

DOSSIER

Soporte residencial de enfermos mentales crónicos

Residential support of chronic mental disturbed patients

Manuel Jesús MARTÍNEZ LÓPEZ
Salvador PERONA GARCELÁN
Carlos CUEVAS YUST

Fecha de recepción: 25-2-2001

Fecha de Aceptación: 5-11-2002

RESUMEN

La atención de los enfermos mentales crónicos incluye el uso de técnicas y recursos tanto sanitarios como sociales. Entre estos se incluye el soporte residencial. En este artículo se revisan distintos aspectos de dicho soporte, tales como: su fundamento técnico; su desarrollo histórico; diversas áreas que han sido objeto de estudio en la literatura científica, relativas a los pacientes, los alojamientos, los profesionales y el vecindario; y las características específicas del soporte residencial a estos pacientes en la Comunidad Autónoma Andaluza.

Entre otras cosas, se concluye que, en dicha Comunidad, el soporte residencial ha tenido un importante desarrollo y que el modelo ha evolucionado de modo similar a como lo ha hecho en otros lugares, combinando actualmente dos modos peculiares de funcionamiento: el centrado en el recurso y el centrado en el paciente. De esta manera, se potencia la consideración individualizada de las necesidades, deseos y capacidades de los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Enfermo mental, soporte residencial, modelos de apoyo

ABSTRACT

Chronic mental disturbed patients' care includes both sanitary and social techniques and resources. One of them is the residential support. In this article are reviewed its different aspects of technical basis; historical development; areas studied by scientific literature, related to patients, housing, professionals and neighbourhood; and specific characteristics of residential support of these patients in the Autonomus Community of Andalusia (Spain.).

Some of the conclusions show that, in this Geographic Area, residential support has had an important development, and has evolved in a similar way of other countries; that is, combining two types of model: one focusing on the resources and the other focusing on the patient. Therefore, the individual consideration of needs, wishes and capacities of the patients are strengthened.

KEY WORDS

Mental disturbed patient, residential support, support models

El panorama asistencial sanitario para atender a los pacientes mentales crónicos cambió sustancialmente en el Estado Español cuando se emprendió un proceso de Reforma Psiquiátrica, que se caracterizó por lo siguiente:

- la concepción bio-psico-social de la salud y la enfermedad mental;
- la gravitación de la atención en dispositivos de carácter comunitario e integrados en una única red general de dispositivos de atención sanitaria (Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985; Ley General de Sanidad, 1986).

En la Comunidad Autónoma Andaluza también se asumieron estos principios (Instituto Andaluz de Salud Mental, 1986). Como resultado de ello fue produciéndose la progresiva sustitución de los hospitales psiquiátricos por una amplia, diversificada y coordinada red de servicios, tales como Equipos de Salud Mental de Distrito, Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales, Unidades de Rehabilitación, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y Comunidades Terapéuticas. Con ellos se trataba de ofrecer cobertura a la población en todas las edades y en cualquier aspecto de esta problemática, en los niveles de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La atención sería preferentemente ambulatoria, pero también hospitalaria cuando fuera preciso (Instituto Andaluz de Salud Mental, 1987).

Entre los pacientes mentales, aquellos que padecen trastornos crónicos son los que presentan mayor cantidad de necesidades y, por tanto, realizan más consumo de servicios y requieren más profesionales implicados (Muijen, 1994). Antes de la Reforma Psiquiátrica, bastantes de ellos vivían transitoria o definitivamente en los hospitales psiquiátricos¹. Aunque en estas instituciones carecían de numerosas posibilidades de tratamiento, rehabilitación y reinserción, al estar "bajo techo" y al cuidado de una institución no se evidenciaban los inconvenientes que en ciertos casos complejos se manifiestan cuando dichos pacientes deben residir en su propio medio y ser atendidos en la comunidad. Dichos inconvenientes tienen que ver con déficits importantes en su calidad de vida y la de las personas de su entorno inmediato, de difícil resolución con los procedimientos ambulatorios estrictamente sanitarios. En este sentido, para estos casos se produjo un difícil período de transición asistencial. Estaba desapareciendo la estructura socio-sanitaria central anterior -el hospital psiquiátrico-, sin que hubiera el conveniente desarrollo de una práctica sanitaria adecuada para estos pacientes y de las alternativas de apoyo social que también se requerían. Entre éstas se hacían imprescindibles las de soporte residencial.

¹ A mitad de la década de los años 70 había 42.751 camas (García, Corcés, Gantes y Gallego, 1994); y específicamente en Andalucía 4.751 (Instituto Andaluz de Salud Mental, 1986).

Esta situación cambió en la Comunidad Autónoma Andaluza gracias a la creación, en 1994, de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), que empezó a cubrir áreas asistenciales que no eran estrictamente sanitarias, pero sí fundamentales para la atención integral de los pacientes crónicos. Entre ellas la residencial, con la provisión de recursos y soportes que permitan a los que lo necesitan seguir viviendo en el seno de la comunidad con la calidad de vida suficiente.

Ahora bien, aunque en nuestro medio el soporte residencial en la comunidad para personas con trastornos mentales crónicos es relativamente reciente, tiene una larga tradición y una amplia extensión. Los investigadores se han preocupado por estudiar distintas dimensiones del tema, quizá con el propósito último de afinar en la definición de modelos de provisión de recursos que sean útiles para el sostenimiento de los pacientes en la comunidad. Vamos a repasar algunos contenidos relevantes de dicho panorama, en relación a los fundamentos técnicos de dicho soporte, su origen histórico, las áreas y variables implicadas, y el modelo de provisión de recursos en la Comunidad Andaluza; para terminar contrastando en qué medida la situación actual en nuestro medio integra los conocimientos adquiridos en el desarrollo histórico, científico y administrativo de esta temática.

FUNDAMENTOS TÉCNICOS DEL SOPORTE RESIDENCIAL A PACIENTES MENTALES CRÓNICOS

Ciertas enfermedades mentales ocasionan deterioros y discapacidades que limitan el funcionamiento psicosocial normal y cotidiano de aquellos que las padecen. Esto puede ocurrir en diversos grados y con posibles fluctuaciones, incluso a lo largo de toda su vida. Por

este motivo se las califica como enfermedades mentales crónicas². Para luchar contra ello existe un amplio arsenal técnico y protésico terapéutico y rehabilitador que pretende ayudar al paciente a disminuir su malestar y mejorar su desenvolvimiento personal y social, de la siguiente manera:

- atenuando y/o eliminando sus síntomas perturbadores,
- facilitando el desarrollo de aquellas habilidades que no posee,
- proporcionándole apoyos externos que faciliten ese desenvolvimiento.
- y/o ajustando las exigencias de su entorno a sus posibilidades funcionales del momento (Liberman, 1988).

En detalle, dicho arsenal incluye los siguientes recursos:

- En el ámbito biológico, fundamentalmente los psicofármacos, para actuar sobre la bioquímica cerebral implicada en los signos y síntomas de los pacientes.
- En el ámbito psicológico, una gran variedad de intervenciones que incluyen entre las fundamentales las siguientes: psicoeducación, entrenamiento en relajación, reestructura-

²Aunque en los últimos años, se están denominando trastornos mentales severos y persistentes. Existen, principalmente, tres razones para ello. El término "crónico" nos remite al sabor de las pasadas clasificaciones manicomiales, en que se diferenciaban "agudos" y "crónicos", con importantes implicaciones atencionales; a una persistencia temporal que, sin embargo, es común a numerosos trastornos mentales; y a unas pérdidas funcionales que no tienen por qué ser duraderas para algunos de los pacientes a los que se les diagnostican trastornos que tradicionalmente se han conceptualizado como crónicos (López, 2001).

ción cognitiva, potenciación de estrategias de afrontamiento, entrenamiento en habilidades de la vida diaria y las habilidades sociales, entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas, rehabilitación cognitiva, etc. Su propósito es actuar sobre la ausencia o pérdida de habilidades para afrontar signos y síntomas perturbadores, y situaciones interpersonales y sociales difíciles; y sobre los déficits atencionales, de abstracción y percepción social de los pacientes.

- En el Social, en relación a las pérdidas estables de competencia personal, interpersonal y psicosocial, que requieren soportes y recursos externos, personales, grupales e institucionales, que auxilien y complementen al paciente para que puedan desarrollar su vida de la manera más enriquecedora posible en el seno de nuestra sociedad. Aquí conviene destacar las siguientes áreas de actuación:
- la ocupacional - formativa - laboral: orientación vocacional, talleres ocupacionales, talleres pre-laborales, trabajos protegidos, educación compensatoria, soporte personalizado en trabajos normalizados;
- la socio-recreativa: clubes sociales;
- la residencial: apoyo domiciliario, pisos protegidos, casa-hogares, etc.;
- la económica: pensiones asistenciales, subvenciones a transportes, etc.;
- la legal: organizaciones tutelares.

Todos estos últimos recursos tienen una especial importancia en estas enfermedades. La Organización Mundial de la Salud (1991) y la American Psychiatric Association (1997) constatan su eficacia.

Con algunos pacientes que presentan estos trastornos mentales crónicos las intervenciones ambulatorias y hospitalarias

no son suficientes para conseguir su mejoría. Siguen presentando deterioros y discapacidades que merman gravemente su calidad de vida y/o la de las personas cercanas a él en su medio residencial. Estos pacientes pueden entonces beneficiarse de una protección especial en sus propios domicilios o en ambientes residenciales específicos adecuados a sus características, limitaciones y potencialidades funcionales.

Este soporte residencial pretende dos objetivos (Martínez López, 1996):

- compensar las discapacidades de los pacientes mediante el aporte de ayudas personales y medio ambientales puntuales o continuadas;
- facilitar el desarrollo de las habilidades necesarias para un ejercicio mayor de su autonomía personal.

Y en algunos casos, dicho soporte tiene una pretensión tan básica como proveer viviendas a pacientes que carecen de ella y no van a poder acceder por sí mismos a una propia.

Así pues, los ambientes residenciales protegidos son, de hecho, contextos privilegiados para el ejercicio de una actividad compensatoria y rehabilitadora cotidiana con los pacientes que los ocupan, en la que son partícipes los pacientes, su entorno (lugar, personas con las que convive, profesionales de los recursos residenciales, vecindario) y los profesionales de los servicios sanitarios y recursos sociales a los que acuden.

ORIGEN HISTÓRICO DEL SOPORTE RESIDENCIAL A PACIENTES MENTALES CRÓNICOS

La literatura científica ha abordado distintos aspectos de esta temática, desde que en los años 50-60 los pacientes mentales crónicos de los hospitales psiquiátricos tradicionales -que funcionaban con un carácter asilar- comienzan a ser externalizados

en varios países occidentales (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido). Teniendo en cuenta algunas de las circunstancias que caracterizaban la práctica asistencial con los mismos -pobre terapéuticamente y marginadora socialmente-, comienza un movimiento de renovación que pretende devolver a los enfermos mentales su dignidad, abriendo las puertas de los hospitales que los albergaban y liberándoles para el desarrollo de su propia vida. Se reivindica que sus tratamientos se realicen ambulatoriamente, bajo el supuesto de que su recuperación se facilitaría con los nuevos fármacos neurolépticos disponibles; una actitud receptiva, tolerante y comprensiva de la sociedad; y la facilitación de su acceso a las oportunidades relacionales, educativas y laborales de la vida cotidiana.

Pero estos puntos de vista enfocaban sólo una parte de la problemática, ignorando otros aspectos que estaban siendo destacados entonces por las investigaciones o lo serían de forma más significativa con posterioridad. Más concretamente:

- Por un lado, que el trastorno mental que muchos de ellos sufrían (esquizofrenia) producía déficits en capacidades y conductas que debían de estar disponibles para el ejercicio de la vida social normalizada (por ejemplo, funciones cognitivas básicas, habilidades sociales, habilidades de la vida diaria y resolución de problemas;
- Por otro, que las situaciones cotidianas relacionales y sociales estresantes serían determinantes a la hora de que emergieran los síntomas más relevantes de la enfermedad, debido a su impacto y las dificultades en su manejo.

En consecuencia, se precisarían intervenciones que aumentarían la competencia de los pacientes, y recursos sociales que compensarían sus discapacidades. Entre ellos estarían los residenciales,

habida cuenta de que muchos pacientes, o bien quedaban solos por fallecimiento o distanciamiento de sus familiares; o bien encontraban dificultades extremas en la convivencia con los mismos.

Fruto de este olvido y/o desconocimiento técnico y político, fue la precaria situación en la que quedaron muchos de los pacientes que se externalizaron. Las calles y las prisiones fueron en muchos casos su hogar ("homeless"), y las familias que los acogieron quedaban sobrecargadas (Lamb, 1976, 1979; Bachrach, 1984); los ingresos se hacían frecuentes (Howat y Kontny, 1982); y muchos debían seguir viviendo en los hospitales porque faltaban recursos residenciales que ofrecieran los cuidados de enfermería continuados que precisaban (McReady, Wilson y Burton, 1983; Leven, Donaldson y Brandon, 1985). Su pretendida integración social no se producía y más bien se ponía claramente de manifiesto una, cada vez mayor, vida marginal. Ni ellos ni sus familias sabían manejarse y, desde luego, la sociedad seguía sin confiar en los pacientes, por ejemplo haciéndoles difícil el acceso a la vivienda (Alisky y Iczkowski, 1990).

Con esta situación, se fueron desarrollando alternativas residenciales que fueron reemplazando a los tradicionales hospitales psiquiátricos. Y se sustituyó la mera reubicación de los pacientes en otros lugares por la implementación de procesos rehabilitadores y reinsertadores, acompañados de la provisión integral y continuada de los servicios y recursos sociales y sanitarios necesarios y adecuados para aquellos.

DIMENSIONES Y VARIABLES EN LA LITERATURA DEL SOPORTE RESIDENCIAL A LOS PACIENTES MENTALES CRÓNICOS

En este contexto, los investigadores comenzaron a preocuparse por el beneficio que proporcionaba los alojamientos

protegidos a los pacientes, preguntándose si éstos realmente eran más ventajosos que los tradicionales hospitales psiquiátricos. Bastantes estudios se orientaron hacia este punto. Pero también se han ido considerando otras dimensiones y variables que cubrían diversas facetas de esta problemática. En concreto, se han estudiado aspectos relativos a los pacientes, los alojamientos, los profesionales, las familias y el vecindario.

a) *Los pacientes:*

La progresiva disponibilidad de una red residencial alternativa, pero simultánea, permitió la comparación entre los hospitales tradicionales y los nuevos recursos, constatándose que éstos parecen ofrecer ventajas en beneficio de los pacientes frente a aquéllos. En conjunto, sus efectos se han considerado atendiendo fundamentalmente a las siguientes variables:

- Salud General: alimentación, salud física, mortalidad
- Psicopatología: síntomas y conductas perturbadoras.
- Asistencial: uso de psicofármacos y de servicios sanitarios ambulatorios y hospitalarios.
- Funcional: nivel de autonomía personal, social y doméstica.
- Cognitiva: Funcionamiento cognitivo.
- Red social.
- Ambiente físico.
- Calidad de Vida.
- Satisfacción.

Buena parte de los trabajos responden a un diseño de investigación preexperimental por cuanto se limitan a comparar diversas variables dependientes en los mismos pacientes antes y después de su

externalización e incorporación en alojamientos comunitarios. No obstante, atendiendo a sus resultados, parece detectarse, en general, la mejora en el funcionamiento cognitivo, en el social y en las habilidades domésticas (Lamb y Goertzel, 1971; Leff, 1993; Segal y Koetler, 1993; Okin, Borus, Baer y Jones, 1995); así como la disminución en sus recaídas (MacMillan, Hornblow y Baird, 1992; Okin *et al.*, 1995), en el costo económico del tratamiento (Hyde, Bridges, Sterling y Faragher, 1987) y su evidente satisfacción con sus nuevas formas de vida (Kingdom, Turkington, Malcolm y Larkin, 1991; Leff, 1993; Okin *et al.*, 1995). Sin embargo, no hay resultados uniformes que confirmen mejorías clínicas de los pacientes, mayor integración social y extensión de su red de apoyo (por ejemplo, Leff, 1993; Eikermann y Reker, 1991). Ya en estudios más puramente descriptivos y teniendo en cuenta sólo la estancia de los pacientes en los alojamientos comunitarios, se han revisado también diversas variables, tales como el consumo de psicofármacos, los hábitos alimentarios, la salud física, la mortalidad, los ingresos hospitalarios, el uso de servicios sanitarios, etc. (por ejemplo, Segal y Kotler, 1991; Segal, Cohen y Marder, 1992).

b) *Los alojamientos:*

Cuando se ha abordado el tema de los alojamientos, la investigación se ha centrado en los tipos de recursos, los perfiles de pacientes, los paradigmas de provisión y de gestión diaria y las áreas y métodos de atención y programas de entrenamiento en los mismos.

En Estados Unidos, la American Psychiatric Association (1982) encontró en una revisión sobre los tipos de recursos más de 100 denominaciones diferentes de alojamientos, muchas de las cuales designaban, de diferente modo, servicios de características y funciones similares; aunque también encontraron que, con

un mismo término, se hacía referencia a servicios con distintas características y funciones. Esta Asociación agrupa dichos recursos de la siguiente forma:

- “Nursing facilities”, similares a las residencias para ancianos inválidos;
 - “Group Homes”, que incluyen recursos de 24 horas con 10 a 20 personas y están centrados en el entrenamiento;
 - “Personal Care Homes”, que son recursos de 24 horas que atienden entre 4 y 10 pacientes y cuya función es el soporte y el mantenimiento del nivel de funcionamiento de los residentes;
 - “Foster Homes”, que son familias sustitutas, transitorias o definitivas;
 - “Satellite Housing”, que son pisos semiindependientes que incluyen de 2 a 4 pacientes;
 - “Natural Families Placements”, que es la reinserción familiar propia.
- en su propia casa o apartamento más que en una casa de grupo; solos, con una pareja, con amigos o con familiares, más que con otros pacientes (Tanzman, 1993);
 - sin la presencia de profesionales; y recibiendo un apoyo flexible de los profesionales, a demanda y cuando ellos lo vean necesario (Tanzman, 1993);
 - en un alojamiento estable, sin continuos cambios de residencia (Carling y Ridgway, 1989).

Aunque ha habido intentos por cuantificar el número y tipo de recursos necesarios (Wing, 1992), es difícil generalizar, porque cada comunidad y país tiene sus propias características específicas (sociales, culturales, institucionales, etc.).

No obstante, desde que se empezó a considerar la opinión de los pacientes acerca de cómo querían vivir -expresando sus preferencias por alojamientos pequeños y normalizados- se ha cambiado el modelo, desde el *centrado en el recurso*, al *centrado en el cliente*. Carling (1993) lo define como un cambio de paradigma. Los pacientes prefieren vivir:

- en alojamientos comunitarios frente a hospitales (por ejemplo, Anderson *et al.*, 1993);

La perspectiva del *modelo centrado en el recurso* es la de que los pacientes mentales no pueden vivir por sí mismos en la comunidad y precisan ser incluidos en alojamientos al estilo de “board-and-care-settings” con profesionales y para-profesionales “in situ” que proporcionan un nivel fijo y único de supervisión. Los pacientes partirían de ambientes más restrictivos y cambiarían de lugar de residencia en función de sus progresos, a través de distintos escalones de un continuum residencial. Más allá de esto, algunos autores partidarios de este modelo, llegan a defender una mayor facilidad para el internamiento involuntario, la hospitalización a largo plazo y la tutela como modos de paliar las graves dificultades de vida de los pacientes mentales sin hogar (Lamb, 1990, 1992; Reker, Eikelman y Folkerst, 1997). Este modelo tendría varios inconvenientes: la generación de ambientes más custodiales e institucionales y con peor calidad de vida, los cambios de residencia a los que se somete a los pacientes y la dificultad para que progresen lo esperado si parten de ambientes más restrictivos (Ridgway y Zipple, 1990).

El *modelo centrado en el cliente* -al que se adscriben autores como Carling, Ridgway y Zipple- parte del supuesto de que los pacientes pueden vivir por sí mismos en la comunidad si se dispone de un

amplio rango de opciones de alojamiento en ambientes comunitarios normalizados, y una gran flexibilidad en el soporte, proporcionado por equipos móviles de profesionales. En este caso, el entrenamiento se haría "en vivo y en directo", frente a dispositivos de transición. Este modelo se imbrica en la perspectiva de gestión de caso al defender la individualización, personalización y normalización en la facilitación residencial.

Inevitablemente, con el modelo de provisión basado en el cliente, el número y la variedad de recursos residenciales se multiplica. Esto tiene sentido, puesto que si la referencia es el paciente y su consideración individual, conlleva necesariamente la ampliación del abanico de las disponibles en función de sus potencialidades, limitaciones y preferencias personales. Incluso, más allá de la perspectiva de alojamiento, cada lugar individual de residencia se convierte en objeto del soporte directo de los profesionales. Autores como Shepherd (1996) y Sobrino, Rodríguez y Fernández (1997) consideran que una de las claves del éxito de este tipo de alternativas es que exista la suficiente diversidad de alojamientos; desde, por ejemplo, residencias más supervisadas, con personal en servicio las 24 horas del día, hasta apartamentos relativamente independientes y pequeñas casas donde los pacientes puedan disfrutar de apoyos flexibles, basados en la ayuda a domicilio con equipos ambulatorios. En el Reino Unido este es el modelo de provisión, mientras que en Estados Unidos comenzó siendo el de continuum residencial pasando después, progresivamente, al de soporte individual.

En esta línea de atención individualizada hay dos grupos de pacientes que merecen una consideración especial:

a) Aquellos que no hacen un uso ortodoxo de los alojamientos como recursos estables. Hopper, Jost, Hay, Welbes y Haugland (1997) encontraron en un

grupo de 36 pacientes sin hogar que aspiraban a residir en un alojamiento protegido que 20 de los cuales habían pasado el 59 % del tiempo de los 5 años anteriores en instituciones y asilos. Su perfil era el de pacientes que pertenecen a familias sobrecargadas y agotadas, que comienzan a vivir de forma errática y hacen un uso transitorio de distintos recursos pertenecientes a un extenso circuito institucional.

Este tipo de pacientes también existen en nuestro medio y merecen la adaptación de los procedimientos de admisión y de gestión del soporte residencial aquí existentes a sus peculiaridades.

b) Los nuevos pacientes de larga estancia, que está, a su vez, constituido por varios subgrupos, entre los que destaca el de hombres jóvenes, esquizofrénicos, con graves e intratables síntomas positivos y negativos, y que, algunos de ellos, consumen alcohol o drogas. Para ellos se están desarrollando en el Reino Unido (Shepherd, 1995) recursos residenciales especializados que llaman "residencia-hospital" o "pabellón en casa". Podrían ser el equivalente de lo que aquí llamamos Unidad de Media-Larga Estancia o Comunidad Terapéutica. Estos centros combinan los mejores aspectos de la asistencia hospitalaria de alta calidad (alto nivel de personal, alta profesionalidad, programas altamente individualizados) con un ambiente hogareño y doméstico. Estas unidades suelen tener capacidad para 12 a 15 pacientes y se ubican frecuentemente en edificios anteriormente utilizados por el personal sanitario cerca de hospitales ya existentes. Sus características básicas son las siguientes:

- Cada persona es considerada como un individuo con una gama única de necesidades y habilidades.
- El personal evalúa las habilidades y deficiencias de cada paciente observándoles diariamente en una amplia gama de situaciones comunitarias.

- La planificación de los cuidados se consulta con los residentes y se examina al menos semanalmente con su “supervisor referente”.
- Se pone el énfasis en las tareas prácticas y habilidades de la vida diaria y se reduce el énfasis en la patología.
- Los terapeutas controlan la calidad de las interacciones con los residentes.
- Se pone el énfasis en la coherencia y la continuidad, un buen trabajo en equipo y la comunicación.

La eficacia de estas unidades ha sido puesta a prueba (Shepherd, 1991, 1995). Estos son los resultados:

- Mejora el funcionamiento de hasta un 40% de los casos enviados, de manera que se les puede reubicar en alojamientos menos supervisados.
- El proceso suele durar un mínimo de 2-3 años.
- Respecto a un grupo control, progresan más en el funcionamiento social, el contacto con la comunidad y el nivel de satisfacción.
- El costo es menor que en las unidades de agudos, pero mayor que en los hospitales psiquiátricos tradicionales.

Algunos pacientes de los que se incluyen en estos recursos tienen serias dificultades para mantenerse en un ambiente doméstico, por desarrollar comportamientos, agresivos y peligrosos. Se observa, sin embargo, que estos pacientes funcionan mejor en un entorno menos supervisado y socialmente menos exigente, con más posibilidades de retirarse de la interacción social, como ocurre en los hospitales psiquiátricos tradicionales (King y Shepherd, 1994). Estos autores

también refieren que no existen variables que permitan identificar el resultado final de la intervención a partir de las características que tienen los pacientes en el momento del ingreso. Aunque se suele producir una mejoría inicial, es prudente esperar a formular juicios sobre la evolución hasta después de que transcurra un mínimo de 6 meses. Algunos pacientes se pueden reubicar en otros recursos después de meses, e incluso años, de lento y muy gradual progreso, salpicado de progresos y retrocesos.

Por último, hay ambientes residenciales específicamente orientados como lugares de entrenamiento en los que se abordan las habilidades sociales, la resolución de problemas, las habilidades domésticas, el manejo de servicios sanitarios y el manejo de servicios comunitarios (por ejemplo, Hawthorne, Fals-Stewart y Lohr, 1994; y Murray, Baier, North, Lato y Eskew 1997). La facilitación de subsidios económicos y el soporte en la búsqueda individual de un alojamiento también forman parte de la intervención. Igualmente, ocupa un lugar relevante el desarrollo del papel adulto del paciente, con la responsabilización en el afrontamiento de los problemas cotidianos de la convivencia y en la toma de decisiones. Algunos programas de entrenamiento incluyen a antiguos clientes como asesores de los nuevos en el ambiente residencial.

— *Los profesionales:*

Su funcionamiento en los alojamientos, la cualidad de la tarea y los efectos sobre los pacientes han sido objeto de atención desde los años 60.

Precisamente en relación a las características ambientales de las instituciones psiquiátricas tradicionales, Goffman (1961) estableció las que estaban presentes en los manicomios de la época. Eran tratamiento en bloque, rigidez en la rutina, despersonalización y distancia social.

Esto conecta con los trabajos relativos a las variables comportamentales de los profesionales que afectan al proceso rehabilitador. Áldaz y Sánchez (1996) hacen una revisión al respecto. En resumen, se viene a decir que el nivel de interacción social influye decisivamente sobre el proceso rehabilitador en los ambientes residenciales, porque aquellos pacientes con los que los profesionales interactuaban más, mostraban mayores avances. Las variables que, a su vez, median la interacción social serían: la percepción subjetiva del profesional acerca del paciente -independientemente de su funcionamiento real y objetivo- y de la competencia social mostrada por éste. No es raro que esto ocurra, por cuanto que la competencia podría definir el nivel de reforzamiento de la conducta de interacción del profesional. Aquellos pacientes más competentes serán los que sean más reforzantes para los profesionales y, por tanto, serán con los que más tiendan a relacionarse. Con los menos competentes ocurriría lo contrario, a pesar de que serían, precisamente, los que necesitarían más de dicha interacción. Otra dimensión del tema es el nivel de expectativas de los profesionales. Cuanto más se tengan, y no se ajusten -por desconocimiento, ingenuidad u omnipotencia- a las posibilidades reales de nuestros pacientes, más frustración se producirá en el profesional, y más distanciamiento con el paciente en cuestión. Ranz, Horen, McFarlane y Zito (1991) se refieren a este tema. Y hay algo más sobre la interacción. Aunque los profesionales saben lo que conviene hacer y decir, no lo llevan a la práctica muchas veces y se relacionan más entre ellos que con los pacientes.

En el ámbito residencial que nos compete, algunos trabajos abordan programas psicoeducativos, de comunicación con la familia y de manejo de conductas disruptivas (por ejemplo, Raskin, Mghir, Peszke, y York, 1998; y Moniz-Cook *et al*, 1998). Y otros estudian el impacto de la

emoción expresada de los profesionales sobre los residentes (Charlesworth, Sacks, Templer, y Thackrey, 1993).

— *Las familias:*

La implicación en el proceso residencial de los pacientes es uno de los aspectos que se han abordado.

Por ejemplo, Bernheim (1990) describe una organización de Estados Unidos, gestora de varios ambientes residenciales, que implica a los familiares de los pacientes en su proceso rehabilitador, ofreciéndoles su participación en la elaboración con el equipo de los planes individualizados, aprovechando el estrecho conocimiento de su familiar y de su experiencia diaria en la convivencia con el mismo. A esto se añadía la participación en grupos de autoayuda, en seminarios educativos, en eventos sociales, la recepción de boletines periódicos, etc.

— *Los vecinos:*

Se ha estudiado la conveniencia o no de proporcionar información a los vecinos antes de instaurar un alojamiento protegido en el barrio, y la percepción del impacto de los mismos.

Al respecto, Hogan (1986) recomienda contactar con los responsables municipales y los vecinos del barrio previamente a la instalación de un alojamiento, con objeto de informarles y hacerles copartícipes del proyecto para conseguir su ayuda. La falta de comunicación podría acrecentar la percepción de amenaza y el sentimiento de desconfianza e impediría el uso planificado de los recursos comunitarios que propiciarán la integración de los pacientes. Por otra parte, cuando se prefiere no informar es porque se opta por respetar la privacidad de los residentes y/o se teme que la información previa propicie la oposición del vecindario. Probablemente no deba definirse una recomendación fija al respecto. Habrá que tener en cuenta las características de la

comunidad, de los pacientes y de los recursos para saber qué es lo oportuno hacer.

Independientemente del conocimiento previo, Wahl (1993) encontró que, después de un año del establecimiento de una casa que albergaba a un grupo de pacientes, una cuarta parte de los vecinos desconocían su existencia y nadie destacaba la existencia de problemas con las propiedades, delitos, seguridad e incidentes molestos. Curiosamente, los vecinos de un barrio en el que no había ningún alojamiento de pacientes, vaticinaban una peor convivencia si se instaurara, a pesar de que las características demográficas y las actitudes hacia el cuidado comunitario de enfermos mentales era el mismo.

SITUACIÓN DEL SOPORTE RESIDENCIAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA

A fecha del 30 de Junio de 2001, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (2000) gestiona en la Comunidad Autónoma Andaluza 831 plazas residenciales en 147 recursos (19 casas-hogares, 79 pisos, 6 pensiones y 43 residencias). Además, hay 87 pacientes atendidos en Programas de Apoyo Externo, que residen en su propio medio con el soporte de profesionales de esta Fundación. Cada uno de estos recursos implican niveles de apoyo y supervisión diferentes, y, a su vez, en cada uno de ellos, se distinguen diversos subtipos, también en función de este mismo criterio. De esta manera se asegura la cobertura de una amplia gama de necesidades en función de diferentes perfiles de pacientes. Así, por ejemplo, en el caso de los pisos se conceptualiza este tipo de recursos como supervisado, sin personal durante todas las 24 h. del día; y se distinguen, pisos autónomos (con visitas de los profesionales mensua-

les o a demanda), pisos con supervisión de nivel 1 (con visitas semanales) y pisos con supervisión de nivel 2 (con visitas diarias).

Este sistema integra los dos modelos de gestión que se han señalado anteriormente. Por un lado, sigue estando presente el *modelo centrado en el recurso* -de "continuum"-, en el que los pacientes se incluyen en un determinado recurso según su nivel de autonomía, pero tiene la posibilidad de cambiar de alojamiento en función de sus progresos funcionales. Por otro lado, promueve el *modelo centrado en el paciente*, en que su soporte residencial se facilita en su propio medio, modificando el nivel de supervisión en función de sus posibilidades y necesidades de cada momento. Como se ha señalado anteriormente, los propios pacientes parece que podrían preferir este sistema (Carling y Ridgway, 1989; Anderson et al., 1993; Tanzman, 1993). El Programa de Apoyo Externo de FAISEM se orienta a este modelo. Este Programa puede ser, además, una vía de salida para algunos pacientes que usan otros recursos de FAISEM y que, con la intervención de los dispositivos sanitarios y del propio recurso, en algún momento pueden estar en disposición de poder volver a su propio medio con el apoyo de dicho Programa. En Sevilla, sin embargo, este Programa no se ejecuta directamente por FAISEM, sino a través de un concierto de colaboración de la Asociación de Allegados de Enfermos Esquizofrénicos (ASAENES).

La cuantificación de necesidades de plazas y recursos que hace FAISEM tiene como referencia orientadora los datos extraídos en 1997 según el sistema SISMA³ sobre pacientes psicóticos atendidos en el Área de Salud Mental depen-

³ Se trata del sistema de información de indicadores sanitarios que se usa en los dispositivos de salud mental de la Comunidad Autónoma Andaluza.

diente del Hospital Virgen Macarena. Las cifras se ponderan según ciertos criterios epidemiológicos generales (por ejemplo, que el 10 % de los pacientes psicóticos pueden tener necesidades especiales) y los datos resultantes de la dotación del momento de recursos residenciales en provincias con buena provisión. Se trata, pues, de una estimación según las necesidades locales de plazas residenciales, que parece la opción más razonable para su cálculo, según señala Wing (1992).

Ciertos pacientes presentan características clínicas y funcionales que dificultan su atención incluso en los recursos de mayor tutela, generando, entre otros, graves conflictos en la convivencia en los mismos. FAISEM deja abierto el debate a la creación de un recurso específico de lo que se podría denominar de *alta supervisión* (FAISEM, 2000). El Servicio Andaluz de Salud dispone de dispositivos específicos para el tratamiento de pacientes psicóticos con una grave actividad psicopatológica y resistentes al tratamiento. Se trata de las Comunidades Terapéuticas. Estas no están concebidos como alternativas residenciales sino como centros sanitarios, pero podrían servir para alcanzar niveles suficientes de atenuación sintomatológica y de funcionamiento social que permitan una aceptable inclusión en los recursos específicamente residenciales. Pero incluso así, el grupo de pacientes de los que se habla probablemente requerirían:

- períodos de tratamiento de unos 2-3 años (Shepherd, 1991,1995) para obtener cierta respuesta -por lo que dichas Comunidades Terapéuticas deberán ser consideradas para algunos casos como unidades de, al menos, media estancia-;
- una comunicación fluida entre las Comunidades Terapéuticas y los recursos residenciales, por la previsión de que estos pacientes vuelvan a necesitar en ciertos momentos de

su vida una mayor atención en dispositivos fundamentalmente sanitarios como los referidos;

- y la existencia de los mencionados recursos de *alta supervisión*⁴.

Ahora bien, Marcelino López (Director de Programas, Evaluación e Investigación de FAISEM), objeta —en la *Reunión de Trabajo sobre atención residencial a personas con trastorno mental severo*⁵— que, entre otras dificultades, dichos recursos podrían constituirse en espacios poco dinamizadores, por lo que sigue considerando preferentemente la opción de su distribución por los ya existentes.

Hay otro grupo de pacientes con un estilo de vida absolutamente libre y deambulante. Aunque FAISEM dispone en sus recursos de alguna plaza residencial disponible para uso transitorio, no va orientada a este tipo de pacientes. Más bien, estos se benefician en la actualidad de los comedores y camas de beneficencia, ya sea de instituciones religiosas u organizaciones laicas o de los servicios públicos. No obstante, al menos para el

⁴ No creemos que la "alta supervisión" deba entenderse como "alto control". Probablemente, con estos pacientes necesitamos funcionar con parámetros, si cabe, aún más individualizadamente flexibles, de forma que la relación cotidiana con ellos no se rija necesariamente por los criterios normativos y convivenciales al uso. Estos podrían ser una fuente de conflicto continuada, por lo que la tarea sería acordar unas pautas de conducta mínimamente imprescindibles, aceptablemente menos lesivas para sí o para los otros. Por ejemplo, quizá la aspiración no sería que no consumieran tóxicos, sino que no le ofrecieran a otros pacientes del recurso no consumidores.

⁵ Organizada por FAISEM y el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud y celebrada en San Fernando los días 24, 25 y 26 de Octubre de 2001.

caso de los albergues municipales, existen, en general, restricciones de uso, que obligan a las personas que lo usan a marcharse pasado cierto tiempo. Quizá en estos casos convenga considerar la flexibilización de las normas de acceso de los servicios que ya usan, para facilitar su acceso a "cama y comida" (Hopper *et al.*, 1997).

Como se ha señalado anteriormente, también los profesionales han sido objeto de las investigaciones en el ámbito residencial, ya que su actitud, conocimientos y comportamientos son importantes para la potenciación y compensación de su funcionalidad psicossocial y su estabilización psicopatológica. Como es lógico, FAISEM se ha ocupado en ofrecer instrumentos de formación de los profesionales que prestan servicio en sus recursos residenciales, desarrollando específicamente desde 1999 un programa de formación regional y provincial que ha abarcado un amplio número de facetas del tema y con diferentes formatos de aprendizaje (Memoria de Actividades de FAISEM, 1999; Memoria de Actividades de FAISEM, 2000). Así, tanto en reuniones como en seminarios formativos en los que participan responsables del programa residencial, de recursos y los monitores de los mismos, se han abordado aspectos administrativos, legales, clínicos y de intervención relativos a los pacientes mentales crónicos. Como en otros ámbitos (Raskin *et al.*, 1998; Charlesworth *et al.*, 1993), especial atención se está dando al clima emocional en la relación con los pacientes y la prevención de recaídas, a través del tratamiento formativo de la filosofía y contenidos psicoeducativos y el constructo "expresión emocional".

CONCLUSIÓN

Actualmente, la atención de las necesidades de las personas que padecen

trastornos mentales crónicos se realiza en el ámbito comunitario. Incluye la utilización de diversas técnicas, medidas y recursos de carácter biológico, psicológico y social. En consecuencia, junto a los dispositivos sanitarios, están implicados servicios, organismos e instituciones generales o específicos que cubren las necesidades no-sanitarias derivadas del padecimiento de estos trastornos. Entre ellas, las residenciales. A pesar de la experiencia en otros países, durante varios años algunos de estos pacientes sufrieron en nuestro medio las consecuencias negativas derivadas del hecho de que la desaparición de los hospitales psiquiátricos tradicionales no fue acompañada con el imprescindible desarrollo simultáneo de alternativas de esta naturaleza. En la Comunidad Autónoma Andaluza, la creación de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) permitió que se empezaran a subsanar estas carencias, propiciando el desarrollo de recursos residenciales que den respuesta a la precaria situación en la que se encontraban algunos pacientes y/o sus familias. Tal y como ha ocurrido en otros lugares, el modelo de apoyo residencial que ofrece FAISEM ha evolucionado, desde centrar el soporte residencial en la ubicación de los pacientes en recursos específicamente creados, a potenciar el soporte domiciliario en el propio medio y otras medidas tendentes a considerar las peculiaridades de cada caso con respuestas más individualizadas. Los dispositivos sanitarios y los recursos sociales públicos y privados están especialmente implicados en el soporte residencial de dos grupos de pacientes: los que plantean problemas graves en la convivencia debido a su sintomatología irreductible; y aquellos otros que requieren apoyos puntuales a demanda, fundamentalmente de tipo hostelero (comida y cama). Respecto a los primeros, aunque la potenciación de

la coordinación con los dispositivos sanitarios -sobre todo las Comunidades Terapéuticas- facilita su tratamiento, no hay que descartar la creación de recursos específicos para su alojamiento;

para los segundos, los acuerdos formales con los servicios sociales locales pueden permitir un uso más flexible para ellos de los recursos ya disponibles en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldaz, J. y Sánchez, M. (1996). Interacción paciente-personal: variables y condicionantes que afectan al personal rehabilitador. En J. A. Aldaz y C. Vázquez (comps.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, (323-339). Madrid: Siglo XXI.
- Alisky, J. y Iczkowski, B. (1990). Barriers to housing for desinstitutionalized psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 93-95.
- Anderson, J.; Dayson, D.; Willis, W. et al. (1993). The TAPS Project 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *British Journal of Psychiatry*, 162 (suppl. 19), 45-46.
- American Psychiatric Association (1982). *A tipo -logy of community residential services*. Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association (1997). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. New York: APA.
- Bachrach, L. (1984). Research on services for the homeless mentally ill. *Hospital Community Psychiatry*, 35, 910-913.
- Bernheim, K. F. (1990). Promoting family involvement in community residences for chronic mentally ill persons. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 668-670.
- Carling (1993). *Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to meeting housing needs*. Boston: University.
- Carling, P. y Ridgway, P. (1989). Aproximation to residential programs. En A. D. Farkas y W. A. Anthony (Eds.). *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*. Baltimore: J. H. University.
- Charlesworth, B.; Sacks, J.; Templer, D. y Thackrey, M. (1993). Negative emotion as predictor of relapse in persons with schizophrenia living in boerd and care hoemes. *Community Mental Health Journal*, 29, 261-268.
- Eikermann, B. y Reker, T. (1991). A modern therapeutic approach for chronically mentally ill patients -results of a four-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 357-363.
- Fundación para la Integración Social del Enfermo Mental (2000). *Criterios para el desarrollo del programa residencial*. Sevilla: FAISEM.
- García, I.; Corcés, V.; Gantes, J. C. Y Gallego, M. (1994). Revisión sobre rehabilitación en las revistas de salud mental españolas. *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 2, 9-21.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Londres: Penguin.
- Hawthorne, W.; Fals-Stewart, W. y Lohr, J. (1994). A treatment outcome study of communitybased residential care. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 152-155.
- Hogan, R. (1986). Gaining community support for group homes. *Community Mental Health Journal*, 22, 117-126.
- Hopper, K.; Jost, J.; Hay, T.; Welbes, S.; Haulgland, G. (1997). Homelessness, severe mental illness and the institutional circuit. *Psychiatric Services*, 48, 659-665.
- Howat, J. y Kontny, B. (1982). The outcome for discharged Nottingham long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 590-594.
- Hyde, C.; Bridges, K.; Sterling, C. y Faragher, B. (1987). The evaluation of a hostelward. A controlled study using modified cost-benefit analysis. *British Journal Psychiatry*, 151, 805-812.
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Instituto Andaluz de Salud Mental (1986). *La reforma psiquiátrica en Andalucía*. Sevilla: Instituto Andaluz de Salud Mental.
- Instituto Andaluz de Salud Mental (1987). *Propuesta de organización de los servicios para la atención sanitaria a las necesidades de salud mental en la Comunidad Autónoma Andaluza*. Sevilla: Instituto Andaluz de Salud Mental.
- King, C. y Shepherd, G. (1994). Outcomes in hospital hostels: a preliminary search for predictors. *IX Annual TAPS Conference*. Londres: Royal Free Hospital.
- Kingdom, D.; Turkington, D. Malcolm, K. y Larkin, E. (1991). Replacing the mental hospital. Community provision for a district's chronically psychiatrically disabled in domestic environments?. *British Journal of Psychiatry*, 158, 113-117.
- Lamb, H. (1976). Guiding principles for community survival. En H. Lamb (Ed.). *Community survival for long-term patients*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lamb, H. (1979). The new asylums in the community. *Archives General of Psychiatry*, 36, 129-134.
- Lamb, H. (1990). Will we save the homeless mentally ill?. *American Journal of Psychiatry*, 147, 649-651.
- Lamb, H. (1992). Perspectives on effective advocacy for homeless mentally ill persons. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1209-1212.
- Lamb, H. y Goertzel, V. (1971). Discharged mental patients, are they really in the community?. *Archives General Psychiatry*, 24, 29-34.
- Leff, J. (1993). The TAPS Project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 162.
- Leven, L.; Donaldson, L. Y Brandon, S. (1985). How likely is it that a district health authority can close its large mental hospitals?. *British Journal of Psychiatry*, 147, 150-155.
- Ley General de Sanidad* (1986). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Liberman, R. P. (1988). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca, 1993.
- López, M. (2001). Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a "la cronicidad" en salud mental. Conferencia en *I Congreso Nacional de Rehabilitación en Salud Mental*. Salamanca: Junio.
- MacMillian, M.; Hornblow, A. y Baird, K. (1992). From hospital to community: a follow up of community placement of the long term mentally ill. *New Zealand Medical Journal*, 105, 349-350.
- McReady, R. G., Wilson, D. A. y Burton, L. L. (1983). The Scottish Survey of "new chronic" inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 143, 564-571.
- Martínez López, M. J. (1996). Alojamientos protegidos para enfermos mentales esquizofrénicos. *Apuntes de Psicología*, 47, 99-113.
- Memoria de actividades de FAISEM* (1999). Sevilla: FAISEM.
- Memoria de actividades de FAISEM* (2000). Sevilla: FAISEM.
- Moniz-Cook, E.; Agar, S.; Silver, M.; Woods, R.; Wnag, M.; Elston, C. y Win, T. (1998). *International Journal Geriatric Psychiatry*, 13, 149-158.
- Muijen, M. (1994). Rehabilitation and care of mentally ill. *Current Opinion in Psychiatry*, 7, 202-206.
- Murray, R.; Baier, M.; North, c.; Lato, M. y Eskew, C. (1997). One-year status of homeless mentally ill clients who completed a transitional residential program. *Community Mental Health Journal*, 33, 43-50.
- Okin, R.; Borus, J.; Baer, L. y Jones, A. (1995). Long-term outcome of state hospital patients discharged into structures community residential settings. *Psychiatric Services*, 46, 73-79.
- Organización Mundial de la Salud (1991). *Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ranz, J. M.; Horen, B. T.; McFarlane, W. y Zito, J. M. (1991). Creating a supportive environment using staff psychoeducation in a supervised residence. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1154-1159.
- Raskin, A.; Mghir, R.; Peszke, M. y York, D. (1998). A psychoeducational program for caregivers of the chronic mentally ill residing in community residences. *Community Mental Health Journal*, 34, 393-402.
- Reker, T.; Eikelman, B. y Folkerst, H. (1997). Prevalence of psychiatric disorders and outcome of social integration of homeless men.
- Ridgway, P. y Zipple, A. (1990). The paradigm shift in residential services: from the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13.
- Segal, S.; Cohen, D.; y Marder, S. (1992). Neuroleptic medication and prescription practices with sheltered-care residents: a 12-year perspective. *American Journal of Public Health*, 82, 846-852.
- Segal, S. y Koetler, P. (1991). A ten-year perspective of mortality risk among mentally ill patients in

Soporte residencial de enfermos mentales crónicos

- sheltered care. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 708-713.
- Segal, S. y Koetler, P. (1993). Sheltered care residence: ten-year personal outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 80-91.
- Shepherd, G. (1991). Psychiatric rehabilitation for the 1990's. En F. N. Watts y D. H. Bennet (comps.), *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*, Wiley: Chichester.
- Shepherd, G. (1995). The "ward-in-a-house". Residential care for the severely disabled. *Community and Mental Health Journal*, 31, 53-69.
- Shepherd, G. (1996). Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En J. A. Aldaz y C. Vázquez (comps.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Sobrino, T.; Rodríguez, A. y Fernández, J. M. (1997). Servicios residenciales comunitarios para personas con enfermedades mentales crónicas. En A. Rodríguez (Coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 450-455.
- Wahl, O. F. (1993).. Community impact of group homes for mentally ill adults. *Community Mental Health Journal*, 29, 247-259.
- Wing, J. K. (1992). *Epidemiologically-based health needs assessments*. Londres: Royal College of Psychiatrists Research Unit.