

Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (II): características de los dispositivos residenciales

M. López^a, P. García-Cubillana^a, L. Fernández^a, M. Laviana^b, J.C. Maestro^c y B. Moreno^d

^aFundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Sevilla. ^bÁrea de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. ^cÁrea de Salud Mental del Hospital Virgen de las Nieves. Servicio Andaluz de Salud. Granada. ^dDepartamento de Psiquiatría. Universidad de Granada. Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental.

Introducción. El programa residencial para personas con trastorno mental severo, desarrollado por la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), contaba en 2001 con una serie de alojamientos con distinto nivel de supervisión, con una orientación general basada en las tendencias internacionales relativas al alojamiento en contextos comunitarios de atención. La investigación que presentamos intentaba evaluar distintos aspectos de esos dispositivos, considerando su adecuación a los criterios definitorios de dicha orientación.

Métodos. Se estudiaron la práctica totalidad de los dispositivos con que contaba el programa (16 casas hogar y 67 pisos o viviendas supervisadas), en un diseño transversal y con ayuda de dos instrumentos aplicables directamente a los mismos: la ficha de dispositivo, que forma parte del sistema de información de la FAISEM y el “índice ambiental”. Asimismo se utilizó información referida a los residentes, procedente de otros instrumentos (escala de conducta social, habilidades de la vida diaria y fichas administrativas de usuarios).

Resultados. La información obtenida se analiza en relación con aspectos como la estructura física, ubicación y características generales de utilización de los dispositivos, así como su régimen de funcionamiento.

Conclusiones. En general, los distintos dispositivos se atenían a los criterios básicos de estructuras residenciales para personas con trastorno mental grave, aunque había aspectos mejorables en relación con su número, distribución geográfica y funcionamiento “hogareño” y no institucional.

Palabras clave:

Alojamiento, estructuras residenciales, trastorno mental grave, atención comunitaria en salud mental.

Evaluation of the residential Program for persons with severe mental disorders in Andalusia (II): characteristics of the residential facilities

Introduction. The residential program for people with severe mental illness, developed by the Andalusian Foundation for Social Integration of the Mentally Ill (FAISEM), in 2001 had a number of residential facilities with different levels of support, with a general orientation based on the international approaches to housing in the community care contexts. The research that we present tried to evaluate different aspects of those facilities, considering its appropriateness to the above orientation.

Methods. Almost all the residential facilities of the program (16 sheltered homes and 67 apartments) were studied, with a cross-sectional design and with the help of two instruments: the facility record that is part of FAISEM information system and the “environmental index”. Likewise information from the users, obtained from other instruments (SBS, BELS and user administrative records), was used.

Results. The information is analyzed with respect to aspects like the physical structure, location and general characteristics of use, as well as its operating policy.

Conclusions. In general, the different facilities followed the basic approaches for this type of service, although there were improbable aspects in relation with its number, geographical distribution and its “homelike” and non-institutional functioning.

Key words:

Housing, residential facilities, severe mental illness, mental health community care.

Correspondencia: M. López Álvarez.
FAISEM.
Avda. de las Ciencias, 27. Acceso A.
41020 Sevilla.
Correo electrónico: marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

Introducción

Como expusimos en el primer artículo de esta serie¹, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfer-

mo Mental (FAISEM) gestiona en Andalucía un programa residencial para personas con trastorno mental grave, uno más del conjunto de programas de apoyo social generado en nuestra Comunidad Autónoma, como parte de la red pública de servicios comunitarios de salud mental^{2,3}.

El artículo contenía, además de una información actualizada sobre dicho programa, una descripción de las características generales del estudio realizado sobre el mismo en el año 2001 y cuyos principales resultados presentamos en esta serie. Como indicábamos allí¹, el estudio pretende ser el inicio de un proceso de evaluación sistemática del funcionamiento del programa, utilizando un conjunto de instrumentos validados internacionalmente. Instrumentos que proceden, en su mayor parte, de los desarrollados por el TAPS (*Team for the Assessment of Psychiatric Services*) para la evaluación de los resultados del proceso de desinstitutionalización de dos hospitales psiquiátricos ingleses en los años 80 y 90 del pasado siglo^{4,5}, y que fueron empleados en un estudio previo en Granada y Sevilla^{6,7}. En ese sentido, el estudio no sólo pretendía obtener información fiable y precisa sobre características generales y específicas de dispositivos y residentes, sino también explorar la utilidad de dichos instrumentos para estudios posteriores de mayor complejidad.

En este artículo presentamos los resultados referidos a distintas características de los dispositivos de que disponía el programa en aquella fecha, situándolos en el contexto de evolución internacional de la provisión de alojamiento en sistemas comunitarios de atención. Pensamos que, aunque el estudio tiene un carácter básicamente descriptivo y transversal, la comparación de algunos parámetros con los que podemos derivar de la literatura internacional pueden permitirnos una inicial valoración del programa. Para facilitar esa evaluación, vamos a especificar, en primer lugar, las características estructurales más o menos medibles de lo que podríamos considerar un “buen” programa residencial, recordando para ello las principales conclusiones obtenidas en la revisión de la literatura internacional sobre el tema^{1,8}.

Algunos criterios definitorios de un “buen” programa residencial

Como expusimos más extensamente en el artículo anterior¹, los programas residenciales para personas con trastorno mental grave han ido evolucionando en direcciones relativamente convergentes, en distintos contextos de atención comunitaria^{1,8-13}. Como resultado de ello, aunque no hay un modelo ideal compartido por todos, sí que cabe señalar determinadas características de orientación y funcionamiento, de las que podrían derivarse algunos criterios, no siempre transformables en estándares cuantitativos⁸. Las que siguen son, en ese sentido, algunas líneas básicas pa-

ra las que hay tendencias y criterios generales que pueden servirnos de referencia:

1. La cobertura de las necesidades de alojamiento del colectivo implicado, con un grado razonable de suficiencia en dotación y distribución territorial, situación que caracteriza a determinados países y/o regiones con un buen nivel de desarrollo de la atención comunitaria^{1,8,9,12,14-19} y que pueden, por ello, servirnos de orientación. Sin embargo, las cifras (tasas por 100.000 habitantes por ejemplo) que encontramos siguen siendo muy dispares, incluso entre países con similares niveles de desarrollo, lo que hace difícil establecer estándares comunes a distintos territorios^{8,9,14}. Dificultad a la que se añade la de intentar extrapolar esos datos a situaciones sociales y estructura y funcionamiento de servicios tan diferentes como la nuestra^{8,9,12,14,20}.

2. Una orientación general que prima los aspectos de rehabilitación y recuperación frente a los meramente de custodia con auge creciente de modelos de “apoyo residencial”^{1,8-13,21,22}. Lo que implica destacar aspectos como la flexibilidad en el apoyo, la capacidad de decisión del usuario, su participación en la organización de la vida colectiva, y, en general, algo no siempre preciso ni cuantificable que tiene que ver con el carácter de “hogar” y no sólo de “casa” de los dispositivos donde residen varias personas^{9,23-26}. Aspectos que se reflejan en otros como el tamaño, la restrictividad de las normas y los mecanismos de participación en el funcionamiento. Además de la dimensión temporal en la estancia, que apuesta cada vez más por la permanencia, frente a planteamientos de transitoriedad de más difícil cumplimiento en la práctica^{8,9,22,25,26-29}.

3. La necesaria diversidad de dispositivos y programas de seguimiento, que permitan adecuarse a la creciente variabilidad de perfiles entre los usuarios, una vez superada la fase de transición desde las viejas instituciones asilares^{1,8,12,16-20,28-31}. Lo que incluye también la conexión con los servicios sanitarios especializados en salud mental.

4. La preferencia por entornos residenciales “normales”, que permitan una buena integración en la vida comunitaria, con acceso a los distintos tipos de servicios y oportunidades de relación y participación social^{1,8,9,12,31-33}.

5. Y una relativa indefinición en cuanto a las características del personal^{1,8,9,12,34,35}, con importantes disparidades en su dotación, así como con falta de criterios uniformes de selección, titulación y mecanismos de formación. Si bien, en este último aspecto, parecen interesantes las experiencias basadas en programas similares a los de psicoeducación familiar³⁶⁻³⁹, relacionados con la creciente evidencia del papel del constructo “emoción expresada” en las relaciones personal-residentes^{1,3,8,9,37,40-42}.

Aunque no todos estos aspectos se pueden medir y comparar con facilidad, sí que es verdad que para muchos de ellos se han desarrollado indicadores cuantitativos e instrumentos de medida de razonable validez, fiabilidad y utilidad práctica^{4-9,12,27,29,30}.

Material y métodos

En el marco, pues, del estudio descrito en el primer artículo¹, vamos a ocuparnos ahora de la información que pretende cubrir los dos primeros objetivos del mismo: “caracterizar los alojamientos para personas con trastorno mental grave dependientes de la FAISEM” y “describir y valorar su régimen de funcionamiento”. Es decir, del análisis de los datos relativos a los dispositivos de que constaba el programa en la fecha de referencia (enero de 2001). Aunque es inevitable alguna repetición, remitimos a dicho artículo para una exposición más detallada del conjunto del estudio.

Objetos de estudio

Como ya hemos mencionado¹, el estudio pretendía abarcar la totalidad de los dispositivos residenciales, específicos para personas con trastorno mental grave, gestionados directamente por la FAISEM en enero de 2001. Lo que supone, según la correspondiente memoria anual, un total de 17 casas hogar y 67 “pisos” o viviendas supervisadas. La estricta aplicación de esos criterios determinó la exclusión de otros componentes del programa residencial de la FAISEM, así como algunas variaciones menores con respecto a esa “población” inicial. Así, no se incluyeron en el estudio:

1. Las plazas en residencias generales financiadas por la FAISEM mediante convenios con distintas entidades, y que responden más a un residuo histórico de la fase de cierre de los hospitales, que a un componente del programa a mantener en el futuro.

2. Algunas estructuras similares a las casas hogar, pero de gestión sanitaria en aquel momento, como eran las tres casas de la provincia de Cádiz, resultantes del acuerdo Servicio Andaluz de Salud - Diputación de Cádiz que permitió el cierre del Hospital del Puerto de Santa María en dicha provincia.

3. Algunos pisos gestionados mediante convenio por distintas entidades asociativas.

4. Los programas de apoyo domiciliario que se estaban empezando a desarrollar en algunas provincias, con un esquema todavía poco homogéneo, pero diferente del de las viviendas supervisadas.

5. Algunos pisos, propiedad de algunos usuarios, y con supervisión equiparable a programas de apoyo o de seguimiento domiciliario.

Y, por el contrario, sí se incluyeron otros pisos, abiertos en 2001, a los que se trasladaron algunos de los usuarios incluidos en el estudio. En conjunto la tabla 1, que puede verse más adelante, compara los dispositivos finalmente estudiados con los existentes “oficialmente” en el programa en la fecha del mismo y, como referencia actual, con la situación del programa a finales del año 2003 (última memoria anual publicada). De hecho, como puede verse en él,

fueron estudiados la práctica totalidad de los dispositivos existentes en aquel momento.

Instrumentos utilizados

Para obtener información sobre dichos dispositivos se utilizaron básicamente dos instrumentos, del conjunto de 8 presentados en el artículo anterior¹. Por un lado, la ficha de dispositivo (FD), documento administrativo interno de la FAISEM, con datos sobre infraestructura, personal, etc. y, por otro, el índice ambiental (IA), derivado del TAPS, que intenta medir distintos aspectos del ambiente interno (especialmente carácter restrictivo o institucional de la normativa y funcionamiento cotidiano) y externo (ubicación y accesibilidad a servicios comunitarios).

Pero también son útiles algunos de los datos obtenidos con otros instrumentos, aplicados a los residentes, en la medida en que nos dan información sobre aspectos de funcionamiento de los dispositivos en los que viven (determinados ítem de la escala de oportunidad del cuestionario sobre habilidades de la vida diaria [BELS]), o nos permiten comparar características de los distintos tipos de dispositivos y perfiles de los residentes en los mismos: inventario de conducta social (SBS), ficha de registro de usuarios (FRU), ficha de uso de servicios (FUS) y el ya citado BELS^a.

Desarrollo del estudio

El trabajo de campo tuvo lugar entre junio y septiembre de 2001, obteniéndose datos del IA, directamente por dos miembros del equipo investigador, entrevistando *in situ* al responsable de cada dispositivo, y del SBS y del BELS, por encuestadores entrenados, mediante entrevista a los miembros del equipo asistencial más directamente implicados en la atención de cada usuario. Por otra parte, las fichas administrativas de usuarios y dispositivos (FRU y FD) estaban disponibles, ya que se cumplimentan respectivamente en la incorporación de cada usuario y la apertura de cada nuevo dispositivo, actualizándose al menos anualmente. Por último, las FUS se obtuvieron mediante el registro diario individual de cada residente, en todos y cada uno de los dispositivos incluidos en el estudio, durante un año completo (2001).

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 12.1. Estos primeros artículos se basan, como ya se expuso anteriormente, en estadísticas descriptivas para cada instrumento, con comparación de distintas variables cuando era necesario, para valorar la significatividad estadística de determinadas diferencias. En este caso, por tra-

^aSin embargo, estos datos sobre perfiles se compararon en un artículo posterior, una vez presentados los datos generales de los residentes.

TABLA 1. Dispositivos y residentes del programa

	Casas hogar						Viviendas supervisadas					
	Nº			Residentes***			Nº			Residentes***		
	Estudio	2001	2003	Estudio	2001	2003	Estudio	2001	2003	Estudio	2001	2003
Almería	2	2*	2	25	26 (4,8)	28 (5,0)	6	8**	10	14	19 (3,5)	37 (6,5)
Cádiz		3	4		40 (3,6)	55 (4,8)	4	4	8	14	14 (1,2)	32 (2,8)
Córdoba	1	1	2	12	12 (1,6)	30 (3,9)	8	6	8	24	25 (3,3)	34 (4,4)
Granada	2	2	2	31	33 (4,0)	36 (4,3)	8	7	11	22	23 (2,8)	45 (5,4)
Huelva	1	1	1	14	15 (3,2)	17 (3,6)	2	2	4	6	6 (1,3)	19 (4,0)
Jaén	2	2*	2	15	15 (2,3)	30 (4,6)	4	4**	4	11	22 (3,4)	22 (3,4)
Málaga	3	3	3	28	30 (2,3)	39 (2,8)	18	17	25	46	47 (3,6)	78 (5,7)
Sevilla	5	5	6	78	83 (4,8)	100 (5,6)	17	17	24	44	54 (3,1)	81 (4,5)
Andalucía	16	19	22	203	254 (3,5)	335 (4,4)	69	65	94	181	210 (2,8)	348 (4,6)

*A diferencia de la memoria anual incluye una casa más por cambio de consideración de una vivienda con supervisión de 24 horas. Ver artículo anterior¹.

**Incluye un piso menos por idénticas razones¹.

***Plazas ocupadas y, entre paréntesis, sus correspondientes tasas por 100.000 habitantes.

tarse de variables categóricas, se utilizó la generalización del test exacto de Fisher para tablas RxS, considerando significativos los valores de $p < 0,05$, y no indicándose el valor exacto cuando $p < 0,001$ ¹.

Posteriormente, se intentaron comprobar, con modelos estadísticos más complejos, determinadas asociaciones entre distintas dimensiones de dispositivos y usuarios ("restrictividad" de funcionamiento, perfiles de usuarios, hospitalización y satisfacción de los mismos). Aspecto este último que se expondrá también en un artículo posterior.

Resultados

Los principales resultados obtenidos pueden verse en las tablas 1-7 agrupándolos en bloques que intentan reflejar las líneas básicas de problemas que hemos mencionado en la introducción.

Número y distribución geográfica de los dispositivos

En el momento del estudio¹, el programa residencial de la FAISEM contaba con dos grandes tipos de estructuras específicas para personas con trastorno mental grave, las vi-

viviendas supervisadas ("pisos") y las casas hogar, definidas respectivamente así²⁰:

1. Viviendas supervisadas: dispositivos residenciales que permiten atender a no más de 10 personas, cuyo nivel de autonomía y necesidades de apoyo no exigen la presencia de personal durante las 24 horas del día.

2. Casas hogar: dispositivos residenciales que permiten atender a no más de 20 personas, cuya menor autonomía y mayor necesidad de apoyo implica la presencia de personal de manera continuada durante las 24 horas del día.

Para situar globalmente el estudio, la tabla 1 compara los dispositivos estudiados con la situación del programa en esa fecha, por un lado, y a finales del año 2003, por otro. Podemos ver en él que fueron estudiados la mayoría de los dispositivos existentes en aquella fecha (con la única excepción significativa de la provincia de Cádiz, con la peculiar situación de sus tres casas hogar, excepción que desapareció a finales de 2001, al transferirse finalmente su gestión a la FAISEM).

A su vez, la tabla permite también situar el estudio en relación con la historia posterior, con un incremento importante tanto de dispositivos como de usuarios en los 3 años siguientes. Así, la tasa global de plazas por 100.000 habitantes pasó en ese período de 6,3 a 9 (3,5 a 4,4 en casas hogar y 2,8 a 4,6 en pisos), al incrementarse el número de usuarios atendidos en 219 (81 en casas hogar y 138 en pisos).

TABLA 2. Aspectos de infraestructura de los dispositivos

		Casa hogar	Vivienda supervisada
Años transcurridos desde la apertura del dispositivo	Media	4,1 años	3,7 años
	Desviación típica	2,0 años	2,8 años
	Rango	1-9 años	0-10 años
Número plazas disponibles	Media	15,1 plazas	3,7 plazas
	Rango	5-20 plazas	1-7 plazas
Modalidad de dormitorios	% plazas en habitaciones individuales	25,39%	74,22%
	% plazas en habitaciones dobles	63,80%	25,78%
	% plazas en habitaciones triples	13,81%	0%
Metros cuadrados útiles por residente	Media	20,0 m ²	22,3 m ²
	Rango	14,45 - 25,28 m ²	11,5 - 60,0 m ²
Dispositivos con aire acondicionado	Número	7 casas	7 viviendas
	Porcentaje	43,8%	10,4%

Infraestructura

La tabla 2 ofrece datos sobre algunos aspectos más significativos de lo que podríamos denominar “características infraestructurales” de los dispositivos estudiados. Así, permiten ver la progresión temporal del programa, a través del tiempo transcurrido desde la apertura, con una media cercana a los 4 años (3,8) pero una desviación típica de 2,8 y un rango que incluye desde menos de un año hasta 10.

Más interés tiene el tema del espacio, con medias en torno a los 20 m² por residente, tanto en casas como en pisos, y especialmente la distribución de dormitorios, con importantes diferencias entre ambos tipos de dispositivos. Así, mientras que en los pisos la mayoría de los residentes disponía de habitaciones individuales (el 74%) y el resto dobles, en las casas hogar, en la fecha del estudio, la mayoría se alojaba en habitaciones dobles (el 64%), pero a un 25% que disponía de habitación individual se añadía casi un 14% que debía compartir su habitación con otras dos personas.

Por último, aunque todas las viviendas disponen de algún sistema de calefacción, solamente en algo menos de la mitad de las casas (7, lo que representa un 44% de las mismas) y en muy pocos pisos (también 7, pero que en este caso representan solamente el 10%) existían sistemas de aire acondicionado.

Personal

La tabla 3 muestra datos referidos al personal que prestaba sus servicios en alguno de los dispositivos incluidos en el estudio. Como puede verse en él, había importantes variaciones entre los dos tipos de dispositivos del programa, variaciones que se corresponden con sus definiciones funcionales. Así, en las casas hogar se daba una atención de 24 horas, con una media de 1,6 residentes por monitor, siendo las oscilaciones relativamente moderadas (desde 1 a 2,2).

Por el contrario, en los pisos o viviendas supervisadas, cada monitor residencial atendía a una media de 12 personas, con una supervisión que, en el 65% de los casos, no superaba las 3 horas diarias; pero las variaciones encontradas en este tipo de dispositivos son mucho mayores, tanto en el número de residentes atendidos por cada monitor (con una desviación típica de 7,48 y un rango que va desde menos de 4 a 36), como a las horas de supervisión aseguradas (con algo más de un 30% que reciben entre 3 y 6 horas, y una minoría –3%– que pueden llegar hasta las 12 horas).

Por otra parte, y en lo relativo al nivel de estudios de los monitores residenciales, no había grandes diferencias entre los dos tipos de dispositivos, destacando el hecho de que, aunque no existe aún ninguna titulación específica para este trabajo, la mayoría de los mismos tenía algún tipo de titulación (82% en casa hogar y 96% en viviendas supervisadas), siendo de nivel universitario (medio o superior) en el 30% del total.

Ubicación y acceso a servicios comunitarios

La tabla 4 resume dos tipos de informaciones relacionadas con la ubicación de los dispositivos residenciales.

En él podemos ver, por un lado, una distribución territorial mayoritariamente urbana, acentuada en el caso de las viviendas supervisadas, con un porcentaje de las mismas en zonas rurales que no sobrepasaba el 3% del total (en casas hogar sí había un 20%, es decir tres, que se situaban en poblaciones no urbanas).

Y, por otra parte, y en relación con la disponibilidad y accesibilidad a servicios comunitarios de distinto tipo, muestra una situación bastante razonable con un fácil acceso a instalaciones comerciales, cafeterías, centros sociales, cines, etc. Lo que parece indicar que su ubicación tiene lugar en entornos vecinales normales, con las correspondientes posibilidades de interacción social y vida comunitaria.

TABLA 3. Personal adscrito a dispositivos residenciales

		Casa hogar	Vivienda supervisada
Número de residentes por monitor residencial	Media	1,58	11,75
	Desviación típica	0,39	7,48
	Rango	1 – 2,2	3,6 – 36,4
Número de horas de supervisión diaria	0-3 horas		65,6%
	3-6 horas		31,3%
	6-12 horas		3,1%
	24 horas	100%	
Porcentaje de trabajadores en función del nivel de estudios	Estudios universitarios superiores	12,1%	10,4%
	Estudios universitarios medios	18,6%	18,7%
	FP o similar	51,3%	67,3%
	Sin estudios	18%	3,6%

TABLA 4. Datos de ubicación de los dispositivos

		Casa hogar	Vivienda supervisada
Ubicación	Urbana	81,3%	96,9%
	Rural	18,7%	3,1%
Entorno	Instalaciones comerciales	93,8%	100%
Servicios del entorno que se encuentran a una distancia a la que se puede ir caminando	Bares y cafeterías	100%	100%
	Centros sociales	56,3%*	62,7%**
	Cines	56,3%*	67,2%**

*Los porcentajes llegan al 88% en centros sociales y al 94% en cines, si se incluye la utilización del autobús.

**Los porcentajes llegan al 100% si se incluye la utilización del autobús.

Aspectos funcionales

Un aspecto importante es el que recoge el IA, intentando medir dimensiones de interés, pero no siempre fácilmente operativizables, del funcionamiento cotidiano de los dispositivos. Así, la tabla 5 recoge la presencia en cada tipo de dispositivos, de determinadas prácticas o normas internas, así como el índice global que las resume y que más que el nivel de “restrictividad” o restricción, como se denomina en la versión original del instrumento^{7,30,43}, parece medir, de manera más general, la mayor o menor proximidad funcional a contextos o ambientes institucionales.

En general la tabla refleja una relativa “normalización” del funcionamiento, con un valor medio de 15 (aunque con grandes variaciones internas, incluso en cada subgrupo de dispositivos), y un número reducido de casos en que se registraban normas restrictivas, aunque algunos datos resultan llamativos por las diferencias que marcan con respecto a lo que cabe imaginar como “ambiente de un hogar”.

Así, las puertas estaban abiertas en el conjunto de los dispositivos, excepto en una casa hogar, que tenía también restricciones para salir durante el día^b, y no había demasiadas limitaciones en aspectos básicos de la vida, en la mayoría

de los casos (especialmente en los pisos). Pero, además de la dificultad de entender el porqué de las diferencias entre unos y otros dispositivos (dentro de cada tipo) o algunas restricciones concretas en pisos, determinadas “normas” parecen indicar, al menos en una primera lectura, ambientes más institucionales que hogareños, relativos al menos a una minoría significativa de los mismos: las horas de baño (2 casas y 3 pisos) o de visitas (5 casas y 1 piso), las limitaciones para prepararse alguna comida o bebida (7 y 5 casas respectivamente), la posibilidad de estar en dormitorios ajenos (7 casas y 31 pisos, casi la mitad de ambos tipos de dispositivos), la imposibilidad de cerrar la puerta del baño (prácticamente la totalidad de las casas y una buena parte de los pisos) o la posibilidad de entrar sin pedir permiso en las habitaciones de los residentes. Por último, sólo había reuniones periódicas con los residentes en la mitad de las casas hogar y en un 70% de los pisos, aunque este es un aspecto de valoración especialmente ambivalente: las reuniones son formalmente “institucionales”, pero parecen ser útiles para regular muchos aspectos de la vida colectiva.

^bExcepción que se explica, al menos parcialmente, por su ubicación peculiar, en un espacio rural, relativamente alejada de un núcleo urbano y con un cierto riesgo derivado de una carretera cercana.

Tabla 5. **Funcionamiento interno en los dispositivos**

Factores	Pautas concretas	Casas hogar		Viviendas supervisadas	
Normas restrictivas	Puerta del edificio cerrada	1	(6,3%)	0	(0%)
	Visitas establecidas	5	(31,3%)	1	(1,5%)
	Restricción para salir durante el día	1	(6,3%)	1	(1,5%)
	Prohibición de salir por la noche	12	(75%)	12	(17,9%)
	Límite para ver TV después de las 23 horas	7	(43,8%)	4	(6%)
	Hora de acostarse fijada	7	(43,8%)	33	(49,3%)
	Prohibición de posesión de cuchillas, cuchillos, tijeras	11	(68,8%)	0	(0%)
	Horas de baño establecidas	2	(12,5%)	3	(4,5%)
Limitación para la autonomía	Limitación para tener medicamentos	13	(81,3%)	22	(32,8%)
	Limitación para tener el dinero personal	1	(6,3%)	1	(1,5%)
	Limitación para hacerse café o té	5	(31,3%)	0	(0%)
	Limitación para hacer comidas ligeras	7	(43,8%)	1	(1,5%)
Limitación a la privacidad	Limitación para tener artículos de adorno en habitación	1	(6,3%)	0	(0%)
	Limitación para cerrar la puerta del WC con llave	14	(87,5%)	26	(38,8%)
	Posibilidad de entrar el personal sin permiso en habitaciones	4	(25%)	12	(17,9%)
	Restricciones para estar en dormitorios ajenos	7	(43,8%)	31	(46,3%)
Participación	Reuniones semanales con residentes	8	(50%)	48	(71,6%)
“Índice global” (“restricción”)	“0” equivale a ambiente normal	Media	22,7	Media	13,2
	“55” equivale a máxima restricción o ambiente institucional	Desviación típica	4,7	Desviación típica	3,8
		Rango	16-31	Rango	2-25
<p>p<0,001 (n: 83) Media 15,1 Desviación típica 5,4 Rango 2-31</p>					

Aspectos que discutiremos posteriormente ya que, aunque resultan difíciles de interpretar únicamente con la información proveniente del estudio, parecen indicar criterios al menos discutibles en algunos de los dispositivos, en la fecha del mismo. En cualquier caso, y con carácter general, destaca un mayor nivel de “funcionamiento restrictivo” en casi todas las áreas en las casas hogar respecto a las viviendas supervisadas. Diferencias, estadísticamente significativas, que pudieran corresponder a las diferencias de niveles de autonomía de sus respectivos residentes, pero quizás también a una mayor tendencia institucional en las primeras que en las segundas, no totalmente explicable por los diferentes perfiles de los usuarios, como intentaremos probar en un artículo posterior.

La información de la tabla 5 procedente del IA puede completarse con la derivada de la aplicación del BELS que, como ya hemos referido, incluye una llamada “escala de oportunidad”, que describe la posibilidad que cada residente tiene de desarrollar determinadas habilidades cotidianas en el dispositivo en que reside, y cuya valoración es previa a la de su capacidad real para ejercerla, por lo que los datos referidos a ella reflejan características del dispositivo y no del usuario. La tabla 6 presenta los datos más significativos

obtenidos con su aplicación, datos que coinciden con los reflejados por el instrumento anterior, y muestran porcentajes de residentes de casas y pisos que tenían restricciones para el desarrollo de determinado tipo de actividades, debido al funcionamiento de sus respectivos dispositivos (la tabla recoge sólo aquellas en las que había al menos un 10% de los residentes con restricciones significativas: respuestas “0” y “1” de la escala, siendo el 2 la ausencia de restricción).

También en este caso las “restricciones”, que afectaban a la posibilidad de ejercicio de dichas habilidades cotidianas y que pueden guardar relación con los diferentes niveles de autonomía de los residentes (aunque también con otros factores a explorar posteriormente), eran significativamente mayores en las casas hogar que en las viviendas supervisadas.

Por último, a partir de información de la FRU, y aunque insistiremos en el tema al describir datos de los residentes, hay que mencionar, en la tabla 7, las tendencias de uso temporal de los dispositivos del programa, parcialmente contradictorias con el énfasis del modelo en una rotación desde plazas más asistidas a otras más autónomas. Podemos ver en él cómo, aunque la mayoría de los residentes (60%) se incorporaron inicialmente a una casa

TABLA 6. Porcentajes de residentes según niveles de la escala de oportunidad del BELS

Áreas o actividades	Casa hogar			Vivienda supervisada			Significación
	0*	1*	2*	0*	1*	2*	
Independencia de movimientos	7,5	29,9	62,7	0	3,4	96,6	p<0,001
Despertarse y levantarse	1,5	34,8	63,7	0	10,1	89,9	p<0,001
Vuelta a casa por la noche	7,5	24,4	68,2	0	3,4	96,6	p<0,001
Medicación	76,6	19,4	4	16,9	28,2	54,8	p<0,001
Preparación de comidas	55,2	26,9	17,9	26,3	2,2	71,5	p<0,001
Preparación de comidas simples	45,8	35,8	18,4	11,7	13,4	74,9	p<0,001
Compra de comestibles	15,4	52,2	32,3	0	15,6	84,4	p<0,001
Compras	9	18,4	72,6	0	5,6	94,4	p<0,001
Lavado de ropa	88,1	8,5	3,5	6,1	3,4	90,5	p<0,001
Cuidado de espacio personal	8,5	61,7	29,9	0	38	62	p<0,001
Cuidado de su casa o zonas comunes	2	64,2	33,8	0	17,9	82,1	p<0,001
Uso de transporte público	8,5	28,9	62,7	0	3,4	96,6	p<0,001
Uso de servicios asistenciales	51,2	17,9	30,8	12,3	19,6	68,2	p<0,001
Uso de los locales y servicios públicos	10	19,4	70,6	0,6	3,4	96,1	p<0,001
Uso de dinero o capacidad de controlar su presupuesto	0,5	74,1	25,4	0	44,1	55,9	p<0,001

* 0: restricciones significativas; 1: restricciones moderadas; 2: ausencia de restricciones. BELS: cuestionario sobre habilidades de la vida diaria.

Tabla 7. Dispositivo de incorporación al programa y permanencia en el mismo

	Casa hogar		Vivienda supervisada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Número de residentes que se incorpora al programa en cada tipo de dispositivo	234	58,6	155	38,8
Número de residentes que permanecen en el dispositivo de entrada	132	56,4	79	51,0

hogar, la tendencia a permanecer en ella y, en general en el dispositivo inicial, afectaba a algo más de la mitad de los mismos.

Discusión

El conjunto de datos que acabamos de presentar, relativos a diversas características de los dispositivos residenciales, permiten tener una visión cuantitativa de algunos aspectos de interés para la evaluación del programa residencial de la FAISEM en el año 2001. Aspectos que se prestan, en nuestra opinión, a distintas consideraciones y controversias que vamos a exponer a continuación.

Un primer comentario, de carácter general, es el relativo a la utilidad y límites del estudio, aspecto al que ya hemos hecho referencia en el artículo anterior¹. Hay tres aspectos del mismo que introducen limitaciones que hay que considerar en la valoración de los resultados obtenidos. Uno es el diseño del estudio, reducido por así decirlo al “interior” del programa (sin incluir información sobre necesidades poblacionales) y basado en una visión básicamente transversal y descriptiva. Otro el “decalaje” temporal entre el

momento del estudio y la publicación de los resultados. Y otro, finalmente, el carácter de “autoevaluación” que supone la realización del estudio por profesionales implicados en la gestión del programa.

Es evidente que los dos primeros acotan claramente la utilidad del estudio, dejando fuera del mismo otros aspectos que merecería la pena poder analizar, pero no va a ser posible hacerlo con el diseño adoptado. Sin embargo, pensamos, como ya hemos indicado anteriormente y esperamos haber logrado mostrar en nuestra exposición de los resultados, que, a pesar de esos límites, el estudio puede ser útil para obtener una primera valoración del programa en la fecha del estudio. Valoración que, en el período de tiempo transcurrido, ha permitido introducir correcciones en su desarrollo, lo que era el objetivo final del proceso emprendido. Esto enlaza con el último punto mencionado, con referencia al cual defendemos la pertinencia de la “autovaloración” que, no sólo no tiene por que reducir, *a priori*, la validez del estudio, sino que permite una más inmediata y directa “autocorrección”.

Entrando ya en la discusión de los resultados concretos, un primer apartado a considerar es el relativo al número y distribución territorial de los dispositivos residenciales. En cuanto al número total de dispositivos, si comparamos las

tasas de plazas por 100.000 habitantes con las existentes en otras Comunidades Autónomas del Estado o con las existentes en Andalucía 10 años antes de la fecha del estudio^{6,8,14}, el balance del programa es netamente positivo. Pero si el referente es el de otros países europeos, la situación varía considerablemente^{6,8,9,14-17,19}. Es verdad que ninguna de las cifras de dichos países puede extrapolarse sin más a nuestro caso (como muchas otras cifras de recursos sanitarios y sociales no solamente relativos a personas con enfermedades mentales) y no está claro que la evolución de factores de tipo sociocultural (especialmente el peso y funciones de la familia) vayan a evolucionar en idéntica dirección, ni mucho menos a un ritmo predecible^{8,9,12}. Pero hay un diferencial de plazas que parece razonable intentar acortar en los próximos años, valoración que coincide con la sensación, no cuantificada por el momento, de un número todavía importante de necesidades insuficientemente cubiertas.

Tampoco la distribución de plazas por provincias ni, especialmente, su reparto entre zonas urbanas y rurales, eran satisfactorias en el momento del estudio ni en la actualidad, aunque la evolución del programa en estos 3 años ha permitido, como puede verse en la tabla 1, incrementar el número de dispositivos y plazas (desde una tasa por 100.000 habitantes de 6,4 a una de 9,0) y mejorar algo su distribución territorial entre provincias^c. Tendencias que es previsible prosigan en los próximos años, de acuerdo a las previsiones del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. 2003-2007. Sigue pendiente, no obstante, la corrección del diferencial rural-urbano, lo que implicará, entre otras cosas, un mayor crecimiento de plazas que permita sobrepasar el “umbral de sostenibilidad” de plazas en entornos rurales^d.

Un segundo aspecto a considerar es el de la infraestructura y localización en la comunidad de los distintos dispositivos. Los datos obtenidos sobre el espacio parecen razonables, aunque en algunos aspectos de la infraestructura era evidente la necesidad de introducir correcciones. Así sucede, por ejemplo, con la escasez de mecanismos de climatización frente al calor, lo que en gran parte del territorio andaluz aparece como una necesidad. Y también con la persistencia de algunas habitaciones para tres personas, siendo razonable considerar como estándar óptimo la habitación individual y como tolerable una habitación doble. De hecho el desarrollo posterior del programa ha eliminado las habitaciones triples y está incorporando en los nuevos dispositivos habita-

ciones individuales, así como se ha emprendido la corrección de la infraestructura de climatización en viejos y nuevos dispositivos. Aspectos que se incluyen con carácter normativo en el plan de calidad actualmente en curso de elaboración.

Cabe una discusión sobre el tamaño, especialmente en lo referido a casas hogar, en que la cifra de 20 plazas se adoptó como un compromiso normativo, que pretende solucionar transitoriamente el conflicto entre costes (aumentan al disminuir el número de plazas) y convivencia y funcionamiento general de la casa (mejoran al disminuir dicho número). No parece haber estándares validados al respecto (en muchos lugares el tamaño es menor, pero en otros mayor^{7-9,14,44,45}), y parece razonable mantener esta cifra hasta que se puedan satisfacer las necesidades más inmediatas.

La situación de los dispositivos, en términos de acceso a servicios comunitarios, parece traducir una ubicación de los mismos en entornos residenciales normales, lo que sin duda favorece la integración y mejora la calidad de vida de los residentes, como muestran muchos otros estudios internacionales^{1,5,7-9,12,31-33,46}. No se incluyó en el estudio la exploración de las actitudes vecinales, otro aspecto relevante de este tipo de programas^{1,8,9,47}, por lo que sólo podemos referirnos a él con impresiones subjetivas. A lo largo de estos años, aunque ha habido en algunos lugares situaciones conflictivas previas a la apertura de algunos dispositivos residenciales (básicamente casas hogar), en la mayoría de las ocasiones fueron razonablemente resueltas y en todos los casos el conflicto desapareció de manera casi inmediata tras la apertura real del dispositivo. Como hemos expresado en otras ocasiones^{1,8,48} pensamos que este hecho es coherente con lo que sabemos del estigma y otras actitudes sociales, cuya superación depende menos de campañas informativas que de la interacción social cotidiana.

En lo que respecta a la relación entre tipología de dispositivos y diversidad de perfiles de los residentes, aunque este es un aspecto al que volveremos en un artículo posterior una vez presentados los datos de usuarios, la información obtenida refleja la relativa adecuación de los dos grandes tipos de dispositivos del programa, en la fecha del estudio (casas hogar y “pisos” o viviendas supervisadas) a sus definiciones funcionales²⁰, con perfiles de residentes más problemáticos y dependientes en el primer caso que en el segundo. Pero también la relativa insuficiencia del esquema para adecuarse a la gran complejidad de perfiles de usuarios a atender^{1,8,12}. De ahí la necesidad de diversificar la tipología de dispositivos, aspecto que también se incorporó al desarrollo posterior del programa, con el crecimiento por un lado de programas de apoyo domiciliario y la apertura de pisos con supervisión nocturna y de fin de semana, y con la elaboración, por otro, de protocolos de atención individualizada para todos y cada uno de los residentes, aspecto este último que se está abordando dentro

^cSe ha pasado de un rango de 4,5-8,3 a otro de 7,6-11,5, lo que mantiene la misma diferencia cuantitativa (3,5-3,6) pero sobre una media mayor (de 6,3 a 9), lo que disminuye la variabilidad.

^dEl apoyo personal a las viviendas supervisadas exige un número mínimo, para que la suma del número de horas semanales que se dedica a cada una de ellas permita disponer de un monitor a tiempo razonable.

del programa de formación de personal residencial de la FAISEM.

Una discusión no resuelta, relativa a la tipología de dispositivos, es la referida al subgrupo o subgrupos de personas que presentan combinaciones diversas de sintomatología grave, conductas disruptivas (no necesariamente violentas, pero sí distorsionantes de la convivencia) y dificultades continuadas de manejo en distintos medios comunitarios, sanitarios y residenciales^{5,8,9,12,20,49}. Que encajen en lo que el equipo del TAPS^{5,49} denomina “difíciles de situar”, y más fáciles de definir en lo negativo (“no encajan en lo que hay”) que en lo positivo, no hay un consenso definido al respecto dentro de la atención comunitaria, más allá de rechazar el recurso a la reclusión por un lado o dudar de la eficacia de medidas simplemente integradoras a corto plazo (con la distorsión que ocasionan a otros residentes). Su abordaje exige el trabajo coordinado de servicios sanitarios, servicios de atención a personas con drogodependencia y servicios de apoyo social y pasa, en nuestra opinión, más por programas individualizados con atención combinada y secuencial entre distintos dispositivos, que por su confinamiento en dispositivos supuestamente específicos (hay tantos perfiles distintos en el grupo que resulta imposible definir de modo positivo ese supuestamente específico espacio). Lo que no significa que, dentro de la ampliación de la tipología de dispositivos residenciales, no quepan algunos con mayor nivel de supervisión, ni que, aspecto que habitualmente se “olvida” al tratar el tema, no queden en los servicios de salud mental amplios márgenes de mejora en su capacidad de atención a personas con trastorno mental grave. Modificaciones combinadas que disminuirían considerablemente el número de los que hoy “no caben” en el sistema^{3,8,50}.

En lo que respecta al personal, la dotación de los dispositivos del programa estudiado parecen razonables, si se comparan con estándares nacionales e internacionales^{7,9,14}, en lo relativo a casas hogar, siendo más difícil de valorar la situación en los pisos, por la gran diversidad de casos que resumen las cifras medias. La estandarización de cuidados que se está abordando actualmente permitirá sin duda clarificar el tema en el futuro próximo.

En lo que respecta a la cualificación de este personal, los datos son contradictorios. Por un lado porque parece haber un buen nivel de formación de base (superior, por ejemplo al del personal de otros países, como Reino Unido^{7,35}, y difícil de comparar, por poner otro ejemplo, con el de Italia, dado el componente sanitario de una gran mayoría de los dispositivos residenciales en dicho país^{1,8,16,44}). Pero, además de las distorsiones potenciales que representa el trabajo de técnicos superiores en funciones de monitor, no hay todavía ni un perfil definido ni una formación homogénea acorde al mismo. En estos momentos la FAISEM está desarrollando un programa de formación del personal del programa residencial, que in-

cluye un estudio de evaluación con un diseño cuasi-experimental⁶, cuyos resultados esperamos permitan avanzar un poco más por este camino en el futuro próximo.

Otro aspecto a destacar es el de la dimensión temporal en el uso de los dispositivos, en la que, pese al énfasis que el programa sigue haciendo en un modelo gradual, con paso progresivo a dispositivos de menor nivel de protección, se manifiesta una tendencia a permanecer en el mismo. Aspecto que refleja gran parte de la literatura internacional sobre el tema^{1,8,9,11-13,21,22} y que está en la base del énfasis creciente en modelos de apoyo residencial, dirección hacia la que pretende dirigirse el subprograma de apoyo domiciliario de la FAISEM.

Y, finalmente, merece la pena insistir algo más en el tema del régimen de funcionamiento interno de los dispositivos y, especialmente, en lo que podríamos denominar niveles de “restricción” o “actividad institucional” del mismo, tal y como traducen los datos obtenidos a partir del IA y de la escala de oportunidad del BELS. Aunque algunos de ellos (por ejemplo algunos datos de pisos, de difícil entendimiento) puedan responder a errores de interpretación del personal y otros puedan tener explicaciones razonables en el contexto concreto de cada dispositivo, llama la atención la diversidad de situaciones dentro de cada tipo de dispositivo, por un lado, así como algunas medidas concretas, por otro.

No hay que olvidar tampoco que, tal y como señalamos anteriormente al presentar los datos sobre reuniones con los residentes y como insisten distintos equipos que han utilizado el instrumento^{7,30,43}, no hay respuestas correctas *a priori*, dado que la gran mayoría de las mismas pueden tener una explicación contextualmente razonable, teniendo en cuenta que un espacio donde residen varias personas (además con enfermedad mental grave) no puede prescindir de algunas normas generales, que introducen restricciones mayores que las necesarias en un domicilio individual. Pero, aun teniendo en cuenta todo eso, da la impresión en conjunto de que, aunque la tendencia general va en línea con los objetivos del programa, sigue habiendo en más ocasiones de las debidas respuestas espontáneamente institucionales que tienen tendencia a perpetuarse si no se combaten cotidianamente.

Este es el aspecto quizás más útil del estudio, ya que la información obtenida ha servido, discutida con responsables de dispositivos y personal de los mismos, tanto en reuniones específicas como en el marco del ya mencionado plan de formación, para analizar las razones de las distintas normas e introducir progresivamente cambios en

⁶“Evaluación de la efectividad de un programa de formación de personal de dispositivos residenciales para personas con trastorno mental grave. Medición de sus repercusiones sobre monitores y usuarios”. Financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Convocatoria de ayudas a la investigación, 2003, expediente 175.

esas dinámicas, haciendo efectivo el papel autocorrector de la evaluación interna.

Autocorrección que ya se había iniciado en el momento del estudio, como puede comprobarse si comparamos los índices de restrictividad de los dispositivos con los obtenidos en el estudio previo de una muestra de alojamientos de Sevilla y Granda^{6,7}. Así, los valores encontrados ahora (media de 15,1 y desviación típica de 5,5) parecen mejores que los obtenidos entonces (media de 19,5 y desviación típica de 11,9), acercándose lentamente a los valores de la muestra inglesa (media de 6,2 y desviación típica de 5,6), lo que supone una disminución del diferencial entre los respectivos programas, en una tendencia que, como intentaremos mostrar en posteriores estudios, ha continuado desde entonces.

Bibliografía

1. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. *Rehabilitación psicosocial*. 2005;2:2-15.
2. 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.
3. 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.
4. Leff J, Trieman N, Knapp M, Hallam A. The TAPS project. A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr*. 2000;24:165-8.
5. Leff J, editor. *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley & Sons; 1997.
6. Maestro JC, Torres F, Laviana M, Moreno B, Trieman N, Rickard C. Estudio de las alternativas residenciales para pacientes desinstitutionalizados en Granada y Sevilla. *An Psiquiatr*. 2001;17(4):143-52.
7. Rickard C, Trieman N, Torres F, Laviana M, Maestro JC, Moreno B, Comas-Herrera A, et al. Residential care for mentally ill people in Andalusia and London – a comparison of care environments, user's attitudes and cost of care. *J Ment Health*. 2002;11(3):327-33.
8. López M, Lara L, Laviana M, Fernández L, García-Cubillana, López A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Arch Psiquiatr*. 2004;67(2):101-28.
9. De Girolamo G, Bassi M. residential facilities as the new scenario of long-term psychiatric care. *Curr Opin Psychiatr*. 2004;17:275-81.
10. Faulkner A, Field V, Lindsay J. Residential care provision in mental health: the current picture and future uncertainties. *J Ment Health*. 1993;2:57-64.
11. Ogilvie RJ. The state of supported housing for Mental Health consumers: a literature review. *Psychiatr Rehabil J*. 1997;21(2):1222-31.
12. Shepherd G, Murray A. Residential care. En: Thornicroft G, Szmulker G, editors. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 309-20.
13. Carling PJ. Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44(5):439-49.
14. Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: AEN; 2002. Cuadernos Técnicos 6.
15. Becker T, Hülsmann S, Knudsen C, Nartiny K, Amaddeo F, Herran A, et al. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37: 465-74.
16. Gruppo Nazionale Progres. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase 1 del progetto PROGRES. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2001;10(4):260-75.
17. 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.
18. Randolph FL, Ridgeway P, Carling PJ. Residential programs for persons with severe mental illness: a nationwide survey of State-affiliated Agencies. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(11):1111-5.
19. Thornicroft G, Szmulker G. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
20. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. *Criterios para el desarrollo del programa residencial*. Documentos de Trabajo, nº 1. Sevilla:FAISEM; 2000.
21. Ridgeway P, Zippel AM. The paradigm shift in residential services: from linear continuum to supported housing approach. *Psychos Rehabil J*. 1990;13:11-31.
22. Rog DJ. The evidence on supported housing. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;27(4):334-44.
23. 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. *Psychiatr Rehabil J*. 1999;22(4):381-9.
24. Bigelow D. Supportive homes for live versus treatment way-stations: an introduction to TAPS project 41. *Community Ment Health Journal*. 1998;34(4):403-5.
25. Geller JL, Fisher WH. The linear continuum of transitional residences: debunking the myth. *Am J Psychiatry*. 1993;150(7):1070-6.
26. 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.
27. Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:301-15.
28. Pyke J, Lowe J. Supporting people, not structures: changes in the provision of housing support. *Psychiatr Rehabil J*. 1996;19(3):5-12.
29. 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.
30. O'Driscoll L, Leff J. The TAPS Project 8: Design of the research study on the long-stay patients. *Br J Psychiatr*. 1993;162 Suppl 19:18-24.
31. Goldstein JM, Dziobek JF, Clark R, Bassuk EL. Supportive housing for the chronically mentally ill. Matching clients with community environments. *J Nerv Ment Disease*. 1990;178(7):415-22.
32. 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.
33. 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.
34. Harrington WA, Honda GJ. The roles of the Group Home direct care worker. *Community Ment Health J*. 1986;22(1):27-38.
35. 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.
36. Drake RE, Osher FC. Using family Psychoeducation when there is no family. *Hosp Community Psychiatry*. 1987;38(3):274-7.
37. 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.
38. Ranz JM, Horen BT, McFarlane B, Zito JM. Creating a supportive environment using staff Psychoeducation in a supervised residence. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(11):1154-9.
39. 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.
40. 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.

41. Snyder KS, Wallace CJ, Moe K, Liberman RP. Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:1141-3.
42. Willets LE, Leff J. Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy of a staff training programme. *J Adv Nurs*. 1997;26:1125-33.
43. Jordá E, Espinosa J. El proceso de desinstitucionalización en la provincia de Valencia: estudio de los alojamientos utilizados mediante la escala de prácticas restrictivas. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*. 1990;17(2):77-87.
44. De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry*. 2002;181:220-5.
45. 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.
46. 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.
47. 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):39-52.
48. López M. Combatir el estigma y la discriminación construyendo alternativas comunitarias. La experiencia de Andalucía. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. En prensa 2004.
49. 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.
50. López M, Laviana M. Rehabilitación y apoyo social en la atención comunitaria a personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas para el debate. Aprobada su publicación en Maristán.