
LA
REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL DE
PERSONAS CON
TRASTORNO
MENTAL: UN
MODELO PARA LA
RECUPERACIÓN E
INTEGRACIÓN
COMUNITARIA

PSYCHOSOCIAL
REHABILITATION OF
PEOPLE WITH MENTAL
DISORDERS: A MODEL FOR
RECOVERY AND
COMMUNITY
INTEGRATION



Fernández-Catalina, P.
Hermanas Hospitalarias
Ballesteros-Pérez, F.
Grupo 5

email:

pfernandez.sanmiguel@hospitalarias.es

RESUMEN

Este artículo trata de ofrecer una perspectiva global e histórica de cómo la rehabilitación psicosocial se ha instaurado como marco de referencia para la atención integral a la persona con trastorno mental grave (TMG) en las sociedades actuales, haciendo especial énfasis en la relevancia que adquiere mantener un enfoque comunitario, y cómo éste posibilita mayores

ABSTRACT

This article offers a global and historical perspective of how psychosocial rehabilitation has been established as a reference for the comprehensive treatment of persons with severe mental disorder (SMD) in today's societies. We emphasize on the relevance of maintaining a community approach to

oportunidades para la recuperación de la persona afectada por un trastorno mental.

PALABRAS CLAVE

Rehabilitación Psicosocial, Modelo Comunitario, Trastorno Mental Grave.

enable greater opportunities for the recovery of the person affected by a mental disorder.

KEYWORDS

Psychosocial Rehabilitation, Community Model, Severe Mental Disorder.

INTRODUCCIÓN: CONTEXTO HISTÓRICO

El interés por la persona con trastorno mental no es nuevo, asimismo el intento de ayudar y su cuidado tampoco; aunque es destacable que en las últimas décadas ha adquirido una relevancia importante. Han transcendido etapas marcadas por el miedo y la brujería, a la pena y misericordia, hasta llegar al empoderamiento en el proceso de ayuda de la persona con trastorno mental. Cada una de estas concepciones de la enfermedad ha determinado el tratamiento y comprensión que se le ha otorgado, pasando de los juicios y persecuciones a lo diabólico, al encierro (no siempre por razones médicas) en hospicios, llegando a la integración en la comunidad. Pero no es pretensión de este capítulo llegar tan atrás en el tiempo, tan sólo se intentará dar una contextualización del cambio a la hora de organizar la intervención y acción social.

Aunque muchos profesionales marcarían el cambio en el tratamiento a la persona con TMG en la Terapia Moral de Pinel (1745-1826), no será hasta los movimientos producidos a nivel internacional enmarcados en la conocida Reforma Psiquiátrica cuando se producirán los cambios más radicales y profundos. El concepto engloba: “la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando gracias al desarrollo de la psiquiatría comunitaria, atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario, para evitar la marginación e institucionalización” (Desviat, 1994, cit. en Sobrino y Rodríguez, 2008, p. 24).

Este movimiento tiene su inicio después de la Segunda Guerra Mundial, momento en el que convergen las condiciones sociales necesarias, como son el florecimiento de los movimientos sociales, la importancia de las políticas para abordar diferentes reformas, el compromiso social y la construcción de un Estado de Bienestar, así como la expansión del reconocimiento de los derechos humanos y respeto hacia las minorías, ente otros. Asimismo, aparecen los nuevos psicofármacos, como la clorpromacina en 1953, que se muestran eficaces para el manejo de los

síntomas positivos, y nuevos modelos de atención y entendimiento del trastorno mental, que conceptualizan el problema (y la solución) desde un punto de vista más integral con una perspectiva biopsicosocial. Económicamente también parece el momento adecuado, pues, como comentan algunos autores (Rivière, 1991, cit. en Moreno-Küstner, 2002, p. 36), el mantenimiento de los grandes asilos era costoso. Con todo, crece de manera imparable el criticismo hacia los “manicomios” y su necesidad de reconstrucción. Así, la Reforma Psiquiátrica y su proceso reformista comienza a nivel internacional, en la mayoría de los países europeos (especialmente en Francia, Gran Bretaña e Italia), en EE.UU. y en Canadá.

En España, como es sabido, debido a las circunstancias sociales y políticas que vivió España por más de 40 años (Guerra Civil, posguerra, Dictadura), los planes reformistas tuvieron que esperar. Esta espera tuvo como punto positivo que cuando se abordaron los procesos de cambio se conocían las limitaciones y dificultades de otras experiencias y se pudieron tener en cuenta a hora de una mejor planificación de los pasos a dar y de los recursos a construir.

Aunque no es hasta la Ley General de Sanidad de 1986 (v. Tabla 1) cuando se da el inicio del cambio en España con respecto al tratamiento comunitario, sí que antes se produjeron algunos conatos de mejora de las condiciones de la persona afectada con TMG. A las iniciativas comentadas anteriormente (Liga de Higiene Mental, 1927), en 1931 se estableció un decreto en el cual se insta a una urgente transformación de la legislación en lo referente a la asistencia al enfermo psíquico. A finales de los años sesenta y principios de los setenta en Asturias y Conxo se llevan a cabo experiencias de cambio en la asistencia psiquiátrica, que se vieron frustradas por el poco apoyo de las administraciones públicas. Entre 1970-1975, se crea el movimiento denominado Coordinación Psiquiátrica, formado por jóvenes psiquiatras y MIR que comienzan a denunciar la situación de la psiquiatría en España. Finalmente, en 1983 se hace una reforma del Código Penal que establece que para salvaguardar los derechos de la persona con enfermedad mental será un juez quien deba autorizar su internamiento, suponiendo esto una ganancia de derechos de la persona y una concepción del problema de una manera diferente. Por fin, en 1986 la Ley General de Sanidad establece una base teórica, inspirada en la filosofía de servicios públicos de salud, equitativo, universal y descentralizado, recogiendo las ideas y propuestas de otros movimientos (v. Tabla 1).

Después de más de 25 años de implantación de este nuevo sistema de atención social, el desarrollo en el panorama nacional ha sido desigual y dependiente de cada Comunidad Autónoma. Esta territorialización supone algunas deficiencias a la hora de atender de manera igual a la persona afectada y sus familiares en los diferentes puntos del país, en especial en lo relacionado con lo residencial (Desviat, 2011):

“La atención a la salud mental en España cumple los requisitos de una sociedad económica avanzada. Se han desarrollado aplicaciones clínicas en la práctica pública, desde la intervención en crisis, la psicoterapia breve y de grupo a las herramientas de adquisición o recuperación de habilidades sociales, que permiten una asistencia que va más allá de la psicofarmacología o la contención física” (p. 434).

Tabla 1. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril)

Capítulo Tercero de la Salud Mental

Artículo 20.

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
 - a. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizarán en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud general.

Fuente: Ley General de Sanidad (1986); Sobrino y Rodríguez (2008).

Antes de que la Reforma Psiquiátrica internacional tuviera una estructura y un avance continuado, se dieron en algunos países intentos por introducir cambios en el modelo de atención social. Así en EE. UU., en 1909 se creó el Comité para la Higiene Mental. Al amparo de esta iniciativa en España en 1927 se fundó la Liga de Higiene Mental, ambos movimientos comenzaban a defender un tratamiento basado en la comunidad, así como un rechazo al asilamiento. En la década de los 30, en Inglaterra y Canadá se ponen en marcha los primeros hospitales de día, como

iniciativa de alternativa al tratamiento estándar. A principios de la década de los 40, Bion y Rickman intentaron cambiar el rol que jugaban los pacientes en el hospital. Finalmente, a finales de la década de los 40 se ponen en marcha experiencias pioneras de atención comunitaria, tales como, Fountain House y Horizon Club en Nueva York.

Aunque la Reforma Psiquiátrica se ha dado en los diferentes países, adaptados a sus circunstancias socio-políticas, económicas y culturales, todos los diseños de la reforma tienen en cuenta los siguientes ejes (Moreno-Küstner, 2002; Sobrino y Rodríguez, 1997):

- Desinstitucionalización.
- Prevención.
- Atención primaria, puerta de entrada a todo el sistema, desplazamientos del eje de atención, del hospital a la comunidad.
- Compresión del trastorno desde un enfoque biopsicosocial y establecimiento de un tratamiento integral, desde lo preventivo hasta la rehabilitación.
- Territorialización de los dispositivos.
- Continuidad de cuidados.
- Equipos multidisciplinares.
- Participación de la comunidad.
- Sistema de atención con funcionamientos en red de los servicios.

Como en todo movimiento de reforma y profundo cambio social, se produjeron problemas e incluso voces críticas en contra. Estas dificultades se pueden agrupar en diferentes áreas: problemas en la logística de desarrollo de los recursos que serían alternativos a la desinstitucionalización, lo que provocó que no se pudieran establecer adecuadamente los programas; desigual desarrollo de la atención social dependiendo de las Comunidades Autónomas; problemas de organización y planificación, ya que de manera progresiva se fueron reintegrando a las personas a la sociedad, pero no se cubrieron adecuadamente todas las funciones que hacían las grandes instituciones, en este sentido, "si no se dota a la sociedad de los recursos que se necesitan se producen nuevos "crónicos" y el efecto de "transinstitucionalización" (Desviat, 1994; Guinea, 2014), así como el efecto de "puerta giratoria" de algunos afectados; por último, no se contempló que un programa de atención social orientado hacia las personas con TMG fuera utilizado por personas con "patologías menores" (Zusman y Lamb, 1977) provocando una saturación del sistema.

Asimismo, en el área de la administración pública, aunque en un principio el apoyo institucional fue grande, con el paso de las décadas y el "padecimiento" de las

diferentes crisis económicas, se ha ido limitando progresivamente el apoyo económico para un desarrollo igualitario.

En cuanto a los profesionales, se produjeron estas reformas con una escasa formación profesional en la atención a la cronicidad y puesta en práctica de programas de rehabilitación, mostrando algunos profesionales resistencias o miedos al cambio. Finalmente, en la sociedad, estos movimientos reformistas no se acompañaron de proyectos de cambio de creencias y modificación de actitudes, incluso los familiares, en muchos casos, no estaban preparados para asumir el cuidado de su familiar. Igualmente, en esta área se puede mencionar una incorrecta lectura de los acontecimientos sociales, atribuyendo cierto vandalismo y criminalidad, propia de las sociedades en crisis y cambio, a la presencia de personas con TMG “fuera de los psiquiátricos”; por lo tanto, se planteó un tratamiento basado en la comunidad sin estar ésta preparada. Si en la actualidad hay críticas, se considera que no es tanto debido a los resultados de mejora de las personas, sino a la falta de desarrollo de recursos y prestaciones que en ocasiones limitan la recuperación o limitan el acceso a procesos de rehabilitación a personas que lo necesiten.

Estos movimientos de cambio y reforma psiquiátrica deben seguir dándose, consolidándose o iniciándose en diferentes países y continentes, para llegar a una igual y global cobertura de los derechos de todas las personas, apostando por tratamientos que abarquen el ciclo vital de la persona, y no solamente un momento de un problema, como es la hospitalización.

DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La rehabilitación psicosocial concibe al individuo como el protagonista de su propio proceso, con el fin de mejorar o mantener una situación vital concreta para evitar un mayor deterioro o cronificación.

Como definición de rehabilitación, por tanto, y recogiendo aportaciones de Anthony, Cohen, Livneh, Liberman y otros autores, se puede decir que: es el conjunto de actuaciones destinadas a asegurar que una persona con una discapacidad producida por una enfermedad mental grave pueda llevar a cabo las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir en la comunidad con el menor apoyo posible por parte de los profesionales (IMSERSO, 2007).

Es la persona la que se marca aquellos objetivos que pretende alcanzar en función de su situación vital, necesidades, proyectos y expectativas siendo el

profesional un facilitador que ha de ofrecer los apoyos y oportunidades necesarios para su consecución.

Dado que es un proceso individualizado, éste ha de desarrollarse en su propio contexto, por lo que el trabajo en rehabilitación se orienta tanto a la persona como a su entorno, englobando este tanto la comunidad a la que pertenece y donde permanece, como los apoyos naturales de los que en ella dispone.

Dado este encuadre, los principios bajo los que se sustenta el paradigma de la rehabilitación son los siguientes (Consejería de Servicios Sociales, 2003):

- Normalización: supone poner a disposición de la persona los recursos necesarios para facilitar que pueda tener un estilo y calidad de vida similar a los del resto de individuos de la sociedad.
- Desinstitucionalización: teniendo en cuenta el desarrollo histórico previamente mencionado, deriva en adoptar aquella actuación que requiera la intervención mínima necesaria para proveer a la persona de aquellas oportunidades que satisfagan sus necesidades dentro de la comunidad, promoviendo el máximo desarrollo de sus competencias y habilidades.
- Modelo de Competencia: implica el establecimiento de un equilibrio progresivo entre las necesidades de la persona, sus actitudes, expectativas y recursos personales frente a las demandas y características del ambiente, manteniendo una visión posibilista que promueva las potencialidades de la persona frente a sus dificultades, así como su autonomía e independencia.
- Integración de la persona en la comunidad: se ha de evitar el aislamiento de la persona facilitando los soportes necesarios para su participación en los recursos del entorno, esto es, "reconectar a la persona con su comunidad". Se parte de la concepción de que el propio ambiente de la persona es un agente estimulador y rehabilitador por sí mismo en el que la persona puede desplegar de la manera más normalizada sus habilidades personales para su integración con su propia red natural de apoyos.
- Individualización: manteniendo el respeto a las características personales de cada persona, así como a sus necesidades, expectativas y deseos, desarrollando la adquisición de control y participación en su recuperación. De este modo, es el sujeto el protagonista de su proceso y quien toma las decisiones sobre éste, alejándonos así de la visión anacrónica de la relación terapéutica vertical.
- Apoyo social: implica la puesta a disposición de la persona del soporte necesario que le permita mantener un estilo de vida lo más autónomo, normalizado e integrado posible. Para ello es imprescindible una acción

coordinada e integrada de los servicios que le atienden. Igualmente, se ha de considerar el apoyo social informal aportado por familiares, amigos y personas significativas de su entorno.

- Igualdad: consideración de las personas con trastorno mental como ciudadanos de pleno derecho, con capacidad de decisión y libre participación. En ocasiones, por su especial dificultad para integrarse en la sociedad y desempeñar roles normalizados, será necesario desarrollar actuaciones encaminadas a una discriminación positiva, y en especial con aquellos colectivos de mayor vulnerabilidad, como en el caso de las mujeres con las que es necesario mantener una perspectiva de género que garantice la cobertura de sus necesidades para su total integración.

En la actualidad, la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid se erige como un icono de red de servicios complementarios que, en base a los principios orientadores de la rehabilitación psicosocial anteriormente expuestos, ofrece una asistencia integral y universal a nivel socio-sanitario a las personas con TMG y duradero que en ella residen.

CONTEXTO ACTUAL Y RECURSOS: LA RED DE LA COMUNIDAD DE MADRID COMO MODELO DE SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRADO

En la Comunidad de Madrid el desarrollo de los recursos de rehabilitación, tanto de apoyo diurno como de apoyo residencial, ha sido amplio desde la Ley General de Sanidad de 1986. Desde los primeros dispositivos de rehabilitación abiertos en los años ochenta, surgidos del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica (1988-1995), el aumento de la cobertura para el TMG tuvo un punto de inflexión con el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007, llegando en Enero 2017 a una eficiente y extensa red de atención que con 204 recursos (entre Centros de Rehabilitación Psicosocial, Equipo de Apoyo Social Comunitario, Mini Residencias, Centros de Rehabilitación Laboral, Centros de Día, Pisos Supervisados, Pensiones Supervisadas, Servicio a la Reinserción Social de Personas con TMG sin hogar y Centro de Atención Social para el Apoyo a la Reinserción de Personas con TMG sin hogar), dan asistencia a más de 6000 usuarios y más de 1000 familias anualmente. Todo este desarrollo, viene a cubrir el desafío y la prioridad de ofrecer a las personas con TMG intervenciones psicosociales y de apoyo necesarios a través de una red de servicios accesibles, gratuitos y eficientes que favorezcan su mantenimiento en la

sociedad. A continuación, se presenta unas figuras (Figuras 1 y 2) que muestran visualmente la red de atención social y su coordinación con la red de salud mental.



Figura 1. Organización de la atención Comunitaria: Coordinación y Trabajo en Red (Fuente: Consejería de Políticas Sociales y Familia).

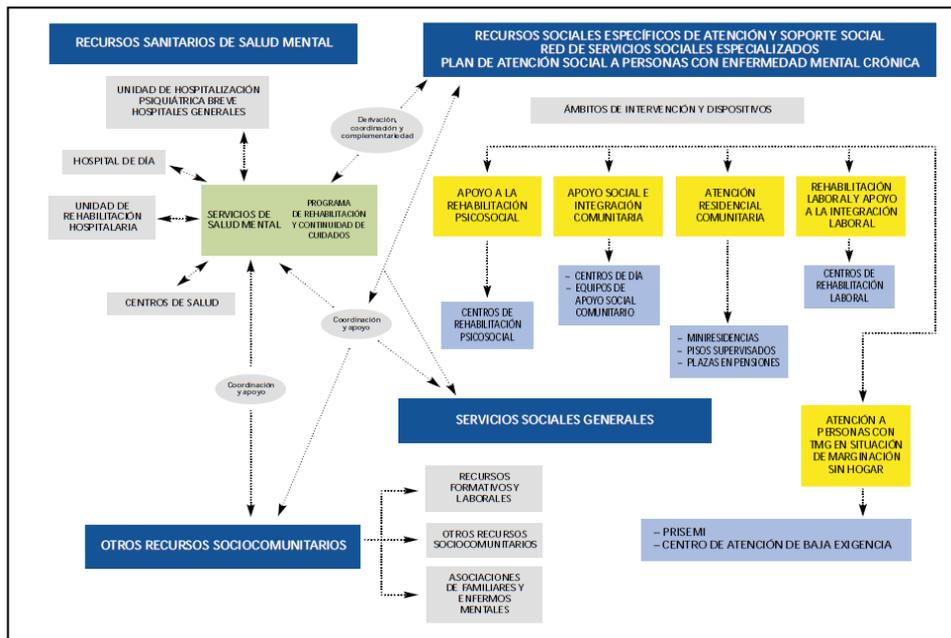


Figura 2. Estructura General de los Servicios de Salud Mental (Fuente: *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007*)¹.

¹ el Proyecto PRISEMI está renombrado en la actualidad como, Servicio de Apoyo a la Reinserción Social de Personas con Enfermedad Mental Grave sin Hogar.

Con la intención de dar a entender los diferentes recursos y sus objetivos, se pasa a dar una explicación de cada uno de ellos, para un conocimiento mayor se recomienda al lector consultar la web www.madrid.org, de la que se ha extraído la siguiente información:

- Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). Centros de rehabilitación que están destinados a personas con un TMG que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social normalizada y necesitan un apoyo específico y estructurado para avanzar con éxito en su proceso de recuperación e integración en la comunidad. Estos recursos ofrecerán programas de rehabilitación e integración comunitaria, complementarios al apoyo individualizado. Los objetivos de los CRPS son: favorecer la recuperación o adquisición de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para alcanzar un funcionamiento normalizado en la comunidad: potenciar y apoyar su integración social facilitando un desempeño de roles sociales valiosos y normalizados: ofrecer el seguimiento individualizado para que cada persona se mantenga autónomamente en el entorno en el que vive: y ofrecer apoyo y asesoramiento a las familias de los afectados. Los profesionales que forman parte de un CRPS son: un director/a: 2/3 psicólogo/a, un trabajador/a social, un terapeuta ocupacional, 3 educadores/as y personal de administración y limpieza. La capacidad de los CRPS gira entre las 60/90 personas. 24 son los CRPS que componen en la actualidad la red de atención social en la Comunidad de Madrid.
- Centros de Día de Soporte Social (CD). Recurso de rehabilitación psicosocial que está destinado a las personas que padeciendo un TMG tienen mayores dificultades de funcionamiento e integración y por lo tanto un mayor riesgo de deterioro, asilamiento o dependencia. En este tipo de centros se ofrecerán programas destinados a la rehabilitación, así como destinados al apoyo y soporte social. Ente ambos se llegarán a una estructuración de la vida cotidiana. Entre los objetivos destacados están: aumentar al máximo la autonomía de las personas: ofrecer soporte social que favorezca el mantenimiento en la comunidad: desarrollar y potenciar habilidades sociales: mantener y/o conseguir un nivel adecuado de autocuidados: incrementar las redes sociales: fomentar las actividades de ocio, así como su regulación: estructurar la vida cotidiana del paciente y dar apoyo a las familias que así lo necesiten para favorecer la calidad de vida de éstas y el proceso de rehabilitación de los usuarios. El equipo técnico de una CD lo componen: un director/a: un psicólogo/a, un terapeuta ocupacional, 2 educadores/as y como personal logístico están los servicios de administración y limpieza. La capacidad de los CD es de

30 personas. La Comunidad de Madrid cuenta en este momento con 31 Centros de Día.

- Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC). Es un dispositivo altamente coordinado con los servicios de salud mental y de rehabilitación existentes, y va dirigido a una parte de la población de personas con TMG con mayor especificidad en la intervención rehabilitadora debido a la necesidad de apoyo flexible que presentan sus destinatarios. Se destina a un tipo de población que, aun compartiendo las características definitorias de los diagnósticos que dan nombre a los TMG, presentan mayores dificultades de accesibilidad, de disposición o de motivación para el cambio. Este tipo de persona suele tender a un mayor aislamiento y desvinculación asistencial y normalmente se encuentra fuera de las esferas sociales, lo que requiere una mayor especialización para re-vincularlos y mantenerlos con unos mínimos criterios de calidad de vida y autonomía en el entorno donde viven. Las metas y objetivos generales de un EASC son amplias y se adaptan a las necesidades personales de cada usuario. La filosofía de intervención radica en una alta individualización de cada proceso personal. Aun así, se encuentran líneas de intervención generales: ofrecer atención domiciliaria para que la persona se pueda mantener autónomamente en su vivienda; ofrecer apoyo para crear o mejorar la vinculación de las personas a los servicios sociales y/o de salud; ofrecer apoyo a las familias; y Promover el desarrollo de la autonomía personal y de manejo comunitario. Los EASC están compuestos por un equipo técnico de un psicólogo/a, un trabajador/a social y dos educadores/as, asimismo hay dos profesionales de coordinación y gestión, como son el director/a y el administrativo/a, así como personal de limpieza. En la actualidad se cuenta con 38 EASC en la Comunidad de Madrid, con una capacidad de 30 plazas.
- Centros de Rehabilitación Laboral (CRL). Es un recurso de especialización en favorecer a las personas con dificultades derivadas del TMG a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades necesarias para su plena integración laboral. Los CRL deben trabajar en estrecha coordinación y colaboración con los recursos comunitarios de formación y empleo a fin de facilitar el proceso exitoso de integración laboral de las personas. Como objetivos prioritarios están: favorecer la recuperación o adquisición de los conocimientos, hábitos y habilidades socio-laborales: propiciar y apoyar su inserción laboral tanto en empresas de empleo protegido o empresas normalizadas: ofrecer el seguimiento y apoyo individualizado para que la persona se mantenga autónomamente en su empleo: articular y organizar el contacto con los recursos de formación laboral y con el mercado laboral para facilitar los procesos de rehabilitación e inserción; fomentar la

colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones para aumentar las ofertas laborales de este colectivo. Un CRL da cobertura aproximadamente a 50 personas, habiendo en la Comunidad de Madrid 22 centros de este tipo. Los profesionales que forman este tipo de recurso son: un director/a, un psicólogo/a, un terapeuta ocupacional, 1 técnico/a de apoyo a la integración laboral, 1 preparador/a laboral, 3 maestros/as de taller y personal administrativo y de limpieza.

- Mini Residencias (MR). Recurso residencial de carácter normalmente temporal, que proporcionan a la persona con TMG una alternativa de alojamiento cuando se dan las necesidades. Recurso de rehabilitación altamente especializado y con un apoyo al usuario durante su estancia de 24 horas al día los 7 días de la semana, en un ambiente de convivencia lo más familiar y normalizado posible. Los objetivos que persigue son: asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte; favorecer la mejora de la autonomía personal; posibilitar el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles, evitando el abandono y la exclusión social. Los profesionales que componen una mini residencia son: un director/a, un psicólogo/a, un terapeuta ocupacional, 13/15 educadores/as y personal administrativo, de limpieza y cocina. Actualmente se cuenta con 21 mini residencias, la mayoría con una capacidad de 30 personas.
- Pisos Supervisados. Es un recurso de alojamiento en viviendas normales en las que pueden llegar a vivir entre 3 y 5 personas. Este tipo de domicilio ofrece una alternativa normalizada de alojamiento y soporte facilitando la integración en la comunidad. Los objetivos que persiguen son: proporcionar alojamiento, convivencia y soporte lo más social y normalizado para mantenerse en la comunidad en las mejores condiciones: promover y posibilitar el proceso de rehabilitación e integración; y evitar situaciones de abandono, marginación y exclusión social. Estos pisos son dependientes o están vinculados a una mini residencia, habiendo al menos un educador/a en las funciones de supervisión. Se cuenta en el momento presente con 57 pisos supervisados.
- Plazas en Pensiones. Dentro de los recursos residenciales, son una alternativa de alojamiento que consisten en acuerdos con pensiones de huéspedes utilizadas por personas con TMG que tengan este tipo de necesidad. Ofrecen una alternativa flexible y normalizada de alojamiento. Los objetivos esenciales son: posibilitar el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de la persona afectada: facilitar el proceso de rehabilitación cubriendo las necesidades básicas de vivienda; y evitar situaciones de abandono y marginación. Actualmente la Comunidad de Madrid cuenta con 37 plazas en pensiones.

- Servicio a la Reinserción Social de Personas con TMG sin hogar. Se trata de una iniciativa de intervención destinada a mejorar la atención social y favorecer la reinserción social de personas con TMG que se encuentran en situación sin hogar y exclusión social. Con unos principios muy idiosincrásicos de “búsqueda” de la persona allí donde se encuentre; atención muy flexible y ajustada a la situación de este colectivo; y un proceso de atención individualizado y adaptado a la especificidad y momento de cada persona, pero sin perder de vista el promover su reinserción social. Los objetivos generales son: aproximarse a este colectivo y mejorar el conocimiento sobre sus necesidades, promover la mejora general y su acceso a los servicios comunitarios pertinentes, favorecer la recuperación del máximo de autonomía, y facilitar la reinserción social normalizada a la comunidad. Este tipo de recurso cuenta con un director, 3 psicólogos/as, 1 trabajador/a social, 14 educadores/as y personal de administración y limpieza. En el momento actual se cuenta con 130 plazas en la Comunidad de Madrid. Como se puede observar en las figuras 1 y 2 anteriormente presentadas, los Servicios de Salud Mental (SSM) son los encargados de la derivación de las personas afectadas a este tipo de recursos. Esto hace que todos y cada uno de los recursos de atención social deba trabajar en estrecha coordinación y colaboración para ofrecer el mejor de los procesos de recuperación posible.
- Servicios de Salud Mental (SSM). La atención sanitaria que precisan las personas que padecen un trastorno mental se articula a través de los Servicios de Salud Mental (SSM). Si esta afectación es considerada grave, los pacientes pasan a formar parte del Programa de Continuidad de Cuidados, cuya misión es presentarles un conjunto de ayudas necesarias para que tengan la oportunidad de lograr la recuperación a través de un tratamiento de rehabilitación psicosocial. Estos programas están compuestos por un equipo multidisciplinar que consta de médico-psiquiatra, psicólogos/as especialistas en psicología clínica, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y terapeutas ocupacionales (variando el número según la población atendida) (www.madrid.org). En el momento actual en la Comunidad de Madrid hay 42 SSM y una unidad de salud mental para la población de adulta. Teniendo en cuenta que las necesidades de las personas afectadas por el trastorno, así como de los familiares o cuidadores de esta población son múltiples, se requiere de un sistema de Servicios Sociales, ya que el ámbito sanitario no es capaz de atender dichas necesidades, tal como recoge la Ley General de Sanidad (1986).
- Servicios Sociales. pueden ser definidos como el conjunto de actividades, prestaciones y equipamientos que tiene como objetivo el desarrollo del

bienestar social de todos los ciudadanos. Tiene como prioridad potenciar la posición de los clientes, además, de adoptar un plan integral para la satisfacción de todas las necesidades sociales. Algunos de los principios que rigen los servicios sociales son: universalización, igualdad, solidaridad, prevención, descentralización, integración, participación, coordinación y globalidad. Actualmente existen los servicios sociales generales, usados por la población general para la cobertura de sus necesidades sociales básicas que permitan un mantenimiento digno en la sociedad; y los servicios sociales específicos, que se especializan en la atención a un tipo de población concreta (infancia, trastorno mental, etc.). Finalmente, aunque dentro del Plan de Atención Social mencionado anteriormente figuran como otros recursos sociocomunitarios, en la Comunidad de Madrid hay un gran desarrollo de las asociaciones de familiares y personas afectadas con un TMG, siendo sus objetivos y función fundamental el apoyo a familias y usuarios, así como en la reivindicación de derechos e igualdad. Cabe señalar, que la atención a la familia y cuidadores de las personas con TMG, son uno de los objetivos de actuación de cada uno de los dispositivos de la red de recursos de atención social presentada.

- Asociaciones de familiares, amigos y personas afectadas. en el momento presente en la Unión Madrileña de Asociaciones de Salud Mental (UMASAM) están adscritas 17 asociaciones de la Comunidad de Madrid (www.umasam.org). Surgen en 1992 como respuesta a la carencia de recursos en el tratamiento de las personas afectadas por trastornos mentales graves después del periodo de desinstitutionalización. El objetivo que se menciona como básico es la “reivindicación del cumplimiento por nuestras autoridades político-sanitarias de la legislación en vigor para que se pueda ofrecer en la red pública de atención a la salud mental los tratamientos integrales, de calidad y basados en la evidencia [...]”. El papel de las asociaciones de familiares, amigos y personas afectadas es fundamental para completar la integración, la igualación de los derechos, el derribo de barreras y prejuicios, la eliminación de la marginación y exclusión en las personas afectadas; y en la reclamación de la implicación de la administración pública en este tipo de colectivo.

Cabe volver a destacar la importancia y necesidad de que cada uno de estos recursos lleve a cabo una coordinación y colaboración estrecha con el resto de servicios que ofrece la comunidad, priorizando cada centro a tenor de las necesidades a cubrir dependiendo del perfil de persona con la que trabaja, en beneficio de crear sinergias comunitarias que faciliten no sólo los procesos de integración social de las

personas con TMG, sino procesos de desestigmatización, aceptación y normalización, haciéndose necesario todos y cada uno de los miembros de una comunidad, incluidas las administraciones públicas y su apoyo en el sentido más amplio de la palabra, para su buen funcionamiento y participación colaborativa, donde la sociedad sea “libre y democrática en la que todos podamos vivir en armonía y con iguales posibilidades” (Mandela, 1918-2003).

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL BASADA EN LA EVIDENCIA

“La rehabilitación psicosocial está basada en modelos ateóricos y en su momento fue definida como una práctica en espera de una teoría” (Guinea, 2014). La rehabilitación psicosocial se inició sin apoyo empírico, pero como respuesta necesaria al tratamiento que se estaba aportando en los hospitales psiquiátricos, intervenciones que eran aportadas por los paramédicos y/o cuidadores (Saraceno, 1993, cit. en Fernández, González, Fernández y Eizaguirre, 1997).

Desde esos inicios el panorama ha cambiado, así los primeros estudios que comenzaron a mostrar su eficacia en el ámbito de la rehabilitación vinieron de la mano de Liberman, DeRisi y Mueser, (1989) para problemas de habilidades sociales; Falloon, Boyd y McGill (1984) para el trabajo con las familias; o más actualmente, para promover cambios generales basados en una formulación individual de la historia de la persona (Tai y Turkington, 2009), entre otros. Desde este momento la rehabilitación psicosocial sí ha contado con intervenciones y programas aplicables y generalizables que mejoraban las competencias de los afectados de manera significativa.

Es importante el desarrollo de los tratamientos y programas basados en la evidencia ya que este tipo de proceder aúna el buen hacer de la práctica cotidiana con la mejor evidencia clínica, así como con la experiencia extraída de la propia interacción con la persona que sufre el trastorno; haciéndose así extrapolable al mayor número de personas posibles. De estos resultados se derivan guías que ayudan al profesional a seleccionar las mejores opciones a la hora de planificar sus intervenciones tratando de reducir al mínimo los efectos iatrogénicos, que se suponen han sido descritos en las pruebas que han avalado la eficacia. Además, se hace necesario poder ofrecer a los usuarios de los servicios la mejor y más consistente intervención que sea posible. Otra fuente en la que se basa el interés, e incremento de éste, por las intervenciones basadas en la evidencia es el respaldo que desde las políticas sanitarias y sociales se le da a este tipo de tratamientos (Navarro, 2011). También se considera que este tipo de práctica basada en la evidencia, y los estudios

que de ella se derivan, es beneficiosa para el profesional (y el usuario como se mencionaba), ya que busca que los profesionales vean emparejada la parte más práctica con la más teórica, intentando reducir la sensación profesional de lo que se hace en la práctica cotidiana está totalmente alejado de lo teórico o de lo que la investigación menciona.

En la actualidad se cuenta con múltiples programas y quehaceres en la cotidianeidad. Además, muchos de ellos son descritos en las diferentes guías clínicas como eficaces o avalados científicamente. Sin embargo, otros no se han mostrado útiles para el tratamiento de las personas con TMG. En muchas ocasiones esto se debe a que no hay suficientes estudios, con pocos pacientes o metodológicamente sesgados. Por lo tanto, solventando estos problemas en un futuro se contará con un mayor número de posibilidades a utilizar en la rehabilitación psicosocial, enriqueciendo el abanico de oportunidades y de servicios a ofrecer.

A continuación, se presentan, de manera esquemática, los tratamientos o intervenciones que las guías clínicas (v. Tabla 3) describen como eficaces. Solamente se mencionan los que han adquirido al menos un grado de recomendación A o B (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción del nivel de evidencia

Grado de recomendación	Descripción
A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo, y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico bien realizados y con poco riesgo de sesgo y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohorte o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer relación causal; directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestre gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como A.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009).

Tabla 3. Intervenciones empíricamente apoyadas

Diagnóstico	Nivel de evidencia	Tipo de Intervención
Esquizofrenia	A	<ul style="list-style-type: none"> • “Case Management”/ Participación en programas de continuidad de cuidados. • Terapia conductual para síntomas psicóticos, insight y adherencia a la medicación (en cualquier fase del trastorno). • Programas de habilidades sociales (según el modelo de resolución de problemas). • Rehabilitación laboral (empleo con apoyo). • Psicoeducación (afectado y familiar). • Intervenciones con las familiares. • Rehabilitación cognitiva. • Entrenamiento en actividades de la vida diaria. • Intervenciones en el entorno (atención comunitaria). • Programas de atención temprana.
	B	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia conductual para tratamientos de estrés, ansiedad y depresión.
Diagnóstico	Nivel de evidencia	Tipo de Intervención
T. Bipolar	A	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación con el afectado. • Participación en programas de continuidad de cuidados.
	B	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación con la familia. • Abordajes cognitivo-conductuales. • Terapia interpersonal y de ritmos sociales.
T. Límite de la personalidad	A	
	B	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Conductual Dialéctica. • <i>Mentalisation-based therapy</i>.
TMG ²	A	<ul style="list-style-type: none"> • Programas psicoeducativos: para afectados y familiares. • Programas de empleo y empleo protegido a aquellos que quieran recuperar ese rol. • En personas con TMG + personas sin hogar: intervenciones psicosociales y alojamiento.
	B	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Cognitivo-Conductual: Entrenamiento en Habilidades sociales. • Programas de rehabilitación cognitiva. • Intervención familiar: Formato unifamiliar, entre 6 meses y/o al menos 10 sesiones. • Programas de empleo + rehabilitación cognitiva en pacientes que hayan tenido historia previa de fracaso laboral. • Programas de tratamiento asertivo comunitario en aquellas personas con alto riesgo de reingreso o crisis social. • En personas con TMG + consumo de drogas: programas psicosociales y tratamiento de drogas en paralelo. • En personas con TMG + nivel intelectual bajo: Terapia Cognitivo-Conductual adaptada.

Fuente: Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (2011); Chambless y Ollendick (2001); Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009a; 2009b; 2012); Nathan, Gorman y Salkind (2005); NICE (2009; 2014a; 2014b).

² El TMG, queda dentro de la categoría de trastornos psicóticos (no orgánicos), trastornos delirantes, trastornos bipolares y depresivos graves y con síntomas psicóticos y trastornos obsesivos compulsivos graves, que tienen una evolución de al menos 2 años y que presentan una discapacidad grave (menos de 50 puntos en la Evaluación de la Actividad Global o puntuaciones mayores de 3 en todos los ítems de la Escala de la Discapacidad de la OMS (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Cabe además mencionar que no se debe olvidar el trabajo con problemas de salud concomitantes y la mejora de la situación social, pasos previos y continuos para un inicio y una mejora de la rehabilitación psicosocial. Sin los aspectos sociales mínimos cubiertos será imposible el éxito en el proceso de recuperación, lo que da la importancia al modelo de trabajo comunitario, coordinado, multidisciplinar, continuo y sinérgico.

Todas las guías recomiendan complementar estas intervenciones psicosociales con tratamiento farmacológico, a excepción del trastorno límite, en el cual no se encuentra evidencia a favor ni en la mejora del funcionamiento, ni en la calidad de vida, llegándose incluso a desaconsejar el uso de alguno de ellos debido a su toxicidad.

EL ENFOQUE COMUNITARIO

Una vez presentado el paradigma vigente de la rehabilitación psicosocial, es destacable el papel que ésta juega en la integración de la persona con TMG, y para garantizar este fin, se ha de mantener una perspectiva basada en un enfoque comunitario, según ya propugnaba la OMS (1978; v. tabla4).

Tabla 4. Recomendaciones sobre la Asistencia Comunitaria

Recomendaciones sobre Elementos Requeridos para un Sistema Ideal de Asistencia Comunitaria
Servicios disponibles y accesibles, con intervenciones psicosociales adecuadas. Asistencia Médica General accesible y eficaz. Sistemas eficaces de Alojamiento en la Comunidad. Continuidad de Cuidados. Equipos de seguimiento en la Comunidad. Programas de Apoyo Familiar. Acceso a Hospitalización en situaciones de crisis. Coordinación entre servicios, estamentos y entidades. Recursos económicos suficientes.

Fuente: OMS (1978).

Como se ha mencionado anteriormente, se ha de enfatizar que la persona es parte de la sociedad, de una comunidad, y es en ella y desde ella donde se ha de producir el cambio. Lo primero, para entender el papel que el medio juega en la vida de una persona, hay que desglosar los aspectos que implica una comunidad. Por un lado, mantiene características espacio-temporales tales como: tener una localización determinada, una ubicación con disposición de recursos sociales y servicios; y una estabilidad temporal. Por otro lado, implica que en ella se produzcan interacciones sociales, relaciones y lazos entre sus miembros, generando así entre ellos procesos de

apoyo mutuo, participación, reciprocidad e interdependencia. Asimismo, para que el individuo sea considerado miembro de la misma, ha de desarrollar sentimientos de pertenencia respecto a la comunidad en la que permanece; facilitados a través de los propios fenómenos de socialización, aprendizaje y transmisión cultural.

Dadas estas características del medio comunitario, el trabajo en rehabilitación psicosocial ha de garantizar que el individuo esté en y con la comunidad; se le ha de acompañar en su propio entorno a través de una relación de ayuda continua y facilitar el uso de recursos que fomenten su integración social.

A continuación, pasa a describirse cómo ha de ser el trabajo en rehabilitación psicosocial con la persona con TMG según este enfoque. Manteniendo la consistencia filosófica con los principios de la rehabilitación, ha de fundamentarse en una aproximación activa haciendo hincapié en las fortalezas y competencias de la persona (vs. la patología) como recursos para superar los problemas y disfunciones, los cuales a su vez se conciben como procesos cambiantes y oportunidades de afrontamiento. La persona es la que toma las decisiones de su propio proceso fomentando su poder, determinación y control (vs. Indefensión) y entendiendo que las experiencias de cambio son el camino para la recuperación, y que ésta requiere de tiempo para tener un efecto.

El profesional ha de mantener una perspectiva ecológica, potenciando el desarrollo de redes de apoyo naturales y bajo un encuadre de trabajo interdisciplinar que integre sus intervenciones en programas (vs. Acciones aisladas), con la colaboración e implicación de los diferentes servicios. El trabajo bajo el enfoque comunitario encuentra en ocasiones barreras que dificultan la integración de la persona como: carencia de oportunidades, habilidades y /o recursos; desesperanza de los profesionales; discriminación; costes personales; sintomatología incapacitante; historia de aprendizaje social con gran número de fracasos, entre otros. Para superarlas, se habrá de reorientar las intervenciones hacia la potenciación de agentes facilitadores como son: el apoyo social del individuo; el reconocimiento de logros; la optimización del uso y acceso a los recursos disponibles; y el empleo de modelos positivos.

El proceso de intervención orientado a la integración de la persona en su medio ha de combinar la perspectiva del trabajo con la persona, por un lado; con la comunidad por otro; y fundamentalmente con la persona en la comunidad. Este proceso implica diferentes fases:

- Evaluación de intereses y habilidades del individuo. Fomento de la percepción de necesidad y motivación intrínseca.

- Identificación global de recursos, evaluación de posibilidades y limitaciones del entorno.
- Selección y búsqueda de información de recursos acordes a las capacidades e intereses de la persona.
- Incorporación de la persona a la participación en el recurso, acompañamiento para los pasos necesarios.
- Apoyo al mantenimiento en el recurso optimizando principalmente las redes de apoyo naturales.
- Evaluación de resultados.
- Desarrollo de proyectos encaminados a promover la participación y compromiso de los servicios de la comunidad, ya que intervenir en el contexto tiene tanta relevancia como intervenir con la persona.

Así, a modo de síntesis, el trabajo en rehabilitación psicosocial bajo un enfoque comunitario se articula en tres ejes, los cuales garantizan, por un lado, el proceso de adaptación de la persona al medio, y por otro, el proceso de acomodación de éste para facilitar la integración del individuo. A continuación, se presenta una tabla resumen (v. Tabla 5):

Tabla 5. Ejes del Enfoque Comunitario

EJE 1 Con el individuo	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de competencias, autoeficacia y habilidades. - Identificación de intereses, recogida de información. - Apoyo a la búsqueda y gestión de recursos. - Acercamiento, acompañamiento y seguimiento. - Desvanecimiento progresivo del apoyo profesional .
EJE 2 Con la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del entorno social. - Identificación y coordinación con los recursos. - Acciones orientadas a la prevención. - Desarrollo de proyectos comunitarios.
EJE 3 Con el individuo en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Participación activa del individuo en actividades en los recursos del entorno, incluyendo ámbitos grupales. - Intervenciones profesionales que fomenten la generalización de logros al medio de la persona. - Optimización de apoyos naturales.

Fuente: Elaboración propia.

Con todo esto, se ha propuesto una visión panorámica de la rehabilitación psicosocial, paradigma de atención al TMG, con evidencia empírica avalada, y que, bajo un enfoque basado en la comunidad, es la llave para propiciar la integración social de las personas con trastorno mental.

REFERENCIAS

- Agència d'informació, avaluació i qualitat en salut (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Boletín Oficial del Estado (1986). Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE Publicación No. 102) España: Autor.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Book.
- Chambles, D. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidences. *Annual Review Psychological*, 52, 685-716.
- Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (2003). *Plan de atención a personas con enfermedad mental grave y crónica, 2003-2007*. Madrid: Autor.
- Desviat, M. (1994). La reforma psiquiátrica. Madrid: DOR, SL.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 427-436.
- Fallon, I., Boyd, J. L. y McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- Fernández, M.V., González, J., Fernández, J. M. y Eizaguirre, L. (1997). El campo de la rehabilitación psicosocial. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónico* (pp.85-100). Madrid: Pirámide.
- Guinea, R. (2014). La rehabilitación psicosocial en Europa. *Rehabilitación Psicosocial*, 11(1), 25-42.
- IMSERSO. (2007). *Modelo de centro de rehabilitación psicosocial*. Madrid: Ministerios de Educación, Política Social y Deporte.
- Liberman, R. P., DeRisi, W. J. y Mueser, K. T. (1989). *Social skills. Training for psychiatric patients*. Nueva York: Pergamon Press.
- Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009a). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave (TMG)*. Madrid: Autor.
- Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009b). *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Madrid: Autor.
- Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar*. Madrid: Autor.
- Moreno-Küstner, B. (2002) *Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos*. Granada: Universidad de Granada.

- Nathan, P. E., Gorman, J. M. y Salkind, N. J. (2005). *Tratamientos de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funciona* (2ª edición). Madrid: Alianza Editorial.
- Navarro, D. (2011). Cómo aplicar intervenciones basadas en la evidencia en rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave. Problemas, soluciones y metaperspectivas. *Clínica Contemporánea*, 2, 229-247.
- NICE (2009). *Borderline personality disorder. Treatment and management*. Recuperado de <http://www.guidance.nice.org.uk/cg78>
- NICE (2014a). *Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care*. Recuperado de <http://www.guidance.nice.org.uk/cg185>
- NICE (2014b). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. Recuperado de <http://www.guidance.nice.org.uk/cg178>
- OMS (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata 1978*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
- Rodríguez, A. y Sobrino, T. (1997). La evolución de la atención al enfermo mental crónico: la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónico* (pp.56-84). Madrid: Pirámide.
- Sobrino, T. y Rodríguez, A. (2008). *Intervención social en personas con enfermedad mental grave y crónica*. Madrid. Síntesis.
- Tai, S. y Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent development. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 865-873.
- Zusman J. y Lamb, H. R. (1977). In defense of community mental health. *American Journal of Psychiatry*, 134, 887-890.