

Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas



Marcelino LÓPEZ ÁLVAREZ*; **Ladislao LARA PALMA****;
Margarita LAVIANA CUETOS***;
Luis FERNÁNDEZ PORTES****;
Pablo GARCÍA-CUBILLANA DE LA CRUZ*****;
Andrés LÓPEZ PARDO****

RESUMEN

Los programas residenciales son un campo de creciente interés, tanto teórico como práctico, dentro de la atención comunitaria a personas con trastorno mental severo. Al igual que sucede con otros programas de apoyo social para personas con este tipo de problemas, dicho interés deriva de una doble perspectiva que parece razonable integrar. Así, por una parte, pueden ser vistos como una prolongación de la atención sanitaria, en virtud de sus efectos sobre parámetros clínicos, funcionales y de ajuste social; pero, al mismo tiempo, cabe considerarlos como una prestación social que permite cubrir una necesidad o carencia vital, facilitando la permanencia en la comunidad y el ejercicio de un derecho ciudadano básico.

* Psiquiatra. Sociólogo. Director de programas, evaluación e investigación. FAISEM. Sevilla.

** Psiquiatra. Ex gerente de FAISEM. Sevilla.

*** Psicóloga clínica. Coordinadora de Comunidad Terapéutica. Área de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío. SAS. Sevilla.

**** Psiquiatra. Técnico de FAISEM. Sevilla.

***** Enfermero. Especialista en Salud Mental. Técnico de FAISEM. Sevilla.

Correspondencia: Marcelino López Álvarez. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Avda. de las Ciencias, 27, Acceso A. 41020 Sevilla. Correo electrónico: marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

Recibido: 8-9-03. Aceptado: 24-9-03.

En la medida en que, al igual que sucede con el conjunto de la atención comunitaria en salud mental, hay ya un considerable desarrollo de este tipo de programas en distintos lugares, el artículo pretende realizar una amplia revisión de la literatura profesional nacional e internacional sobre el tema, como base para formular algunas propuestas sobre estructura y funcionamiento de un programa residencial para personas con trastorno mental severo en nuestro país. Propuestas que incorporan también, lógicamente, algunos elementos derivados de nuestra experiencia en Andalucía.

PALABRAS CLAVE: Atención comunitaria en salud mental. Personas con trastorno mental severo. Programas de apoyo social. Programas residenciales. Alojamiento.

RESIDENTIAL PROGRAMS FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDERS. REVIEW AND PROPOSALS

SUMMARY

On both a theoretical and a practical level, residential programs are a field of growing interest in the administration of community care to people with severe mental disorders. As with other social support programs directed at people with these problems, this interest comes from a double perspective. On one hand, by virtue of their effects on clinical, functional, and social adjustment dimensions, residential programs can be seen as an extension of basic health care. At the same time, however, they can be considered a social service that addresses a specific need, thereby facilitating the exercise of basic citizens' rights and, with that, life in the community.

Like other areas of mental health community care, programs of this kind have undergone considerable development in different places. By comprehensively taking stock of the existing literature on the topic, both within Spain and abroad, the purpose of this paper is to set a basis for formulating proposals involving the structure and functioning of a residential program for people with severe mental problems in our country. Naturally such proposals will also incorporate aspects of our experience in Andalusia.

KEY WORDS: Community mental health services. Severe mental disorders. Social support programs. Residential care. Housing.

INTRODUCCIÓN

La utilidad y principales características de los programas residenciales para personas con trastorno mental severo son objeto de creciente interés, tanto teórico como práctico, dentro de la atención comunitaria en salud mental¹⁻⁷. Si el primero puede comprobarse consultando el importante número de publicaciones internacionales sobre el tema, el segundo se refleja, por ejemplo, en el número de iniciativas, discusiones y

reivindicaciones sobre alojamientos alternativos que empiezan a producirse entre administraciones, familiares y profesionales en distintas comunidades autónomas de nuestro país.

En conjunto, podríamos decir que hay un creciente consenso con respecto a que se trata de un componente esencial de la atención comunitaria a personas con este tipo de problemas, en la medida en que hay una evidencia acumulada suficiente para afirmar que la provisión de un alojamiento adecuado representa una de las condiciones críticas para garantizar dicha atención. Sin embargo, la orientación y desarrollo concreto de este tipo de programas presenta todavía importantes diferencias entre y dentro de distintos países, a la vez que muchos aspectos de su estructura, gestión y funcionamiento siguen siendo objeto de controversia^{3, 8-12}. Entre otras cosas, porque el alojamiento, en modelos de atención que ya no se basan en hospitales psiquiátricos, se convierte en un campo sometido a fuertes presiones (por parte de profesionales, familiares y opinión pública), en las que resulta difícil diferenciar la preocupación real por la situación de los pacientes de la mera perpetuación de las tendencias de segregación social que están en la base del origen y mantenimiento de las viejas instituciones.

Controversias que, además, se ven influidas en muchas ocasiones por problemas terminológicos no siempre bien precisados⁸, utilizándose por ejemplo algunos términos («supervisado», «asistido», «tutelado», «apoyado», etc.) unas veces como sinónimos y otras para señalar tipos específicos de alojamiento.

En nuestro país la situación deja bastante que desear, tanto en términos de teoría como de desarrollos prácticos¹³⁻¹⁹, al igual que, por otra parte, sucede con distintos aspectos de la atención en salud mental. Andalucía es una de las comunidades en las que se está produciendo un desarrollo relativamente importante de éste y otros programas de apoyo social^{6,15,16}, y pensamos que el estudio que acabamos de terminar sobre «Evaluación de un programa residencial para personas con trastorno mental severo», puede ser útil como elemento de reflexión teórica y sistematización del trabajo cotidiano. Un paso más, por pequeño que sea, en el proceso de desarrollo de una tecnología de atención comunitaria en salud mental, acorde con las necesidades y posibilidades de nuestra concreta realidad social⁶⁻⁷

vitables, las grandes líneas de desarrollo de modelos internacionales, ya que, si bien la estructura y funcionamiento actuales del programa tienen mucho de «local» (para lo bueno y para lo malo, si se nos permite la expresión), reflejan, como no podía ser menos, líneas de trabajo, debates y consideraciones teórico-prácticas procedentes de experiencias de otros países (USA, Canadá, Reino Unido e Italia, fundamentalmente).

En ese contexto, el artículo intenta, a través de una lectura crítica de la información nacional e internacional que nos ha parecido más relevante, resumir los aspectos más característicos de la situación actual de este tipo de programas, en los países con mayor desarrollo de la atención comunitaria en salud mental. Pretendemos con ello contextualizar la posterior presentación de los principales resultados del estudio anteriormente mencionado, a la vez que extraer algunas consecuencias prácticas para la organización y desarrollo de este tipo de programas en nuestro país.

ATENCIÓN COMUNITARIA, REHABILITACIÓN Y PROGRAMA RESIDENCIAL

Parece claro que, como ya hemos mencionado, un programa residencial para personas con trastorno mental severo tiene sentido en el marco de la atención comunitaria a este tipo de personas^{3,5,6,26}. Esto es más evidente en nuestro caso, sin hospitales psiquiátricos, pero en gran medida se aplica incluso en situaciones de coexistencia entre dichas instituciones y redes de servicios comunitarios.

Como hemos planteado en otras ocasiones⁶⁻⁷, para nosotros la atención comunitaria debe considerarse como una tecnología, integrada en el desarrollo social y científico-técnico y muy dependiente de los grupos profesionales y no profesionales que en ella interactúan. Tecnología necesitada además de clarificaciones conceptuales y terminológicas a la vez que de depuraciones metodológicas importantes que aquí no podemos abordar más que de modo extremadamente resumido.

En relación con los conceptos, parece cada vez menos discutible la factibilidad de una atención comunitaria, como alternativa a la atención tradicional basada en hospitales psiquiátricos^{3,5}. Sus principios generales pueden resumirse^{1,2,6,7,23,27} teniendo en cuenta que representa la aplicación al campo de la salud mental de un enfoque de salud pública, lo que implica básicamente un compromiso con territorios-poblaciones concretas así como la utilización de criterios de prioridad epidemiológica. Su orientación general se basa en lo que podríamos denominar una «filosofía de la rehabilitación», que pone el énfasis en la funcionalidad personal y social más que en el control de síntomas, a la vez que defiende la consideración y el respeto a las personas concretas en sus contextos reales de vida. Y, finalmente, su desarrollo organizativo y funcional implica redes coordinadas de servicios sanitarios y sociales, así como la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo y la participación activa de los diversos agentes profesionales y ciudadanos.

Dentro de este enfoque o «paradigma tecnológico»^{6,7}, alternativo a otros modelos como los basados en hospitales psiquiátricos o servicios médicos más tradicionales, tiene una especial relevancia el papel de la rehabilitación entendida como filosofía²⁸ y estrategia²⁹, pero también como técnicas o programas concretos —«rehabilitación psicosocial»³⁰—, que pueden además contar con dispositivos específicos dentro de la

no» del hospital o un espacio terapéutico o rehabilitador, algo que satisface una necesidad social y permite a la persona disponer de un anclaje en la comunidad^{11,31}. Aspectos que, mostraremos a continuación, se reflejan claramente en la evolución de los planteamientos prevalecientes con respecto a los programas residenciales.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS PROGRAMAS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

Si revisamos* las publicaciones generales sobre programas residenciales en distintos lugares del mundo que cuentan con servicios comunitarios de salud mental, veremos que dichos programas han seguido, en la mayoría de los casos, desarrollos bastante paralelos, convergiendo actualmente en una serie de características básicas comunes, aún cuando sigan manteniendo importantes diferencias nacionales y locales.

Evolución de la atención residencial

De manera habitual, los programas que podemos considerar más avanzados han experimentado en su desarrollo algunas transiciones o cambios de orientación («paradigma») similares^{8-12, 15, 40-48}, cambios que podemos resumir básicamente en un esquema que contempla tres fases sucesivas^{15,47}, con rasgos suficientemente diferenciados.

En un primer momento las alternativas residenciales para personas con enfermedades mentales graves surgen desde los hospitales psiquiátricos, bajo la forma de estructuras intermedias («casas a medio camino», «viviendas de transición»), que pretenden servir de paso para la vida en la comunidad, prolongando la atención sanitaria con un importante contenido terapéutico y/o rehabilitador^{3, 11, 22, 42, 45-55}. Posteriormente, el cierre de camas ocasiona, en bastantes lugares, el uso de estructuras residenciales de tipo general que, en muchos casos siguen modelos «custodiales» no siempre diferenciados de los de los hospitales^{5,45,47}.

Progresivamente los programas empiezan a adquirir independencia de las redes de servicios sanitarios, a la vez que adoptan una estructura que combina distintas alternativas graduadas, según niveles de supervisión y apoyo, en un intento de adaptarse a los respectivos niveles de dependencia por los que pasan los miembros del colectivo. Ese modelo, que suele recibir el nombre de *continuum* lineal o *continuum* resi-

* La revisión incluye la búsqueda específica a través de MEDLINE y de la base de datos del CSIC, para publicaciones internacionales y nacionales, respectivamente, referidas a los últimos 15 años, así como una búsqueda manual sistemática de las referencias significativas, citadas en las publicaciones de este modo obtenidas.

dencial, incluye un abanico de alternativas, desde la vivienda propia hasta estructuras específicas para personas con graves dificultades de convivencia y elevado grado de dependencia, pasando en ocasiones por más de 10 tipos de dispositivos diferenciados^{11,15,40,45,54-60}. A pesar de importantes disparidades en tipología y dotación, los dispositivos más utilizados en distintos países son apartamentos supervisados, «viviendas grupales» (*group-homes*) de tamaño relativamente pequeño (entre 5 y 20 residentes, frecuentemente con menos de 10 tanto en USA como en el Reino Unido⁵⁸⁻⁶⁰) y pequeñas residencias (*hostels*), estos dos últimos con personal^{5,45,58-60}.

En cualquier caso, el sistema implica una importante capacidad de decisión del equipo o equipos del programa, a la hora de indicar el paso de los usuarios de un dispositivo a otro, según evolucionan (hacia delante o hacia atrás) sus niveles de autonomía, y en muchas ocasiones sigue conservando algún tipo de intervención terapéutica y/o rehabilitadora, al menos en una parte de los dispositivos, en la medida en que se consideran como pasos transitorios hacia situaciones de mayor autonomía.

Este modelo «gradual» o «lineal» empieza pronto a ser objeto de críticas en relación con varios aspectos^{40-41,56}, como son el poco margen que habitualmente deja a la iniciativa y preferencias de los usuarios, y las dificultades con que se encuentra a la hora de hacer efectiva, en la práctica, la movilidad teórica que fundamenta el modelo. Problemas que se deben tanto a la desestabilización que, en bastantes ocasiones, suponen los cambios de domicilio para personas con este tipo de problemas, como a la conocida dificultad, que muchas de ellas tienen, para generalizar conductas fuera de los contextos concretos en los que las aprendieron⁵⁶. Unido a la existencia, habitual dentro del *continuum*, de demasiados dispositivos de gran tamaño y excesiva dependencia (con su riesgo de institucionalismo), y bajo la presión creciente de los movimientos organizativos de usuarios³⁵, el análisis de esos problemas y los relativamente pobres resultados del modelo⁵⁶ determinan la aparición, básicamente en Estados Unidos y hace poco más de una década, de un modelo alternativo, denominado de *apoyo residencial*^{8,11,15,40,41,61-63}.

A pesar de algunas diferencias internas⁶², esta nueva orientación (cuyas principales diferencias con la anterior pueden verse en la tabla 1) presenta una serie de características comunes como son el énfasis en la necesidad de alojamiento con relativa independencia de la atención sanitaria, la importancia que se da a la autonomía y capacidad de decisión de los usuarios y su preferencia por hogares permanentes, así como la conveniencia de generar mecanismos más flexibles e individualizados de apoyo, no sólo sanitario sino también específicamente residencial.

Si bien no hay unanimidad en aceptar sin más esta última visión⁶³⁻⁶⁴, parece razonable extraer de ella algunos elementos a tener en cuenta en cualquier programa residencial. Es posible defender así, como proponemos más adelante, una perspectiva integradora^{15,56}, que, desde un modelo general de «apoyo residencial» y asumiendo por tanto los principios que describe la segunda columna de la citada tabla, incluya-

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE DOS MODELOS ALTERNATIVOS DE PROGRAMAS RESIDENCIALES*

MODELO DE <i>CONTINUUM</i> RESIDENCIAL <i>LINEAR CONTINUUM</i>	MODELO DE APOYO RESIDENCIAL <i>SUPPORTED HOUSING</i>
— Contexto residencial de tratamiento	— Hogar
— Indicación	— Elección
— Rol de cliente o usuario	— Roles normales
— Control por el personal	— Control del hogar por el cliente
— Agrupación por discapacidad	— Integración social
— Contextos preparatorios y de transición	— Aprendizaje en el mundo real en contextos permanentes
— Niveles de servicio estandarizados	— Servicios y apoyos flexibles e individualizados
— Entorno con las menores restricciones posibles	— Entorno lo más facilitador posible
— Independencia	— Apoyos de larga duración

* Modificado de Lehman y Newman¹⁰.

también una variedad de dispositivos complementarios del domicilio personal, organizados en red y que, en medida variable, dispongan, al menos en algunos de ellos, de algún tipo de «componente rehabilitador»^{26,42,56}, aunque sea en el sentido más general de adquisición de habilidades para la vida en la comunidad. De este modo, el problema sería no tanto de opción radical por uno u otro modelo, sino de balance o énfasis específico dentro de un modelo mixto, más global y comprehensivo^{8,15,26}.

Paralelamente a este desarrollo histórico y dentro de una lógica evolutiva común, se producen *cambios en la tipología de usuarios*^{8,11,15,26,40-42,55,64-69} de este tipo de programas. Cambios que, a su vez, refuerzan la evolución de los modelos residenciales, en confluencia con otros fenómenos sociales como el de las poblaciones «sin hogar», especialmente en Estados Unidos⁷⁰⁻⁷¹. Aspecto sobre el que volveremos a continuación.

En un primer momento la mayoría, si no la totalidad de los usuarios, provenían de hospitales psiquiátricos, siendo personas con una larga historia institucional, una serie de necesidades bastante homogéneas, gran capacidad de adaptación a las características de los programas y para las que, en general, el cambio de entorno funcional y de contexto representaba por sí mismo un avance considerable.

Progresivamente este grupo fue primero complementado y luego sustituido por un colectivo diferente, más heterogéneo, con personas habitualmente más jóvenes, con más dificultades de adaptación y potencialmente más «exigentes», al asumir un rol bastante más activo que el tradicional^{5,26,42,65-69}.

Esta transición, común a los distintos programas residenciales en redes comunitarias de servicios, se ve determinada básicamente por la disminución primero y desaparición final de los hospitales psiquiátricos³⁻⁴ y el progresivo predominio de usuarios sin largos periodos de institucionalización. Pero se ve también influida por dos procesos diferentes, que introducen matizaciones locales de interés.

Uno es el avance de movimientos de activismo social y autoorganización de los usuarios de servicios de salud mental³⁵, en línea con movimientos sociales más amplios hacia la autonomía personal y la libertad individual. Así, como hemos referido brevemente al principio, al hablar de la atención comunitaria^{6-7,31}, el énfasis en la ciudadanía se inserta en la aparición de colectivos organizados de afectados que reivindican su papel en la valoración de necesidades y establecimiento de objetivos propios («recuperación»), entre los que está lógicamente la «normalización» en ámbitos vitales como el alojamiento y el empleo^{6-8,39,61,72-76}.

Y el otro con la aparición, fundamentalmente en Estados Unidos, de un masivo proceso de «pérdida de hogar», que afecta en los años 80 a muchas personas entre las que se encuentran bastantes con graves problemas de salud mental^{40,70-71}.

El proceso es interesante porque la extrapolación habitual de una lectura, por otro lado bastante sesgada, del proceso en USA, ha servido y sigue sirviendo como munición pesada contra la atención comunitaria^{3-5,40,70-71,77-83}. El análisis habitual tiende a relacionar directamente el fenómeno *homeless* con la desinstitucionalización, pasando por encima de importantes matices: sólo una parte de las personas sin hogar son enfermos mentales⁷¹, es mínimo el porcentaje de los que provienen de procesos de desinstitucionalización^{5,84} y, además, la concreción temporal del proceso guarda relación con la crisis de la vivienda en grandes zonas del país⁴⁰, además de otras peculiaridades de la sociedad norteamericana, como las graves carencias de políticas sanitarias y sociales públicas^{2,5,40,85}. Aunque el fenómeno en otros países no tiene ni de lejos la dimensión del norteamericano, ello no ha sido óbice para que sectores tradicionales, profesionales y no profesionales, intenten presentarlo como el correlato casi inevitable de la desinstitucionalización, a pesar de las evidencias acumuladas en distintos lugares sobre la efectividad de una atención comunitaria adecuadamente organizada^{3,5,84,86}.

Dentro de los nuevos perfiles de usuarios de programas residenciales se incluyen por tanto el de las personas sin hogar, con una abundante bibliografía al respecto^{2,3,5,62,64,70-71,78-80,83-85,87-89,90-92}, y con recomendaciones tanto comunes como específicas^{62,64,70,89,91-92}: más apoyo, pero también mayor flexibilidad para adaptarse a las características peculiares de los distintos miembros de este colectivo, que exigen procesos diferenciados y de larga duración para encajar de modo estable en sistemas de atención sanitaria y social. Así, la combinación de programas residenciales flexibles y procedimientos «asertivos» de atención, parece dar resultados razonables en distintos contextos^{89,91-92}.

Del mismo modo, se ha diversificado también el espectro de usuarios con situaciones familiares diversas (unido a la progresiva pérdida de capacidad de contención familiar): personas sin familia, con familia no colaboradora o disfuncional* o más

* No son raros los casos de familias con más de un miembro afectado por la enfermedad.

simplemente y cada vez en mayor medida, personas que prefieren vivir de manera independiente, pero necesitan para ello algún tipo de apoyo^{15,42}. Aspecto que, en la medida en que guarda relación directa con los cambios en la estructura y funcionamiento familiar, en la que los países latinos vamos con un cierto «retraso» con respecto a los anglosajones, nórdicos y centroeuropeos, tiene implicaciones a la hora de hacer estimaciones sobre necesidades futuras^{8,93-95*}.

Determinación de necesidades

Uno de los problemas no resueltos es el de los estándares cuantitativos con respecto al número de plazas necesarias, problema que es sólo un aspecto del más general, relativo a las distintas necesidades de atención comunitaria a personas con trastorno mental severo y persistente²⁶.

De hecho, en la mayoría de los países y de manera específica en el nuestro, hay dificultades para fijar con precisión la prevalencia real de personas con ese tipo de problemas, incluso una vez puestos de acuerdo en los criterios para una definición operativa del concepto «trastorno mental severo»^{6-7,28,90}. Pero es que, además, aunque pudiéramos disponer de esos datos, nos enfrentamos con la carencia de indicadores precisos que permitan traducir las informaciones de prevalencia en necesidades concretas, tanto de apoyo social en general como de atención residencial en sentido estricto. Así el paso desde la enfermedad a los niveles de discapacidad y desde éstos a las necesidades individuales concretas, tanto en un momento dado como en su evolución temporal, son todavía imposibles de estandarizar, dada su dependencia de factores contextuales específicos como son la capacidad de apoyo familiar o la estructura, dotación y funcionamiento de otros servicios sanitarios y sociales^{6-9,44,50}.

Por último, hay que tener en cuenta también que muchos programas de apoyo social son, aisladamente y en combinación con los sanitarios, bastante polivalentes; así, por ejemplo, una necesidad residencial puede ser cubierta por una mayor implicación sanitaria, un programa de día y algún tipo de apoyo familiar, lo que, en expresión de George Shepherd²⁶, aumenta bastante el «intervalo de confianza» de las estimaciones que inevitablemente debemos hacer sobre el número de plazas residenciales necesarias.

* Implicaciones que, por otra parte, tampoco son fáciles de precisar en términos de magnitud y tiempo. Es relativamente fácil desmarcarse de las posturas extremas: no parece que vayamos a seguir manteniendo indefinidamente nuestra «peculiaridad» sociológica, pero tampoco que vayamos a pasar en pocos años a situaciones familiares como las de los países nórdicos; pero es mucho más difícil fijar los ritmos y tipologías de la transición, lo que hace especialmente poco precisas las estimaciones que podamos hacer, basándonos en esa evolución a la hora de plantearnos objetivos cuantitativos de plazas hospitalarias y residenciales.

Todo ello hace que, tanto las cifras de necesidades de plazas calculadas como las realmente existentes en distintos países, no puedan extrapolarse de modo automático. De hecho, si revisamos alguna información internacional, como la que se resume a título de ejemplo en las tablas 2 y 3, llama la atención no sólo la disparidad de cifras y márgenes en los cálculos y en las dotaciones reales, incluso cuando se trata de cifras obtenidas con procedimientos estandarizados⁹⁴, sino la desproporción con respecto a la situación actual y razonablemente previsible en nuestro país*. De ahí que, como señalan varios autores, sean precisos cálculos locales en los que, durante mucho tiempo, vamos a tener que tolerar importantes márgenes de incertidumbre^{9,26}.

TABLA 2: EJEMPLOS DE ESTIMACIONES DE NECESIDADES DE PLAZAS RESIDENCIALES NO HOSPITALARIAS EN LONDRES (PLAZAS POR 100.000 H)*

TIPO DE DISPOSITIVO	WING (1992)	STRAHDEE Y THORNICROFT (1992)	PRISM (1996)	RANGO GLOBAL (mín./máx.)
cobertura 24 horas y personal de enfermería	10-30	16-60	5-20	16-140
cobertura 24 horas	16-44	—	20-120	—
cobertura diurna	10-30	12-48	6-24	6-48
baja supervisión	—	19-40	12-48	0-48
<i>Total</i>	36-104	47-148	42-212	36-212

* Modificado de Thornicroft y Tansella⁸⁶.

* La extrapolación a Andalucía, de algunas de dichas cifras, daría un número de plazas residenciales superior al de personas con diagnóstico de esquizofrenia atendidas por los servicios sanitarios. Desproporción similar a la que, por otra parte, se produce con otros recursos de salud mental (camas, personal, etc.), prolongando la que en su día se daba entre camas en hospitales psiquiátricos (con cifras que llegaban a multiplicar por siete las nuestras) y que no parece fácil explicar únicamente por datos económicos o de estricta política de servicios.

TABLA 3: DOTACIÓN RESIDENCIAL EN DIFERENTES REGIONES EUROPEAS (PLAZAS POR 100.000 H)*

TIPO DE DISPOSITIVO	AMSTERDAM	COPENHAGUE	LONDRES	VERONA
cobertura 24 horas	—	146,5	32,9	36,6
supervisión cotidiana	78,5	90,6	5,6	—
baja supervisión	—	—	—	—
plazas de uso temporal	—	12,9	4,7	16,3
<i>Total</i>	78,5	250,0	43,2	52,3

* Modificado de Becker *et al.*⁹⁴

Tampoco son demasiado precisas las estimaciones sobre los distintos sectores o subpoblaciones^{64-66,95} que serían subsidiarios de tratamientos diferenciados dentro de un programa residencial. A este respecto, diversos estudios mencionan la tendencia de muchos programas a «dejar fuera» algunos grupos específicos como son^{42,55}, por ejemplo, personas mayores con demencia y problemas de conducta, personas con patología psicótica y retraso mental, personas con alteraciones neurológicas y conductas difíciles, etc. También se hace referencia a las conductas disruptivas y el consumo de tóxicos como factores que dificultan la entrada y mantenimiento en los programas, especialmente en aquellos cuya gestión depende de sectores privados.

En concreto, hay dos subgrupos sobre los que parece clara la necesidad de intervenciones residenciales específicas, a uno de los cuales, el de las personas con trastorno mental severo dentro de los colectivos «sin hogar», ya hemos hecho referencia en el apartado anterior.

El otro es el formado por los que el equipo del *Team for the Assessment of Psychiatric Services* (TAPS) denomina «pacientes difíciles de situar»^{5,53,96}, en realidad personas con gran número de problemas tanto en lo que respecta a su sintomatología como a su funcionalidad personal y social, con graves trastornos de conducta y dificultades de ajuste^{26,42,55,95-96}. Personas que necesitan programas individualizados de larga duración, articulando diferentes formas de atención sanitaria y social, entre las que figura el paso combinado por estructuras residenciales de gran capacidad de contención y apoyo y por estructuras sanitarias de idénticas características, del tipo de las descritas en el Reino Unido como *wards-in-a-house*^{26,97} (similares, en algunas de sus funciones, a las que pueden cumplir las comunidades terapéuticas del Servicio Andaluz de Salud^{6,25}).

Componentes del programa

Si revisamos ordenadamente los distintos aspectos que suelen estar incluidos en los programas residenciales, merece la pena hacer referencia a algunos de sus componentes habituales.

En primer lugar, y con respecto a las funciones que puede o debe cubrir, incluyendo desde las más generales a algunas más particulares o específicas, parece lógico que un programa residencial facilite elementos básicos como son el alojamiento y la manutención («techo y comida»), pero también otros que forman parte de lo que habitualmente consideramos un hogar: organización de la vida cotidiana, relaciones sociales básicas y apoyo interpersonal^{8,12,15,31,42,54,58,98}. De hecho la transición entre los conceptos de «casa» y «hogar»^{31,58-60} refleja bastante bien los mencionados cambios de enfoque o modelo de los programas. Pero, además, en ocasiones, una estructura residencial se utiliza satisfactoriamente como espacio de rehabilitación o alternativa a la hospitalización, tanto de corta como de media y larga estancia^{28,61,96,99-101}.

Un aspecto relacionado con éste es el que hace referencia al *carácter temporal o definitivo del alojamiento*. También aquí, dentro de la disparidad^{45,58-60,98}, se reflejan las tendencias evolutivas que hemos resumido anteriormente, pasando desde la consideración de espacios de transición («casas a medio camino», «pisos de entrenamiento», «pre-pisos», etc.) de los primeros programas de desinstitucionalización, a la búsqueda de alojamiento estable y permanente de los modelos de apoyo residencial.

En cualquier caso es habitual, incluso con modelos de apoyo residencial, que haya una gradación de estructuras, que intente facilitar un abanico lo más amplio posible de alternativas adaptables a la importante diversidad de necesidades de los usuarios, combinando distintos niveles de supervisión y apoyo, tipos de funciones (sanitarias y no sanitarias) y grados de transitoriedad-estabilidad⁹⁸. Aunque los nombres son diferentes y el número de dispositivos también, el esquema básico es más o menos común, situando en un extremo la vivienda propia del usuario y en el otro dispositivos con personal las 24 horas. La tabla 4 ofrece un esquema, utilizado en el Reino Unido, pero que, en nuestra opinión, puede servir para clasificar las estructuras habituales en distintos países^{26,48,56,67-68}, aunque se aplica mejor a modelos que podemos denominar «asistidos» (*sheltered*) que a los basados en «apoyos externos» (*supported*), siendo estos últimos más difíciles de clasificar por su importante nivel de individualización en el apoyo⁴⁰⁻⁴¹. Dentro de los países con un mayor nivel de desarrollo de este tipo de programas, queda un tanto descolocada Italia, en la que parece haberse optado, como fruto de su peculiar proceso de desinstitucionalización, por estructuras residenciales que conservan todavía una marcada dependencia sanitaria^{32,50,102-103}, con implicaciones administrativas y funcionales: consideración dentro de las estructuras residenciales de lo que en otros lugares serían estructuras de media-larga estancia y rehabilitación, importante peso relativo del personal sanitario, etc.

TABLA 4: EJEMPLO DE ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS RESIDENCIALES EN EL REINO UNIDO*

TIPO DE DISPOSITIVO	COBERTURA NOCTURNA	COBERTURA DIURNA	N.º DE PLAZAS	RATIO PERSONAL-RESIDENTES
residencia o casa con dotación de personal alta	sí (activa)	permanente	≥ 6	> 0,5
residencia o casa con dotación de personal media	sí (durmiendo)	permanente	≥ 6	< 0,5
residencia o casa con dotación de personal media física	sin presencia (determinadas horas)	regular	≥ 6	< 0,3
vivienda grupal con personal	sí (durmiendo)	permanente	≤ 6	> 0,5
vivienda grupal	sin presencia física	periódica o a demanda	≤ 6	< 0,3

* Modificado de Lelliot *et al.*⁶⁸

Con respecto a las *características del personal*, hay también importantes diferencias en relación a tres aspectos básicos: su dependencia administrativa (sanitaria o social, pública o privada, organización lucrativa o no lucrativa), el número en cada tipo de dispositivo, y su cualificación profesional y/o formación específica^{8,104}. En lo que respecta al primer aspecto son mayoría los modelos en que la dependencia ya no es sanitaria (con la marcada excepción, ya señalada, de Italia), aunque en muchos países recae sobre una gran variedad de estructuras (administraciones locales, organizaciones no gubernamentales, empresas privadas, etc.⁹). En lo relativo a la cualificación, hay una apreciación bastante general sobre los niveles relativamente bajos de cualificación y la ausencia de programas específicos de formación profesional^{26,45,55,104}. Teniendo en cuenta el papel de «sustituto profesionalizado de la familia», que parece lógico asignar al programa, se han empezado a aplicar a las relaciones usuario-personal los modelos de «emoción expresada» de gran utilidad para entender e intentar modificar las pautas de interacción usuario-familia¹⁰⁵⁻¹¹¹. Se plantea, en consecuencia, la utilidad potencial de programas de formación basados en modelos psicoeducativos^{26,112-115}, si bien las experiencias publicadas no son muchas y los resultados obtenidos en ellas tampoco son demasiado concluyentes¹¹³⁻¹¹⁵.

Parece también que una mejor formación puede disminuir el número y gravedad de conductas agresivas de los usuarios hacia el personal¹¹⁶⁻¹¹⁸, conductas que, aunque minoritarias, suelen ser las que más contribuyen a generar sensación de «carga laboral» en el personal de estos programas^{55,119-120}. Aunque, en conjunto, la formación puede y debe ser autónoma (en la misma medida en que lo son las funciones del programa), parece importante asegurar en ella la participación de personal sanitario especializado en salud mental^{11,121-122}.

Y, finalmente, en lo relativo al número de personas que trabajan en el programa, las *ratios* usuario por trabajador son variables, fundamentalmente en relación con el grado de protección o apoyo de cada dispositivo (que, a su vez, suele corresponderse con el nivel de dependencia o dificultad de los usuarios). A ese respecto, la tabla 4 permite ver, en referencia al Reino Unido, algunos de los *ratios* mínimos que se manejan, si bien en el caso de dispositivos para personas con grandes dificultades la relación puede llegar o incluso superar el 1/1^{19,58}.

Todos estos son factores que determinan el coste de este tipo de programas y de sus distintos dispositivos. A este respecto, no hay muchos estudios rigurosos* y los resultados de los pocos que hay reflejan lógicamente importantes diferencias de estándares de recursos materiales y humanos, que hay que contextualizar en cada caso^{8,26,123-124}. Dentro de una señalada escasez general de estudios de evaluación⁸, no hay tampoco estudios comparativos sobre la eficiencia relativa de distintas estructuras residenciales, salvo los ya referidos al uso de alguna de ellas como espacio para modelos alternativos a la hospitalización^{97,99-101}.

Efectos sobre los usuarios

Un apartado de interés específico es el referido a los efectos que un programa residencial tiene sobre los usuarios^{8,11,26,42,125}, teniendo en cuenta dimensiones clínicas, de funcionalidad personal y social y en definitiva de calidad de vida.

En lo que respecta a la situación clínica, los estudios más fiables reflejan pocos cambios directamente relacionables con el alojamiento en sí, aunque sí con la ayuda que éste supone para una mayor adherencia a los tratamientos, o a su papel en la estructuración de la vida cotidiana y otros aspectos relacionados con la atención comunitaria y la rehabilitación^{5,8,26,53}. Parece haber, a lo largo del tiempo, estabiliza-

* Tampoco hay muchos detalles sobre aspectos de gestión, quizás por la tipología profesional de las publicaciones revisadas.

ción de la sintomatología positiva y mejoría habitual de la sintomatología negativa, aunque estos son efectos difíciles de diferenciar de la evolución general, dada la escasez de estudios con grupos control y asignación aleatoria^{8,26}. Un campo de interés quizás todavía no suficientemente estudiado (y que enlaza con lo ya referido sobre formación del personal), es el de la incidencia de los estilos de relación⁵⁵, y más específicamente, de los niveles de «emoción expresada» en las interacciones personal-usuario en la evolución clínica de éstos¹⁰⁷⁻¹¹¹.

Hay datos algo más concluyentes sobre la repercusión positiva de un buen programa residencial en distintos aspectos del funcionamiento personal y social de los usuarios, con importantes estudios de sus positivas repercusiones, en distintos países y contextos, sobre la autonomía personal^{69,107-109,125-134} y las redes sociales^{5,8,26,135-140}.

Aspecto que conecta con lo relativo a las dimensiones más subjetivas, que incluyen el grado de satisfacción, las preferencias e iniciativas de los usuarios y en definitiva eso que llamamos *calidad de vida*^{10,26,69,74,109,125,131,138,141-151}. A este respecto los estudios citados describen cambios positivos en dichos parámetros, en relación con distintos aspectos del ambiente social de los dispositivos^{125,127,131,139,142,150} y del grado de participación de los residentes en su funcionamiento cotidiano, resaltando aspectos como el entorno, la privacidad (habitaciones individuales), estilos de relación «normales» y regímenes poco restrictivos^{11,74,146}. A señalar también que muchos estudios muestran claras diferencias, en relación con dichos aspectos, en la percepción y expectativas de los usuarios, comparadas con las de los familiares y/o profesionales, a pesar de una convergencia creciente entre esos distintos puntos de vista¹⁵²⁻¹⁵⁷, al menos en el nivel de las declaraciones públicas¹⁵⁴.

La otra cara de la moneda hace referencia a los efectos negativos y así se ha señalado el riesgo de institucionalismo, con la aparición y/o mantenimiento de conductas personales estereotipadas y empobrecidas y escasos contactos sociales^{11,26,42,118}. Riesgos que aumentan en relación directa con el tamaño de los dispositivos y en relación inversa con la capacidad de iniciativa y participación de los residentes en el funcionamiento cotidiano de los mismos^{40,69,131-132,148}. Aspectos del «ambiente» interno de los dispositivos, que guardan relación evidentemente con las capacidades y estilos de funcionamiento del personal^{26,42-43,139,144} y, de manera especial, de sus «líderes» o responsables locales^{26,144,148,158-159}. A este respecto hay que señalar que, si bien modelos tradicionales («custodiales») de funcionamiento se asocian, en general, con peores resultados¹⁴⁰, los usuarios no son homogéneos en cuanto a necesidades. Así, algunos estudios indican la existencia de, al menos, dos polos en cuanto a necesidad-tolerancia de estimulación (personal, actividades, etc.), con grupos de residentes que se benefician de tipos de funcionamiento diferentes^{42,127,139-142}, desenvolviéndose mejor algunos de ellos en entornos con poco personal y bajas exigencias de actividad e interacción^{42,127,139}. Hay que mencionar aquí, como llamada de

atención a pesar de fáciles malinterpretaciones*, el papel paradójico que, tal y como refleja algún estudio^{8,139}, puede jugar un «exceso» de personal en la disminución de resultados en términos de autonomía, participación y desarrollo de redes sociales en algunos de los residentes.

En lo que respecta a la posible contribución de estos programas a la disminución del uso de recursos sanitarios, son escasos los estudios realizados con rigor metodológico. Así es dudosa la validez de estudios que refieren una reducción en el uso de estancias hospitalarias^{69,151,160-161}, si no incorporan diseños con grupos control y mejor aún con asignación aleatoria¹⁶². Son de interés, aunque esta sea una función en cierto modo «periférica» a la mayoría de los programas, los ya mencionados estudios sobre el papel de un espacio residencial como alternativa a la hospitalización, aplicables potencialmente al menos a una parte de las personas con trastorno mental severo^{97,99-101}.

Dificultades en la comunidad

Un aspecto complejo e interesante es el de las dificultades con que se encuentran muchas personas con graves problemas de salud mental para vivir en la comunidad, en relación tanto con los riesgos de aislamiento, por un lado, y violencia, por otro, que introduce la vida en los entornos sociales habituales (especialmente en determinados vecindarios), así como con las resistencias vecinales a establecer viviendas para ellos en una gran parte de los lugares^{5,8,26,34,53,55,96}.

En relación con el primer aspecto, es obvio que la vida en la comunidad representa para muchas personas con trastorno mental severo un serio desafío no exento de riesgos^{3-5,26}. Así hay evidencias publicadas, por una parte, sobre el aislamiento social en que pueden caer y, por otra, sobre distintas formas y grados de violencia ejercidos sobre ellos, sin olvidar los riesgos de accidentes y conductas suicidas^{5,96,161}. Problemas que pueden ser razonablemente controlables con sistemas de apoyo de calidad, así como eligiendo entornos ciudadanos no marginales^{48,96,127,141-142}.

Y en lo que respecta a las resistencias comunitarias, hay que verlas como un aspecto más del conjunto de actitudes sociales negativas (englobadas bajo el término «estigma» desde el análisis ya clásico de Goffman¹⁶³⁻¹⁶⁴) hacia personas con trastornos mentales en nuestras sociedades. También en este caso hay un número creciente de estudios sobre las actitudes sociales negativas, tanto en contextos generales¹⁶⁵⁻¹⁷² como en el de los vecindarios de dispositivos residenciales¹⁷³⁻¹⁷⁹, planteándose en muchos

* Debería ser evidente que no estamos haciendo una llamada a fomentar la precariedad de personal en los dispositivos residenciales.

casos posibles estrategias para contrarrestarlas. Es curioso el carácter de lo que podríamos llamar «primitivismo» de algunas de estas actitudes negativas, como indica su correlación inversa con el nivel educativo y la frecuencia de contacto y proximidad a personas con problemas mentales^{169,179}, por un lado, así como la correlación positiva resaltada en todos los estudios con el hecho de tener hijos pequeños. Lo que traduce de nuevo el papel defensivo original del estigma, que persiste aún cuando se trate de una actitud ya claramente disfuncional¹⁶⁴.

En relación con posibles estrategias de manejo de tales resistencias^{165,167,172,176}, aunque hay alguna evidencia sobre la utilidad de programas educativos previos^{5,53,96,168,175-176}, parece razonable considerar que, al igual que en el caso de otras actitudes sociales¹⁶⁴, el cambio se produce más con la interacción

El de la mayoría de las comunidades autónomas, en las que, pese a marcadas diferencias en la dotación de plazas¹⁸⁰, hay una habitual ausencia de planificación, así como una también importante diversidad de modelos y agencias prestadoras de servicios: servicios de salud mental y/o hospitales psiquiátricos públicos o privados-concertados, organizaciones de profesionales y de familiares, etc.^{13-14,181-187}.

El de la Comunidad de Madrid, que a través de la Administración de Servicios Sociales dispone de una serie de alojamientos, gestionados en régimen de concierto y con una tipología que contempla básicamente pisos, pensiones y mini-residencias (de hasta 30-40 plazas), muy integrados en la red de servicios de rehabilitación dependientes de la misma administración¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹.

Y el de Andalucía, en que el programa se gestiona directamente desde FAISEM, Fundación pública de carácter intersectorial, y que cuenta con una tipología de servicios no muy diferente de la de Madrid (tabla 5) con pisos, pensiones, casas-hogar y programas de apoyo domiciliario. Servicios coordinados pero de diferente dependencia de los de rehabilitación, que en nuestro caso sí forman parte del sistema sanitario^{6,15-16,190-191}.

TABLA 5: TIPOLOGÍA Y DOTACIÓN DE PLAZAS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO EN ANDALUCÍA (2003)*

TIPO DE DISPOSITIVO	COBERTURA	CAPACIDAD	N.º DE PLAZAS (TOTAL)	PLAZAS POR 100.000
casa-hogar 1	diaria 24 h	11-20	292	4,53
casa-hogar 2	diaria 24 h	≤ 10	43	—
piso con supervisión nocturna 1	noche y fin de semana	6-10	12	4,59
piso con supervisión nocturna 2	noche y fin de semana	≤ 5	18	—
piso 1	periódica o a demanda	6-10	13	—
piso 2	periódica o a demanda	≤ 5	297	—
programa de apoyo domiciliario	periódica o a demanda	—	137	—
pensiones	—	—	12	—
<i>Total</i>	—	—	824	11,13

* No se incluyen plazas en residencias generales de mayores ni de personas con deficiencia mental.

ALGUNAS CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

A partir de la información que acabamos de resumir, es posible establecer algunas conclusiones en un intento de proponer líneas generales para el desarrollo de un programa residencial para personas con trastorno mental severo en nuestro país. Conclusiones que enlazan con nuestro trabajo en Andalucía, en el marco de los nuevos servicios comunitarios de salud mental y, específicamente, en el del programa residencial de FAISEM.

1. En primer lugar y con respecto a las *características generales* del programa, habría que partir de la consideración de que muchas personas con trastorno mental severo tienen, en grado diverso, distintos tipos de dificultades para vivir en la comunidad, en condiciones aceptables de autonomía personal y funcionalidad social. Para contrarrestarlas es preciso articular distintos tipos de intervenciones sanitarias, con un fuerte componente rehabilitador, con la disponibilidad de no menos diversos dispositivos de apoyo social, entre los que hay que contar con alojamientos y sistemas de apoyo residencial.

El objetivo general de lo que hemos venido denominando «programa residencial» es, por tanto, «favorecer la permanencia y participación activa en la vida social de personas con discapacidades derivadas de padecer enfermedades mentales graves, a través de la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana como son la vivienda, la manutención, determinados cuidados básicos (aseo, autocuidados, toma de medicación, organización de la vida cotidiana, etc.) y relaciones interpersonales significativas»¹⁵.

Objetivo que se cumple básicamente mediante alojamientos estables con sistemas de apoyo flexible (como defienden los modelos de «apoyo residencial»)*, pero sin excluir la necesidad de espacios temporales, ni la utilidad de funciones complementarias más ligadas a la atención sanitaria con importante contenido rehabilitador. Siempre teniendo en cuenta principios básicos como son la búsqueda del mayor nivel posible de autonomía y el impulso al papel activo de cada usuario, la preferencia por recursos y entornos generales, la colaboración sin identificación ni dependencia de la red sanitaria y el papel de «sustituto profesionalizado de la familia» que, con carácter general, asume el programa. Aspectos que coinciden con las recomendaciones efectuadas en su día por la APA y que resumimos en la tabla 6.

* Utilizando la terminología del estudio del TAPS, más «hogares para vivir» que «estaciones de tratamiento»⁹⁸.

TABLA 6: RECOMENDACIONES DE LA APA (1982) PARA «VIVIENDAS GRUPALES»*

-
- Ambiente no institucional, similar a un hogar
 - Oportunidades para aprender y desarrollar habilidades para la vida independiente
 - Utilización de procesos grupales y «manejo terapéutico del medio» (*therapeutic milieu*).
 - Máxima autonomía, independencia y autodeterminación
 - Cooperación con otras agencias en la rehabilitación
-

* Modificado de Lehman y Newman¹⁰.

2. En lo que respecta a la *tipología de alojamientos y sistemas de apoyo*, parece conveniente disponer de un abanico lo más amplio y diversificado posible de alternativas, con distintos grados de supervisión y apoyo, pero en el que el peso creciente corresponda a esquemas de apoyo domiciliario. En la situación actual lo razonable, en nuestra opinión, sería disponer al menos de cuatro niveles diferenciados:

- a) El apoyo en el propio domicilio del usuario (ya sea que viva solo, con su familia o autónomamente con otros usuarios), articulando niveles de intervención diversos que van desde el de los servicios sociales comunitarios (y que es común a la atención domiciliaria a otros colectivos con dificultades en este terreno), hasta la atención específicamente sanitaria de los servicios de salud mental, dejando «en medio» espacio para intervenciones de apoyo residencial específicas para personas con graves problemas de salud mental.
- b) El apoyo a personas que residen en estructuras de tipo general, incluyendo aquí la colaboración en la atención, en situaciones que podríamos llamar «fronterizas» (personas mayores, personas con deficiencia mental, personas con dependencia a sustancias), aunque la implicación específica del programa residencial es escasa (coordinación y participación en la formación y apoyo al personal)*; pero sobre todo hay que considerar aquí la utilización de pequeñas pensiones de tipo familiar que ofrecen en muchas ocasiones un marco intermedio de bastante utilidad para algunos usuarios.
- c) La supervisión y apoyo, con distintos grados de implicación y dedicación horaria a viviendas grupales sin personal permanente (tradicionalmente denominadas «pisos» en nuestro medio) y con capacidad habitual para un máximo de cinco a seis personas.
- d) La atención en viviendas con apoyo personal permanente y algo más de capacidad, si bien no parece razonable que superen las 20 plazas, si queremos que conserven un entorno no demasiado institucional.

* Debe ser mayor la implicación de los servicios sanitarios especializados en salud mental.

Tipos básicos que admiten, especialmente en el caso de los dos últimos, distintos subtipos según el grado de apoyo personal que incorporen (horario de cobertura y *ratio* personal-residente), y que deben diferenciarse, al menos en contextos administrativos como el nuestro, de eventuales espacios sanitarios para la atención prolongada (caso de la comunidades terapéuticas en Andalucía).

En cuanto a las prestaciones básicas del programa hay que mencionar las tradicionales de techo, comida y convivencia, además del apoyo personalizado y las conexiones con otros servicios sanitarios y sociales. Aunque, en sentido muy amplio, el programa incorpora dimensiones de «rehabilitación» (preparación para la vida en la comunidad), nosotros no somos partidarios de incluir formalmente programas específicos de rehabilitación que, en nuestra visión, corresponde desarrollar a los servicios sanitarios. Cabe también la posible utilización de algunos espacios para sustituir o complementar espacios sanitarios más «duros», como los de hospitalización, aunque este último aspecto exigiría probablemente algún tipo de «experimentación» previa, dados nuestros contextos administrativos y la falta de experiencias claras al respecto.

3. Un aspecto básico y también poco desarrollado hasta ahora es el de la *definición profesional* y, por tanto, la *selección y formación del personal* de un programa residencial. La progresiva superación de la fase inicial, en que el programa era una prolongación de la atención sanitaria, introduce la necesidad de dotar al mismo de personal específico, para el que ni las referencias sanitarias (enfermería) ni las residenciales para otros colectivos con dificultades sirven de mucho dadas las diferencias de práctica profesional con que nos encontramos en este «nuevo» campo. Parece lógico delimitar las funciones de lo que nosotros denominamos «monitores» al ya mencionado papel del programa de algo así como «substitución profesionalizada de la familia», contemplando la utilidad de modelos psicoeducativos de formación, así como el apoyo y supervisión externa por parte de profesionales de salud mental. Pero quedan muchos aspectos por definir y perfilar antes de hablar de un programa común de formación que encaje dentro de una igualmente común definición profesional.

4. Otro aspecto importante es el de los *estándares de calidad*, tanto en cuanto a la estructura material de los dispositivos como al entorno vecinal en que deben situarse. Superadas ya algunas elucubraciones históricas sobre la supuesta utilidad de entornos marginales, en los que se presuponía que algunos usuarios deberían adaptarse mejor, parece que el criterio de normalización sigue siendo el más razonable, tanto en estructura y equipamiento como en localización. Buscando en este último aspecto entornos que favorezcan la interrelación y en definitiva la vida comunitaria al igual que el resto de los ciudadanos.

5. En lo que respecta a la *gestión* de un programa de este tipo, probablemente tendremos que convivir con modelos diferentes en las distintas comunidades autónomas. Nosotros defendemos la responsabilidad, financiación y control público desde

espacios administrativos diferenciados del específicamente sanitario, aunque caben distintas alternativas concretas dentro de esa visión. Nuestra experiencia en Andalucía parece indicar que una entidad pública de carácter intersectorial puede ser un buen instrumento para hacer efectiva esa responsabilidad.

6. Quedan por último algunos *problemas no resueltos* que van a requerir un importante componente de investigación. Fundamentalmente afectan a dos grandes bloques de problemas: el de la *determinación de necesidades* (tanto en términos poblacionales como individuales) y el de la *evaluación de resultados* de distintos dispositivos, intervenciones y programas, incluyendo la formación de personal y la coordinación con los servicios sanitarios.

Aspectos sobre los que habrá que seguir experimentando, intercambiando información y debatiendo en los próximos años, sin perder de vista lo que sucede en países que van por delante de nosotros en la atención comunitaria, pero teniendo en cuenta también nuestro peculiar contexto social, económico, administrativo y profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bennet DH, Freeman HL. Community Psychiatry. The Principles. Edinburgo: Churchill Livingstone; 1991.
2. Breakey WR, editor. Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry. New York: Oxford University Press; 1996.
3. Fakhoury W, Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry*. 2002;15:187-92.
4. Lamb HR, Bachrach L. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv*. 2001;52(8):1039-45.
5. Leff J, editor. Care in the Community: Illusion or Reality? London: Wiley & Sons; 1997.
6. López M. Rehabilitación y red asistencial: sistemas de atención a «la cronicidad» en salud mental. En: Verdugo MA, López D, Gómez A, Rodríguez M, editores. Rehabilitación y salud mental. Situación y perspectivas. Salamanca: Amaru; 2002. p. 75-105.
7. López M, Lara L, Laviana M. La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. En: Espino A, Olabarria B, editores. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: AEN; 2003. p. 269-301.
8. Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:301-15.
9. Faulkner A, Field V, Lindesay J. Residential care provisions in mental health: the current picture and future uncertainties. *Journal of Mental Health*. 1993;2:57-64.
10. Lehman AF, Newman SJ. Housing. En: Breakey WR, editor. Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry. New York: Oxford University Press; 1996. p. 300-9.
11. Ogilvie RJ. The state of supported housing for mental health consumers: a literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1997;21(2):1222-31.
12. Trieman N. Residential care for the mentally ill in the community. En: Leff J, editor. Care in the Community: Illusion or Reality? London: Wiley & Sons; 1997. p. 51-67.
13. Arranz T, García A, Bosque C. Evaluación psicosocial de los pisos asistidos. *Informaciones Psiquiátricas*. 1993;131:75-87.
14. Blasi R. La rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad. En: Rivas F, editor. Psicosis en la comunidad. Madrid: AEN; 2000. p. 263-82.
15. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del programa residencial. Documentos de Trabajo, N° 1. Sevilla: FAISEM; 2000.
16. Lara L, López M. La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En: García J, Espino A, Lara L, editores. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 213-24.
17. Rodríguez A. Alternativas residenciales comunitarias para personas con enfermedades mentales crónicas. *Intervención Psicosocial*. 1992;1(2):15-29.
18. Rodríguez A, editor. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997.
19. Verdugo MA, López D, Gómez A, Rodríguez M. Rehabilitación y salud mental. Situación y perspectivas. Salamanca: Amaru; 2002.
20. González de Chávez M. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Mayoría; 1983.

21. Instituto Andaluz de Salud Mental. La reforma psiquiátrica en Andalucía. Sevilla: IASAM; 1988.
22. Mayoral F. Programa de reinserción de pacientes psiquiátricos crónicos a través de una red de alojamientos protegidos en la comunidad. *Informaciones Psiquiátricas*. 1992; 128:561-8.
23. López M. Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza. *Hipatia*. 2000;7:4-8.
24. López M, Benítez F, García MJ, Weissman LC. Un programa para la supresión de los hospitales psiquiátricos públicos en Andalucía (1985-1995). En: García J, Espino A, Lara L, editores. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 101-16.

56. Geller JL, Fisher WH. The linear continuum of transitional residences: debunking the myth. *Am J Psychiatry*. 1993;150(7):1070-6.
57. Mechanic D, McAlpine DD. Use of nursing homes in the care of persons with severe mental illness: 1985 to 1995. *Psychiatr Serv*. 2000;51(3):354-8.
58. Mowbray CT, Greenfield A, Freddolino AP. An analysis of treatment services provided in group homes for adults labelled mentally ill. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180(9):551-9.
59. Lewis A, Trieman N. The TAPS Project 29: Residential care provision in North London: a representative sample of ten facilities for mentally ill people. *Int J Soc Psychiatry*. 1995;41(4):257-67.
60. Trieman N, Smith HE, Kendal R, Leff J. The TAPS Project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. *Community Ment Health J*. 1998;34(4):407-17.
61. Hogan R, Carling P. Normal housing: a key element of a supporting housing approach for people with psychiatric disabilities. *Community Ment Health J*. 1992;28(3):215-25.
62. Hopper K, Barrow SM. Two genealogies of supported housing and their implications for outcome assessment. *Psychiatr Serv*. 2003;54(1):50-4.
63. Kinsley MB, Fleming M. Implementing supported housing in state and local mental health systems. *Hospital and Community Psychiatry*. 1993;44(5):456-61.
64. Bebout RR, Harris M. In search of pumpkin shells: residential programming for the homeless mentally ill. En: Lamb HR, Bachrach LL, Kass FI, editors. *Treating the Homeless Mentally ill: A Report of the Task Force on the Homeless Mentally Ill*. Washington: American Psychiatric Association; 1992. p. 159-81.
65. Braucht GN, Kirby MV. An empirical typology of the chronically mentally ill. *Community Ment Health J*. 1986;22(1):3-24.
66. Hannah MT. An empirical typology of seriously and persistently mental ill patients using symptom and social functioning factors. *J Clin Psychol*. 1993;49(5):622-37.
67. Lelliot P, Wing J. A national audit of new long-stay patients. II: Impact on services. *Br J Psychiatry*. 1994;165:170-8.
68. Lelliot P, Audini B, Knapp M, Chisholm D. The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents. *Br J Psychiatry*. 1996;169:139-47.
69. McCarty J, Nelson G. An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*. 1991;42(12):1254-6.
70. Bachrach L. What we know about homelessness among mentally ill persons: an analytical review and commentary. *Hospital and Community Psychiatry*. 1992;43(5):453-64.
71. Fischer PJ, Colson P, Susser E. Homelessness and mental health services. En: Breakey WR, editor. *Integrated Mental Health Services*. Modern Community Psychiatry. New York: Oxford University Press; 1996. p. 384-403.
72. Barton R. Psychosocial rehabilitation services in the community support systems. *Psychiatr Serv*. 1999;50(4):525-34.
73. Farkas M. Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana. En: Aldaz JA, Vázquez C, editores. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 167-85.
74. Tanzman B. An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry*. 1993;44(5):450-5.
75. Muesser KT, Drake RE, Bond GR. Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harv Rev Psychiatry*. 1997;5:123-37.
76. Penn D, Muesser K. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1996;153:607-17.
77. Lamb HR. The new state mental hospitals in the community. *Psychiatr Serv*. 1997;48(10):1307-10.
78. Mowbray CT, Bybee D, Cohen E. Describing the homeless mentally ill: cluster analysis results. *Am J Community Psychol*. 1993;21(1):67-93.
79. Shern DL, Felton CJ, Hough RL, Lehman A, Goldfinger S, Valencia E, et al. Housing outcomes for homeless adults with mental illness: results from the second-round McKinney Program. *Psychiatr Serv*. 1997;48(2):239-41.
80. Tsemberis S, Eisenberg R. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*.

91. Clark C, Rich AR. Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in a case management only. *Psychiatr Serv.* 2003;54(1):78-83.
92. Metraux S, Marcus SC, Culhane DP. The New York Housing Initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 2003; 54(1):67-71.
93. Grosser RC, Conley EK. Projections of housing disruption among adults with mental illness who live with aging parents. *Psychiatr Serv.* 1995;46(4):390-4.
94. Becker T, Hülsmann S, Knudsen C, Nartiny K, Amadeo F, Herran A, et al. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37:465-74.
95. Lora A, Cosentino U, Rossini MS, Lanzara D. A cluster analysis of patients with schizophrenia in community care. *Psychiatr Serv.* 2001;52 (5):682-4.
96. Trieman N, Leff J. The TAPS project, 36: the most difficult to place long-stay psychiatric in-patients outcome one year after relocation. *Br J Psychiatry.* 1996;169:289-92.
97. Shepherd G. The «Ward-in-a-house»: residential care for the severely disabled. *Community Ment Health J.* 1996;31(1):53-69.
98. Bigelow D. Supportive homes for live versus treatment way-stations: an introduction to TAPS project 41. *Community Ment Health J.* 1998;34 (4):403-5.
99. Goodwin R, Lyons JJ. An emerging housing program as an alternative to inpatient treatment for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 2001; 2(1):92-5.
100. Fenton W, Mosher L, Herrell JM, Blyler CR. A randomised trial of general hospital versus residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry.* 1998;155:516-22.
101. Mosher L. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalisation: a personal and professional review. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:142-9.
102. Ministero della Sanità. Sintesi della relazione sullo stato di attuazione del proceso di superamento degli ospedali psichiatrici. *Fogli di Informazione.* 1999; 179:1-14.
103. Gruppo Nazionale Progres. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase 1 del progetto PROGRES. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale.* 2001;10(4):260-75.
104. Senn V, Kendal R, Trieman N. The TAPS PROJECT 38: level of training and its availability to carers within group homes in a London district. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997;32:317-22.
105. Leff JP, Vaughn CE. *Expressed Emotion in Families.* New York: Guilford; 1985.
106. Kuipers E, Leff J, Lam D. *Family Work for Schizophrenia. A Practical Guide.* London: Gaskell; 2002.
107. Ball RA, Moore E, Kuipers L. Expressed emotion in community care staff. A comparison of patient outcome in a nine-month follow-up of two hostels. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1992;27:35-9.
108. Moore E, Ball RA, Kuipers L. Expressed emotion in staff working with the long-term adult mentally ill. *Br J Psychiatry.* 1992;161:802-8.
109. Snyder KS, Wallace CJ, Moe K, Liberman RP. Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry.* 1994;45:1141-3.
110. Van Humbeeck G, Van Auddenhove Ch, Pieters G, De Hert M, Storms G, Vertommen H, et al. Expressed emotion in staff-patient relationships: the professionals and residents perspectives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36:486-92.
111. Tattan T, Tarrier N. The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: the influence of expressed emotion on clinical outcomes. *Psychol Med.* 2000;30:195-204.
112. Drake RE, Osher FC. Using family psychoeducation when there is no family. *Hospital and Community Psychiatry.* 1987;38(3):274-7.
113. Ranz JM, Horen BT, McFarlane B, Zito JM. Creating a supportive environment using staff psychoeducation in a supervised residence. *Hospital and Community Psychiatry.* 1991;42(11):1154-9.
114. Raskin A, Mghir R, Peszke M, York D. A psychoeducational program for caregivers of the chronic mentally residing in Community residences. *Community Ment Health J.* 1998;34(4):393-402.
115. Willets LE, Leff J. Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy of a staff training programme. *J Adv Nurs.* 1997;26:1125-33.
116. Corrigan PW, McCracken SG. Training teams to deliver better psychiatric rehabilitation's programs. *Psychiatr Serv.* 1999;50(1):43-5.
117. Flannery RB, Fisher W, Walker A, Kolodziej K, Spillane MJ. Assaults on staff by psychiatric patients in community residences. *Psychiatr Serv.* 2000; 51(1):111-3.
118. Matthews LR. Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. *Psychiatr Serv.* 1998;49(2):207-12.
119. Onyett S, Pilinger T, Muijen M. Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams. *Journal of Mental Health.* 1997; 6(1):55-66.
120. Walsh B, Walsh S. Is mental health work psychologically hazardous for staff? A critical review of the literature. *Journal of Mental Health.* 2001;10(2):121-9.
121. Peterson PD, Borland A. Use of State hospital staff to provide training for staff of community residential facilities. *Psychiatr Serv.* 1995;46(5):506-10.
122. Diamond RJ. The psychiatrist's role in supported housing. *Hospital and Community Psychiatry.* 1993;44(5):461-4.
123. Chisholm D, Knapp M, Astin J, Beecham J, Audini B., 1457 TD0.02 TC0

126. Dickerson FB, Ringel N, Parente F. Predictors of residential independence among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 1999;50(4):515-9.
127. Downs MW, Fox JC. Social environments of adult homes. *Community Ment Health J.* 1993;29(1):15-23.
128. Grunebaum M, Aquila R, Portera L, Leon AC, Weiden P. Predictors of management problems in supported housing: a pilot study. *Community Ment Health J.* 1999;35(2):127-33.
129. Guazzelli M, Palagini L, et al. Outcomes of patients with schizophrenia in a family-style, residential community-based program in Italy. *Psychiatr Serv.* 2000;51(9):1113-5.
130. Middelboe T. Prospective study of clinical and social outcome of stay in small group homes for people with mental illness. *Br J Psychiatry.* 1997;171:251-5.
131. Nelson G, Hall GB, Walsh-Bowers R. The relationship between housing characteristics, emotional well-being and the personal empowerment of psychiatric consumers-survivors. *Community Ment Health J.* 1998;34(1):57-69.
132. Nelson G, Hall GB, Walsh-Bowers R. Predictors of the adaptation of people with psychiatric disabilities in group homes, supportive apartments and board-and-care homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 1999;22(4):381-9.
133. Nordentoft M, Knudsen HC, Schulsinger F. Housing conditions and residential needs of psychiatric patients in Copenhagen. *Acta Psychiatr Scand.* 1992;85:385-9.
134. Räsänen S, Hakko H, Herva A, Isohanni M, Nieminen P, Moring J. Community placement of long-stay psychiatric patients in northern Finland. *Psychiatr Serv.* 2000;51(3):383-5.
135. Albert M, Becker T, et al. Social networks and mental health service utilization. A literature review. *Int J Soc Psychiatry.* 1998;44(4):248-66.
136. Brunt D, Hansson L. The social networks of persons with severe mental illness in in-patient settings and supported community settings. *Journal of Mental Health.* 2002;11(6):611-21.
137. Goldberg RW, Rollins AL, Lehman AF. Social network correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 2003; 26(4):393-402.
138. Hansson L, Middelboe T, Særgard KW, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Merinder L, et al. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105:343-50.
139. Segal SP, Holschuh J. Effects of sheltered care environments and residents characteristics on the development of social networks. *Hospital and Community Psychiatry.* 1991;42(11):1125-31.
140. Sörgaard KW, Hanson L, Heikkilä J, Vinding HR, Bjarnason-Tops A, Bengtsson-Tops A, et al. Predictors of social relations in persons with schizophrenia living in the community: a Nordic multicentre study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36:13-9.
141. Leff J, Dayson D, et al. Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatr Serv.* 1996;47(1):62-7.
142. Mares AS, Young AS, Mcguire J, Rosenheck RA. Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of board and care homes. *Community Ment Health J.* 2002;38(6):447-58.
143. Middelboe T, Makeprang T, et al. A housing support programme for the mentally ill: need profile and satisfaction among users. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;98:321-7.
144. Shepherd G, Muijen M, Dean R, Cooney M. Residential care in hospital and in the community. Quality of care and quality of life. *Br J Psychiatry.* 1996;168:448-56.
145. Simpson CJ, Hyde CE, Faragher EB. The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life. *Br J Psychiatry.* 1989;154:77-82.
146. Yeich S, Mowbray CT, Bybee D, Cooney M. The case for a «supported housing» approach: a study of consumer housing and support preferences. *Psychosocial Rehabilitation Journal.* 1994;18(2):75-86.
147. Goldman HH, Rachuba L, Van Tosh L. Methods of assessing mental health consumer's preferences for housing and support services. *Psychiatr Serv.* 1995;46(2):169-72.
148. Goering P, Sylph J, Foster R, Boyles S, Babiak T. Supportive housing: a consumer evaluation study. *Int J Soc Psychiatry.* 1992;38(2):107-19.
149. Lambert G, Ricci P, Harris R, Deane F. Housing needs of consumers of mental health services in rural New South Wales, Australia. *Int J Soc Psychiatry.* 1999;46(1):57-66.
150. Goldstein JM, Dziobek JF, Clark R, Bassuk EL. Supportive housing for the chronically mentally ill. Matching clients with community environments. *J Nerv Ment Dis.* 1990;178(7):415-22.
151. Brown MA, Ridgway P, Anthony WA, Rogers S. Comparison of outcomes for clients seeking and assigned to supported housing services. *Hospital and Community Psychiatry.* 1991;42(11):1150-3.
152. Friederich RM, Hollingsworth B, Hradeck E, Friedrich HB, Culp KR. Family and client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 1999; 50(4):509-14.
153. Hanson L, Vinding HR, Mackeprang T, Sourander A, Werdelin G, Bengtsson-Tops A, et al. Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: a nordic multicentre study. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 103:45-51.
154. Hatfield AB. A family perspective on supported housing. *Hospital and Community Psychiatry.* 1993; 44(5):496-7.
155. Holley HL, Hodges P, Jeffers B. Moving psychiatric patients from hospital to community: views of patients, providers and families. *Psychiatr Serv.* 1998; 49(4):513-7.
156. Linney JA, Arns PG, Chimman MJ, Frank J. Priorities in community residential care: a comparison of operators and mental health service consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 1995; 19(1):27-34.
157. Minsky S, Riesser GG, Duffy M. The eye of the beholder: housing preferences of inpatient and their treatment teams. *Psychiatr Serv.* 1995;46(2):173-6.

158. Harrington WA, Honda GJ. The roles of the group home direct care worker. *Community Ment Health J.* 1986;22(1):27-38.
159. Salem DA, Gant L, Campbell R. The initiation of mutual-help groups within residential treatment settings. *Community Ment Health J.* 1998;34(4):419-29.
160. Mares A, McGuire J. Reducing psychiatric hospitalisation among veterans living in board-and-care homes. *Psychiatr Serv.* 2000;51(7):914-21.
161. Hanrahan P, Luchins DJ, Savage C, Goldman HH. Housing satisfaction and service use by mentally ill persons in community integrated living arrangements. *Psychiatr Serv.* 2001;52(9):1206-9.
162. Goodwin R, Lyons JS. An emergency housing program as an alternative to inpatient treatment for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 2001;52(1):92-5.
163. Goffman E. *Estigma. La identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
164. Jones M. *Social Psychology of Prejudice.* New Jersey: Prentice Hall; 2001.
165. Angermayer MC, Schulze B. Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologia e Psichiatria Sociales.* 2001;10(1):1-7.
166. Brockington I, Hall P, Levings J, Murphy C. The community tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry.* 1993;162:93-9.
167. Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, Canar J, Kubiak MA. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1999;25(3):447-56.
168. Wolff G, Soumitra P, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry.* 1996; 168:183-90.
169. Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2001;52(7):953-8.
170. Wahl OF. Mental health consumer's experience of stigma. *Schizophr Bull.* 1999;25(3):467-8.
171. Read J, Harre N. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of «mental patients». *Journal of Mental Health.* 2001;10 (2): 223-35.
172. Warner R. Combating the stigma of schizophrenia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale.* 2001;10(1):12-7.
173. Piat M. Becoming the victim: a study on community reactions towards group homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 2000;24(2):108-16.
174. Boydell K, Gladstone B, et al. Making do on the outside: everyday life in the neighbourhoods of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 1999;23(1):11-8.
175. Reda S. Attitudes toward community mental health care of residents in north London. *Psychiatr Bull.* 1995;19:731-3.
176. Hogan R. Gaining community support for group homes. *Community Ment Health J.* 1986;22(2):117-26.
177. Aubrey TD, Tefft B, Currie RF. Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental health residences who are neighbours. *Community Ment Health J.* 1995;31:1.
178. Cowan S. Public arguments for and against the establishment of community mental health facilities: implications for mental health practice. *Journal of Mental Health.* 2002;11(1):5-15.
179. Segal SP, Kotler PL, Holschuh J. Attitudes of sheltered care residents toward others with mental illness. *Hospital and Community Psychiatry.* 1991;42(11): 1138-43.
180. Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.* Cuadernos técnicos 6. Madrid: AEN; 2002.
181. Arranz T, Fumal MJ, Cebamanos JM, García A. Los alojamientos apoyados para enfermos mentales en la comunidad: una revisión actual. *Aula Médica Psiquiátrica.* 1999;2:144-56.
182. Besora J, Martorell B, Clusa J. Evaluación de resultados de un programa de pisos para personas con trastornos mentales severos. *Informaciones Psiquiátricas.* 2000;159:163-73.
183. Clusa J. Asistencia psiquiátrica en pisos: el personal asistencial. *Informaciones Psiquiátricas.* 1992;128:535-41.
184. Clusa J, Tabbia C. Funciones intermediadoras del equipo asistencial de pisos para psicóticos de larga evolución. *Informaciones Psiquiátricas.* 1993;131:89-95.
185. Clusa J. Rehabilitación, reinserción, equipamientos psicosociales. *Informaciones Psiquiátricas.* 1994; 138:403-10.
186. Bosque C. Vida y asistencia en el piso asistido. *Informaciones Psiquiátricas.* 1992;128:569-75.
187. Gallego E, Santander F, Montoya B, Etxebarria A López AP, Díaz P, et al. Pacientes a los que beneficia vivir en pisos protegidos. *Informaciones Psiquiátricas.* 1992;128:553-9.
188. Mínguez L, Franco MA, Sanguino RM, González E. Seguimiento de la desinstitucionalización de pacientes crónicamente hospitalizados en hogares protegidos. *Anales de Psiquiatría.* 1996;12(5):190-5.
189. Martínez MJ. Alojamientos protegidos para enfermos mentales esquizofrénicos. *Apuntes de Psicología.* 1996;47:99-113.
190. Maestro JC, Torres F, Laviana M, Moreno B, Trieman N, Rickard C. Estudio de las alternativas residenciales para pacientes desinstitucionalizados en Granada y Sevilla. *Anales de Psiquiatría.* 2001;17(4):143-52.
191. Rickard C, Trieman N, Torres F, Laviana M, et al. Residential care for mentally ill people in Andalusia and London, a comparison of care environments, user's attitudes and cost of care. *Journal of Mental Health.* 2002; 11(3):327-33.

La revisión bibliográfica que sirve de base al artículo se ha realizado en el marco del estudio «Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía», financiado por el FIS (expediente 00/0973).