los factores contextuales, particularmente la estructura de convivencia y el capital social disponible, se asocian con las trayectorias asistenciales de las personas con trastorno mental grave. Este foco no implica negar la relevancia clínica, sino delimitar deliberadamente el análisis en los determinantes sociales y relacionales.

La literatura reciente ha consolidado el peso de los determinantes sociales de la salud —vivienda, pobreza, empleo, discriminación estructural y red de apoyo informal— en la génesis, el mantenimiento y el curso de los trastornos mentales (Alegría et al., 2018, 2023; Jeste et al., 2025). En este marco, el componente relacional puede conceptualizarse mediante la noción de «capital social», entendida como el conjunto de recursos accesibles a través de redes de confianza, reciprocidad y participación cívica (Ehsan et al., 2019; Kawachi y Berkman, 2001). En el ámbito del trastorno mental grave, la disponibilidad y calidad del apoyo social —especialmente familiar y comunitario— se ha asociado con mejor funcionamiento psicosocial, mayor participación comunitaria y menor riesgo de recaídas (Chronister et al., 2015, 2021). Sin embargo, como han señalado Webber y Fendt-Newlin (2017), las personas con trastorno mental grave frecuentemente experimentan un empobrecimiento de estos recursos relacionales como consecuencia del propio trastorno (aislamiento, deterioro relacional) y del estigma asociado, lo que genera una paradoja: quienes más necesitan apoyos comunitarios son precisamente quienes disponen de menos recursos relacionales para acceder a ellos.

En el contexto español, la *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026* y los documentos de evaluación de estrategias previas subrayan la elevada carga de sufrimiento y discapacidad asociada al trastorno mental grave, así como la necesidad de reforzar los dispositivos de rehabilitación psicosocial y las intervenciones comunitarias orientadas a la recuperación; asimismo, los análisis por comunidades autónomas muestran una variabilidad relevante en la morbilidad probable de trastorno mental atendida en atención primaria (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, 2010; Ministerio de Sanidad, 2022).

A pesar de los avances normativos y conceptuales, persiste la sospecha de que el capital social de la persona con trastorno mental grave —especialmente la disponibilidad de un entorno sociofamiliar de apoyo estable— podría estar operando como criterio implícito para la derivación a recursos residenciales frente a dispositivos diurnos o ambulatorios, configurando una forma de «triaje social» poco explícita y, potencialmente, generadora de inequidades. Este fenómeno resulta problemático desde el paradigma de recuperación, que sostiene que la ausencia de apoyo familiar no debería constituir un obstáculo para el acceso a la vida comunitaria, sino una indicación para proporcionar apoyos formales que compensen dicha carencia (Slade, 2009).

Dado el carácter observacional del estudio, el objetivo es examinar asociaciones y generar hipótesis, no establecer relaciones causales. La pregunta que guía la investigación es: ¿de qué manera las diferencias en el capital social y en la estructura de convivencia se asocian con la asignación de recursos a lo largo del continuo residencial-diurno-ambulatorio?

La literatura internacional ofrece todavía pocos estudios que cuantifiquen la asociación comparada de variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo) y de convivencia (vivir solo, en familia nuclear, en familia extensa u otras formas de alojamiento) con dicha asignación. Esta evidencia resulta especialmente escasa en el contexto español.

El Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave (Creap) situado en Valencia (España), creado por la Orden SSI/2416/2014 como centro de alta especialización en prevención, promoción de la autonomía personal y rehabilitación psicosocial (González Cases y Rodríguez González, 2010), constituye un observatorio privilegiado para examinar estas dinámicas, al integrar en una misma institución programas de atención ambulatoria, diurna y residencial. Debe considerarse que, por tratarse de un centro de referencia estatal, la muestra puede reflejar mayor complejidad clínica y social, lo que limita la extrapolación directa a dispositivos ordinarios. El presente estudio utiliza los datos asistenciales del Creap para caracterizar y comparar los perfiles sociodemográficos —edad, sexo, nivel educativo y estructura de convivencia— de las personas con trastorno mental grave atendidas en los tres niveles asistenciales.

De forma específica, los objetivos del estudio son: (a) analizar la asociación entre la estructura de convivencia previa y la modalidad de recurso asignado, explorando si esta variable muestra una asociación más fuerte que características demográficas como la edad; (b) analizar la distribución por sexo en los distintos dispositivos de rehabilitación psicosocial e interpretar las desigualdades observadas desde la perspectiva de género; y (c) generar evidencia descriptiva que contribuya al debate sobre los criterios de asignación de recursos en la red de rehabilitación psicosocial, en coherencia con los principios de la recuperación personal y el derecho a la vida independiente reconocido en la Convención. Los resultados se presentarán indicando el n válido por variable, calculando porcentajes sobre los casos con registro disponible.

2. Método

2.1. Diseño del estudio

Este trabajo adopta un diseño observacional, descriptivo y transversal, basado en la revisión retrospectiva de registros clínicos y administrativos. El análisis se orientó a examinar asociaciones entre variables sociodemográficas y de convivencia y la modalidad de atención recibida (ambulatoria, diurna o residencial), sin establecer inferencias causales. El diseño sigue las directrices de la declaración STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), un conjunto de recomendaciones internacionales que garantizan la transparencia y la calidad metodológica en la comunicación de estudios observacionales (von Elm et al., 2007).

2.2. Participantes y entorno

El estudio se desarrolló en el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave (Creap) de Valencia (España), dependiente del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero). Se analizaron datos correspondientes al período comprendido entre septiembre de 2023 y septiembre de 2025.

Criterios de inclusión. Se incluyeron todas las personas que: (a) contaban con diagnóstico de trastorno mental grave según criterios CIE-10 (categorías F20-F29: trastornos psicóticos; F30-F31: trastorno bipolar; u otros trastornos con afectación funcional severa y persistente); (b) habían sido atendidas en alguna de las tres modalidades asistenciales del Creap durante el período de estudio; y (c) disponían de información registrada para, al menos, las variables sociodemográficas básicas (edad y sexo).

Criterios de exclusión. Se excluyeron los registros correspondientes a personas atendidas de forma puntual sin adscripción a un programa específico, así como aquellos con información insuficiente para la clasificación del perfil asistencial o con ausencia de las variables sociodemográficas básicas (edad y sexo). Se identificaron inicialmente 161 registros que cumplían los criterios diagnósticos y de atención en el período; sin embargo, se excluyó un caso del grupo ambulatorio por ausencia de datos en la variable edad. La muestra final incluyó 160 personas (N = 160). Para los análisis comparativos por modalidad asistencial se utilizaron estos 160 casos, distribuidos en tres grupos:

- **Atención ambulatoria** (n = 54): personas que residen en la comunidad y acuden al centro para intervenciones programadas.
- **Atención residencial** (n = 53): personas en régimen de alojamiento supervisado.
- **Centro de día** (n = 53): personas con asistencia diurna estructurada.

El Creap, como centro de referencia estatal de alta especialización, atiende a personas derivadas desde distintas comunidades autónomas que cumplen criterios de complejidad clínica y social. Esta característica debe considerarse al valorar la generalizabilidad de los resultados a otros contextos asistenciales.

2.3. Variables e instrumentos

Coherentemente con el enfoque de determinantes sociales adoptado en este trabajo, el estudio focalizó en variables sociodemográficas y de contexto relacional. Esta elección metodológica responde al objetivo de examinar las asociaciones entre los factores contextuales y la asignación de recursos, complementando así la investigación previa centrada predominantemente en variables clínicas. No se incluyeron medidas estandarizadas de gravedad sintomática o funcionamiento psicosocial, aspecto que se aborda en la sección de limitaciones.

El perfil asistencial (ambulatorio, residencial, centro de día) constituyó la variable de agrupación principal. Se recopilaban las siguientes variables sociodemográficas principales de forma retrospectiva a partir de los registros de ingreso:

- **Edad:** variable cuantitativa continua (años cumplidos en el momento de la adscripción al programa).
- **Sexo:** variable categórica dicotómica (hombre/mujer). Es importante señalar que los registros clínicos utilizados para este estudio retrospectivo recogen exclusivamente la variable biológico-administrativa del “sexo” asignado. Reconocemos la limitación que supone no disponer de datos sobre la identidad de género construida socialmente, lo cual restringe el alcance de nuestras interpretaciones sobre las desigualdades estructurales.
- **Nivel educativo:** variable ordinal con cinco categorías referidas al nivel máximo de estudios oficialmente finalizados (analfabetismo, estudios primarios/EGB, ESO/FP1, bachillerato/FP2, estudios universitarios).
- **Tipo de convivencia previa:** variable categórica que recoge la situación de convivencia en el momento previo a la incorporación al dispositivo (solo/a, familia de origen, familia propia, institución previa, piso compartido).

2.4. Procedimiento y análisis estadístico

Procedimiento de recogida de datos. La extracción de datos fue realizada por un miembro del equipo investigador a partir del sistema de información clínica del Creap. Se elaboró una base de datos anonimizada mediante codificación numérica. La calidad de los datos fue verificada mediante revisión de valores atípicos y consistencia interna de los registros.

Datos perdidos. La completitud de la información varió entre variables. Se registraron 11 casos con información incompleta en nivel educativo (6,9 %) y 12 casos en tipo de convivencia (7,5 %). Los análisis se realizaron sobre los casos con datos disponibles en cada variable (análisis por casos válidos), reportándose el tamaño muestral efectivo (n válido) en cada análisis y calculando porcentajes sobre los casos con registro.

Análisis estadístico. Los análisis por modalidad asistencial se realizaron sobre los casos con perfil asistencial registrado (n = 160), y el n válido varió según variable. Los análisis se ejecutaron con IBM SPSS Statistics versión 29.0. Se aplicaron técnicas descriptivas (medias, desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes) e inferenciales. La comparación de medias de edad entre los tres grupos se realizó mediante ANOVA de un factor; dada la heterogeneidad de varianzas detectada mediante el test de Levene, se aplicaron las pruebas robustas de Welch y el procedimiento *post-hoc* de Games-Howell. La normalidad de la distribución de edad en cada grupo fue verificada mediante la prueba de Shapiro-Wilk.

La asociación entre variables categóricas (sexo, nivel educativo, tipo de convivencia) y modalidad asistencial se evaluó mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2). El análisis de residuos tipificados corregidos permitió identificar las celdas con desviaciones significativas respecto a la distribución esperada bajo independencia. Se calculó el coeficiente V de Cramer como medida del tamaño del efecto. Cuando las frecuencias esperadas resultaron inferiores a 5 en más del 20 % de las celdas, se interpretaron los resultados con cautela y se reportó esta circunstancia.

El nivel de significación se estableció en $\alpha = ,05$ para todos los contrastes (Agresti, 2018; Field, 2018).

2.5. Consideraciones éticas

El estudio se realizó conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y la normativa vigente en materia de protección de datos personales (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre). Al tratarse de un análisis retrospectivo de registros asistenciales anonimizados con fines de investigación interna, la base de datos se codificó mediante identificadores numéricos y el acceso quedó restringido al equipo investigador.

Conflicto de intereses. El autor desarrolla su actividad profesional en el Creap a través de la entidad gestora Grupo 5 Acción y Gestión Social S.A.U. Esta vinculación institucional se declara potencial conflicto de interés, si bien el diseño del estudio, el análisis de datos y la interpretación de resultados se han realizado con independencia de criterio.

Financiación. Este estudio no ha recibido financiación específica. Se ha realizado en el marco de la actividad asistencial e investigadora ordinaria del Creap.

3. Resultados

3.1. Características sociodemográficas generales

La muestra final (N = 160) presentó una distribución equilibrada entre los tres dispositivos. En cuanto a la distribución por sexo, se observó un predominio masculino, con un 71,3 % (n = 114) de hombres frente a un 28,7 % (n = 46) de mujeres. La edad media global se situó en 40,54 años (DE = 12,19; IC 95 %: 38,64-42,44). Respecto al nivel educativo (n = 149; 11 casos sin información), el grupo mayoritario correspondió a personas con estudios primarios/EGB (49,0 %). La categoría de analfabetismo incluyó un único caso (0,7 %), que fue excluido de los análisis de nivel educativo por insuficiencia de frecuencia. La tabla 1 presenta las características sociodemográficas detalladas por modalidad asistencial.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra según modalidad asistencial

Variable	Total	Ambulatoria	Residencial	Centro día	Estadístico
<i>n</i>	160	54	53	53	
Edad, <i>M (DE)</i>	40,54 (12,19)	40,19 (11,92)	41,19 (11,79)	40,25 (13,04)	$F = 0,11$
Sexo, <i>n (%)</i>					$\chi^2 = 1,41$
Hombre	114 (71,3)	41 (75,9)	38 (71,7)	35 (66,0)	
Mujer	46 (28,8)	13 (24,1)	15 (28,3)	18 (34,0)	
Nivel educativo, <i>n (%)</i>					$\chi^2 = 13,60$
Primarios/EGB	73 (49,0)	17 (32,1)	29 (58,0)	27 (58,7)	
ESO/FP1	38 (25,5)	18 (34,0)	10 (20,0)	10 (21,7)	
Bachillerato/FP2	25 (16,8)	13 (24,5)	5 (10,0)	7 (15,2)	tabla
Universitarios	12 (8,1)	5 (9,4)	5 (10,0)	2 (4,3)	

Nota. M = media; DE = desviación estándar; IC 95 % = intervalo de confianza al 95 %.

^a *n* = 149 (11 casos sin información). Se excluye la categoría analfabetismo (*n* = 1) por insuficiencia de frecuencia.

Fuente: elaboración propia.

3.2. Análisis comparativo por perfil asistencial

Edad y sexo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad media entre los distintos dispositivos, $F(2, 157) = 0,112$, $p = ,894$, $\eta^2 = ,001$. Las pruebas robustas de Welch confirmaron este resultado, $F(2, 104,40) = 0,117$, $p = ,890$, indicando homogeneidad etaria entre las tres modalidades: atención residencial ($M = 41,19$, $DE = 11,79$), centro de día ($M = 40,25$, $DE = 13,04$) y atención ambulatoria ($M = 40,19$, $DE = 11,92$). El tamaño del efecto fue prácticamente nulo ($\eta^2 = ,001$). La distribución por sexo tampoco mostró asociación significativa con el tipo de recurso, $\chi^2(2) = 1,413$, $p = ,493$, $V = ,094$.

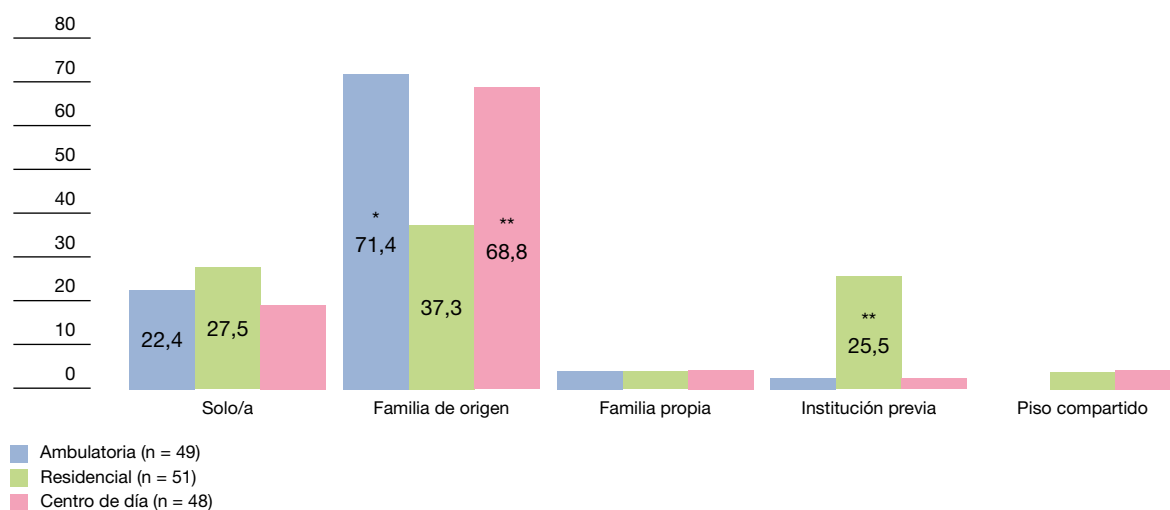
Nivel educativo. El análisis mediante Chi-cuadrado no alcanzó significación estadística, $\chi^2(6) = 13,602$, $p = ,093$, $V = ,214$. No obstante, el análisis exploratorio de comparaciones por pares sugirió diferencias entre el dispositivo ambulatorio y el residencial, $\chi^2(3) = 9,893$, $p = ,042$. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela dado que no se mantiene tras aplicar corrección por comparaciones múltiples (umbral corregido de Bonferroni: $p < ,017$). El patrón observado indica que el grupo ambulatorio presentó una proporción menor de niveles educativos bajos que el grupo residencial (residuo corregido = -3,1).

Estructura de convivencia. El análisis de la variable tipo de convivencia se realizó sobre 148 casos con información disponible (12 casos sin datos: ambulatoria $n = 49$; residencial $n = 51$; centro de día $n = 48$). La situación de convivencia mostró una asociación estadísticamente significativa con la modalidad asistencial, $\chi^2(8) = 31,065$, $p = ,002$, $V = ,324$, correspondiente a un tamaño del efecto medio-alto según criterios convencionales. Cabe señalar que el 66,7 % de las celdas presentaron frecuencias esperadas inferiores a 5, lo que aconseja interpretar este resultado con precaución; no obstante, la magnitud del efecto y la consistencia del patrón observado sugieren una asociación sustantiva.

El análisis de residuos tipificados corregidos reveló los siguientes patrones (véase figura 1):

- Atención residencial: presencia significativamente superior de personas provenientes de institución previa (residuo corregido = +4,5, $p < ,01$) y menor frecuencia de convivencia con familia de origen (residuo corregido = -3,9, $p < ,01$).
- Atención ambulatoria: asociación positiva significativa con la convivencia en familia de origen (residuo corregido = +2,2, $p < ,05$).
- Centro de día: no se observaron residuos significativos en ninguna categoría de convivencia, mostrando un perfil intermedio entre las otras dos modalidades.

Figura 1. Distribución del tipo de convivencia según modalidad asistencial



Nota. Los porcentajes representan la proporción dentro de cada modalidad asistencial (ambulatoria n = 49; residencial n = 51; centro de día n = 48). Los asteriscos indican residuos tipificados corregidos significativos: * $p < ,05$, ** $p < ,01$.

Fuente: elaboración propia.

4. Discusión

El hallazgo principal del presente estudio indica que la estructura de convivencia previa muestra una asociación significativa y de magnitud media-alta con el tipo de dispositivo asignado en el contexto de la rehabilitación psicosocial para personas con trastorno mental grave. Esta asociación resulta más pronunciada que la observada para variables demográficas como la edad o el sexo, que no alcanzaron significación estadística. Los resultados sugieren que el acceso al recurso residencial se vincula estrechamente con indicadores de menor capital social —particularmente la procedencia de otras instituciones y la ausencia de convivencia con familia de origen—, mientras que el mantenimiento en modalidades ambulatorias se asocia con la disponibilidad de soporte familiar.

4.1. El soporte familiar, el capital social y el riesgo de trans-institucionalización

Los resultados revelan un patrón consistente: mientras que el perfil ambulatorio se sustenta mayoritariamente en la convivencia con familia de origen (71,4 %), el ingreso en recursos residenciales se asocia significativamente con la procedencia de otras instituciones (37,3 % frente a 22,4 % en ambulatorio). Este hallazgo es coherente con el denominado “modelo mediterráneo” de atención, caracterizado por el papel central de la familia como proveedora de cuidados y factor protector frente a la institucionalización (del Castillo, 2020; Oliva Moreno y Osuna Guerrero, 2009). Cuando esta red de apoyo informal falla o es inexistente, el sistema parece responder con lo que diversos/as autores/as han denominado “trans-institucionalización”: el tránsito de la persona con trastorno mental grave entre diferentes dispositivos institucionales como consecuencia de la carencia de soporte social (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2023).

Desde la perspectiva del capital social desarrollada por Putnam (2000) y aplicada a la salud mental por Webber y Fendt-Newlin (2017), estos resultados ilustran la paradoja identificada en la introducción: las personas con menor capital social *bonding* (vínculos familiares) son precisamente quienes acceden a recursos más intensivos e institucionalizados, perpetuando potencialmente su desconexión de las redes comunitarias. Este patrón resulta problemático desde el paradigma de recuperación (Anthony, 1993; Slade, 2009), que sostiene que la ausencia de apoyo familiar no debería determinar el tipo de recurso asignado, sino más bien indicar la necesidad de proporcionar apoyos formales que compensen dicha carencia y faciliten la vida en comunidad.

Asimismo, el hallazgo interpela directamente al artículo 19 de la Convención, que reconoce el derecho a elegir dónde y con quién vivir sin verse obligado a un tipo particular de alojamiento. Si la asignación a recursos residenciales está mediada principalmente por la ausencia de soporte familiar —y no por las preferencias o necesidades individuales de la persona—, el sistema podría estar operando bajo una lógica de “triaje social” que limita *de facto* las opciones de vida comunitaria para quienes carecen de red informal.

No obstante, esta hipótesis debe interpretarse con cautela y no puede darse por demostrada en el presente estudio. Las decisiones de derivación en la red asistencial real están profundamente condicionadas por factores macroestructurales que este diseño no permite capturar: la disponibilidad territorial de recursos, las listas de espera, la dotación de profesionales en los centros de tratamiento y las desigualdades socioeconómicas del propio colectivo. Además, el Creap, como centro de referencia estatal de alta especialización, opera bajo una lógica de acceso diferente a la de los dispositivos ordinarios de rehabilitación psicosocial, donde la hipótesis del triaje social podría manifestarse de forma más directa. Verificar esta hipótesis requeriría estudios longitudinales con datos individuales sobre procesos de derivación en contextos asistenciales territoriales ordinarios.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar alternativas residenciales diversificadas y apoyos comunitarios intensivos que no dependan de la disponibilidad de cuidadores/as familiares. Modelos como *Housing First* (Padgett et al., 2016; Tsemberis, 2010) o los programas de *Supported Housing* (McPherson et al., 2018), que priorizan el acceso a vivienda estable con apoyos flexibles, representan alternativas coherentes con el enfoque de derechos que podrían reducir la dependencia del sistema respecto al capital social informal de las personas atendidas. En el contexto español, el desarrollo de estas alternativas requiere una planificación de recursos que contemple explícitamente la situación de las personas sin red familiar, evitando que la institucionalización residencial sea la respuesta por defecto ante la carencia de soporte informal.

4.2. Distribución por sexo y desigualdades de género en el acceso a dispositivos de rehabilitación

La muestra analizada presentó un marcado predominio masculino (71,3 % hombres), proporción que requiere una interpretación matizada. Conviene precisar que la variable recogida en los registros clínicos es el sexo biológico-administrativo, no la identidad de género construida socialmente. No obstante, la interpretación de las desigualdades observadas se realiza desde la perspectiva de género, dado que los factores que explican la infrarrepresentación femenina —roles de cuidadora, sesgos diagnósticos, trayectorias de derivación diferenciadas— son de naturaleza estructural y social, no biológica. Por un lado, cierto predominio masculino es parcialmente coherente con la epidemiología del trastorno mental grave: los trastornos psicóticos presentan una prevalencia ligeramente superior en hombres (ratio aproximada 1,4:1), con un inicio más temprano y un curso frecuentemente más grave (McGrath et al., 2008; Ochoa et al., 2012).

No obstante, la ratio observada (2,5:1) excede sustancialmente lo esperable por factores epidemiológicos, lo que sugiere la presencia de barreras de acceso específicas para las mujeres con trastorno mental grave. La literatura ha documentado que las mujeres acceden en menor medida a recursos de rehabilitación intensiva (Pastor Moreno y Ruiz Pérez, 2024; Álamo Vázquez, 2020), fenómeno que se ha atribuido a diversos factores: la asunción de roles de cuidadora que dificulta la participación en programas estructurados, la derivación preferente hacia la red de atención primaria, y sesgos diagnósticos que pueden infradetectar el trastorno mental grave en mujeres (Álamo Vázquez, 2020; Henares Montiel et al., 2020).

Aunque el presente estudio no permite determinar los mecanismos específicos que subyacen a esta infrarrepresentación, los resultados señalan la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la planificación y evaluación de los servicios de rehabilitación psicosocial. Futuros estudios deberían analizar las trayectorias de derivación diferenciadas por sexo, identificando posibles puntos críticos donde las mujeres con trastorno mental grave son derivadas hacia recursos menos intensivos o abandonan el circuito de atención especializada.

4.3. Limitaciones

Como se ha indicado anteriormente, el diseño transversal retrospectivo del estudio impide establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas. Los resultados deben interpretarse como asociaciones que generan hipótesis para investigación futura, no como evidencia de efectos causales.

Una limitación relevante es la ausencia de medidas estandarizadas de funcionamiento psicosocial o gravedad sintomática que permitan controlar el potencial efecto confusor de estas variables clínicas. Esta ausencia responde tanto a limitaciones prácticas —la disponibilidad irregular de evaluaciones estandarizadas en los registros del período estudiado habría reducido significativamente la muestra— como a una elección metodológica coherente con el enfoque adoptado: desde el paradigma de recuperación y el marco de derechos que fundamentan este trabajo, el nivel de funcionamiento no debería constituir un criterio que condicione el acceso a alternativas de vida comunitaria. Cabe señalar, no obstante, que la relación entre variables clínicas y sociales no es de competencia sino de interdependencia. Como muestra la literatura reciente sobre determinantes sociales en salud mental, el apoyo social amortigua el estrés y modula la gravedad clínica, mientras que, a su vez, la organización de los sistemas de atención puede exacerbar las desigualdades en el acceso a los recursos (López-Álvarez, 2024; López y Laviana, 2024). Desde esta perspectiva, variables como el capital social y la estructura de convivencia no son simplemente factores de confusión a controlar,

sino dimensiones que co-determinan las trayectorias asistenciales junto con los factores clínicos. La priorización de las variables sociodemográficas en este estudio responde, por tanto, no solo a una limitación práctica, sino a una elección deliberada orientada a compensar el tradicional sesgo clínico de la literatura previa sobre asignación de recursos en rehabilitación psicosocial.

Respecto al análisis estadístico, cabe señalar que el 66,7 % de las celdas en el análisis de la variable convivencia presentaron frecuencias esperadas inferiores a 5, lo que constituye una violación del supuesto de la prueba Chi-cuadrado y aconseja cautela en la interpretación. El tamaño del efecto observado ($V = ,324$) sugiere una asociación de magnitud media-alta según criterios convencionales; sin embargo, este valor puede verse afectado por la violación del supuesto estadístico. Estudios con muestras más amplias o con categorías de convivencia agrupadas permitirían confirmar la robustez de este hallazgo.

Finalmente, el carácter especializado del Creap como centro de referencia estatal de alta complejidad implica que las personas atendidas pueden diferir de las que acceden a dispositivos ordinarios de rehabilitación psicosocial en sus perfiles clínicos y sociales. Esta característica limita la generalización directa de los resultados a otros contextos asistenciales, aunque los patrones identificados —particularmente la asociación entre convivencia y tipo de recurso— podrían ser transferibles a otros entornos donde opere una lógica similar de asignación.

5. Conclusiones

Los resultados del presente estudio permiten extraer las siguientes conclusiones:

Primera, en relación con los factores contextuales y la asignación de recursos: la estructura de convivencia previa muestra una asociación significativa y de magnitud media-alta con el tipo de dispositivo asignado. La asignación al recurso residencial se asocia con indicadores de menor capital social —particularmente la procedencia de otras instituciones y la ausencia de convivencia familiar—, mientras que el mantenimiento en modalidades ambulatorias se vincula con la disponibilidad de soporte familiar. Este patrón es consistente con la hipótesis de que el sistema de rehabilitación psicosocial opera, al menos parcialmente, bajo una lógica de “triaje social” donde la red de apoyo informal condiciona las opciones de atención disponibles.

Segunda, respecto a la distribución por sexo y las desigualdades de acceso: se observa una marcada infrarrepresentación femenina en los dispositivos estudiados (ratio 2,5:1 hombres/mujeres) que excede lo esperable por factores epidemiológicos. Este hallazgo no puede atribuirse a diferencias biológicas en la prevalencia del trastorno mental grave, y sugiere la existencia de barreras de acceso estructurales —roles de género, sesgos diagnósticos, trayectorias de derivación diferenciadas— que requieren análisis pormenorizados desde la perspectiva de género.

Tercera, en cuanto a la homogeneidad demográfica: la edad no muestra asociación con el tipo de recurso asignado, lo que indica que los tres dispositivos atienden a un perfil etario similar (adultos/as jóvenes-medios). Este resultado sugiere que, a diferencia de otros sistemas de atención a la dependencia donde la edad determina la elegibilidad, en rehabilitación psicosocial son los factores relacionales —no los demográficos— los que configuran las trayectorias asistenciales.

Cuarta, respecto al nivel educativo: aunque las diferencias globales no alcanzaron la significación estadística corregida, se observó una tendencia que asocia los niveles formativos más bajos con el recurso residencial. Este hallazgo exploratorio invita a futuras investigaciones a examinar si la escolarización y la trayectoria educativa actúan como factores protectores (formas tempranas de capital social) que facilitan el mantenimiento en recursos ambulatorios.

Desde la perspectiva del paradigma de recuperación y el enfoque de derechos consagrado en la Convención, estos hallazgos plantean interrogantes sobre la equidad en el acceso a alternativas de vida comunitaria. El artículo 19 reconoce el derecho de las personas con discapacidad a elegir dónde y con quién vivir; sin embargo, los resultados sugieren que esta elección puede estar condicionada por la disponibilidad de soporte familiar más que por las preferencias individuales (Agrest, 2011).

Las implicaciones para la práctica y la planificación de servicios incluyen: (a) la necesidad de basar la asignación de recursos en una evaluación multidimensional que incorpore de forma estandarizada tanto factores clínicos como sociales —condiciones materiales de vida, calidad real de los apoyos, ingresos, entorno doméstico— superando la dependencia del criterio de un único profesional en favor de equipos interdisciplinarios; (b) la revisión de los criterios y procesos de derivación para identificar y corregir posibles sesgos de género, analizando los puntos del circuito asistencial donde las mujeres con trastorno mental grave son derivadas hacia recursos menos intensivos o abandonan la atención especializada; (c) evitar la equiparación entre necesidad social y recurso residencial: la atención residencial debería indicarse únicamente cuando el nivel de apoyo requerido no pueda garantizarse de forma segura y digna en el entorno comunitario, y no como respuesta por defecto ante la carencia de red informal; (d) concebir el recurso residencial no como destino final sino como parte de una red graduada de apoyos, reconociendo que puede actuar como mecanismo generador de capital social y como vía de acceso a derechos de ciudadanía para quienes carecen de red de apoyo previa; y (e) el desarrollo de alternativas residenciales diversificadas —como los modelos de *Housing First* (Tsemberis, 2010) o *Supported Housing* (McPherson et al., 2018)— que permitan itinerarios personalizados según las necesidades y preferencias de cada persona, en coherencia con el artículo 19 de la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.

Futuros estudios con diseños longitudinales y muestras más amplias, que incorporen tanto variables clínicas como indicadores de preferencias y resultados percibidos por las propias personas usuarias, permitirían profundizar en los mecanismos que subyacen a los patrones observados y evaluar el impacto de intervenciones orientadas a promover la equidad en el acceso a la vida comunitaria.

Referencias bibliográficas

- Agrest, M. (2011). La participación de los usuarios en los servicios de salud mental. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 22(100), 409-418.
- Agresti, A. (2018). *An introduction to categorical data análisis*. 3.ª ed. Wiley.
- Álamo Vázquez, M. P. (2020). *Guía de salud mental con perspectiva de género*. ATELSAM Salud Mental.
- Alegría, M., Álvarez, K., Cheng, M. y Falgàs-Bagué, I. (2023). Recent advances on social determinants of mental health: looking fast forward. *American Journal of Psychiatry*, 180(7), 473-482. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230371>.
- Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y. y Álvarez, K. (2018). Social determinants of mental health: where we are and where we need to go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 95. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf.
- Augsburger, C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61-75.
- del Castillo Gallardo Fernández, M. (2020). El modelo particular de Estado de bienestar en España, y las nuevas necesidades que hoy lo demandan. *Trabajo Social*, 22(2), 123-146. <https://doi.org/10.15446/ts.v22n2.82030>.
- Chronister, J., Chou, C.-C., Kwan, K.-L. K., Lawton, M. y Silver, K. (2015). The meaning of social support for persons with serious mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 60(3), 232-245. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/rep0000038>.
- Chronister, J., Fitzgerald, S. y Chou, C.-C. (2021). The meaning of social support for persons with serious mental illness: a family member perspective. *Rehabilitation Psychology*, 66(1), 87-101. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/rep0000369>.
- Ehsan, A. M., Klaas, H. S., Bastianen, A. y Spini, D. (2019). Social capital and health: a systematic review of systematic reviews. *SSM – Population Health*, 8, 100425. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425>.
- España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de diciembre de 2018, núm. 294, pp. 119788-119857.
- España. Orden SSI/2416/2014, de 17 de diciembre, por la que se crea y regula el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave, en Valencia. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de diciembre de 2014, núm. 309, pp. 104443-104447.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 5.ª ed. SAGE Publications.
- González Cases, J. y Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a8>.
- Henares Montiel, J., Ruiz-Pérez, I. y Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114-119. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>.
- Hernández Monsalve, M. (2011). Rehabilitación psicosocial: perspectiva actual y directrices en la reforma psiquiátrica. *Estudios de Psicología*, 32(2), 217-231.

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2023). *Informe anual Imserso 2022*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. <https://imserso.es/documents/20123/5124465/informeanual2022.pdf/d12446f2-f93e-c026-d6a8-c0ea590a7870>.
- Jeste, D. V., Smith, J., Lewis-Fernández, R., Saks, E. R., Na, P. J., Pietrzak, R. H., Quinn, M. y Kessler, R. C. (2025). Addressing social determinants of health in individuals with mental disorders in clinical practice: review and recommendations. *Translational Psychiatry*, 15(1), 120. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03332-4>.
- Kawachi, I. y Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. y Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.
- Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, A., Charlson, F., Cuijpers, P., Druss, B., Dudek, K., Freeman, M., Fujii, C., Gaebel, W., Hegerl, U., Levav, I., Laursen, T. M., Ma, H., Maj, M., Medina-Mora, M. E., Nordentoft, M., Prabhakaran, D., Pratt, K., Prince, M., Rangaswamy, T., Shiers, D., Susser, E., Thornicroft, G., Wahlbeck, K., Wassie, A. F., Whiteford, H. y Saxena, S. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1), 30-40. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>.
- López, M. y Laviana, M. (2024). Los determinantes sociales y los problemas de salud mental. Una visión de conjunto. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(146), 157-179. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352024000200008.
- López-Álvarez, M. (2024). Los determinantes sociales de la salud y las enfermedades. Una panorámica introductoria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(145), 47-69. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352024000100003.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. y Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67-76. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001>.
- McPherson, P., Krotofil, J. y Killaspy, H. (2018). Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry*, 18(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1725-8>.
- Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad (2024). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023*. Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de práctica clínica sobre intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Evaluación de la Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moreno-Küstner, B., Martín, C. y Pastor, L. (2018). Prevalence of psychotic disorders in people aged 18-64 years: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 13(4), e0195687. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195687>.
- Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 300-312. <https://doi.org/10.1093/schbul/10.2.300>.

- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X. y Kulkarni, J. (2012). Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 916198. <https://doi.org/10.1155/2012/916198>.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2017). *Salud mental y derechos humanos. Consejo de Derechos Humanos*. <https://undocs.org/es/A/HRC/34/32>.
- Oliva Moreno, J. y Osuna Guerrero, R. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público*, 56, 163-181. https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/revistas/pgp/56_11.pdf.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. ONU. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*. OMS.
- Padgett, D. K., Henwood, B. F. y Tsemberis, S. J. (2016). *Housing First: ending homelessness, transforming systems, and changing lives*. Oxford University Press.
- Pastor Moreno, G. y Ruiz Pérez, I. (Coords.) (2024). *Guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental*. 2ª ed. Junta de Andalucía.
- Pratt, L. A. (2012). Characteristics of adults with serious mental illness in the United States household population in 2007. *Psychiatric Services*, 63(10), 1042-1049. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100442>.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S. y Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>.
- Tsemberis, S. (2010). *Housing First: the pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Hazelden.
- Uriarte Uriarte, J. J. (2007). Psiquiatría y rehabilitación: la rehabilitación psicosocial en el contexto de la atención a la enfermedad mental grave. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7(2), 87-101.
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C. y Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*, 370(9596), 1453-1457. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X).
- Webber, M. y Fendt-Newlin, M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 369-380. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1372-2>.
- World Health Organization (2021). *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. WHO.
- World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. WHO.
- World Health Organization (2025). *World mental health today: over a billion people living with mental health conditions*. WHO.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.

Wu, Y., Wang, L., Tao, M., Cao, H., Yuan, H., Ye, M., Chen, X., Wang, K. y Zhu, C. (2023). Changing trends in the global burden of mental disorders from 1990 to 2019 and predicted levels in 25 years. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, e63. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000756>.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.