

## EL ROL DEL CIUDADANO DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL SEVERO: PREFERENCIAS Y PODER DE ELECCIÓN SOBRE LA VIVIENDA

García-Pérez, Omar  
Universidad de Oviedo  
garciaomar@uniovi.es

**Palabras clave:** ciudadanía, trastorno mental severo, empowerment, vivienda, crisis social.

### 1. Evolución en la consideración social de las personas con trastorno mental severo: de loco a ciudadano

En este apartado se presenta la evolución histórica que ha habido respecto a la forma de ver a la persona con trastorno mental severo (TMS), y cómo esa consideración marcaba la forma de atender a su problemática clínica y social.

En este sentido, ya en la Edad Media, se daba una cierta *identificación social* entre pobres y enfermos. Los locos asustaban, inquietaban, irritaban y molestaban. En este sentido, “*el demente podía ser visto como espejo de todo lo negativo existente*” (González Duro, 1994, p.22). Luego, en los siglos XVI al XIX, fueron proliferando por diversas ciudades de España los Hospitales de Inocentes y los Hospitales Generales, los cuales creaban paulatinamente departamentos para “locos” (González Duro, 1994) y la institucionalización se convirtió en la principal respuesta social al problema de la pobreza, la marginación y la locura. El hospital se constituye en instrumento de control social, tratando de dar respuesta a una *problemática social*, a una cuestión de orden público (Rodríguez González, 2002). Los locos eran situados en el mismo plano que los vagos, los pobres invalidados, los enfermos impedidos o los delincuentes o viciosos, obteniendo por parte de las autoridades similar tratamiento (Foucault, 1976). En consecuencia, a los locos también se les encerraba: en los manicomios, en los hospitales, en los hospicios y casas de misericordia, en las cárceles, en los depósitos, etc. (González Duro, 1995; Rodríguez González, 2002). Al inicio del siglo XIX, se va configurando el manicomio como institución específica para la atención al enfermo mental. El manicomio se convierte en el espacio propio para el tratamiento de la locura, un lugar para posibilitar el adecuado tratamiento y curación del trastorno mental severo. La reclusión toma la forma de aislamiento terapéutico y la curación necesita el internamiento en lugares apropiados (Rodríguez González y Sobrino Calzado, 2002). El manicomio acabará deslizándose hacia una organización como institución total; el objetivo terapéutico, de tratamiento médico y cuidado, va perdiendo rápidamente peso, para ir primando cada vez más su función asilar y custodial (Rodríguez González, 2002).

A comienzos del siglo XX, era evidente el fracaso del manicomio como institución curativa de los enfermos mentales. Su imagen pública estaba desacreditada y resultaba intimidatorio para la población, tanto o más que la cárcel. A finales de los años sesenta y principios de los setenta, la situación de la asistencia psiquiátrica era muy mala y deficitaria: marginación, miseria y escasez de medios, mantenimiento de procedimientos coercitivos, ausencia de coordinación de redes y, en suma, condiciones de vida casi inhumanas eran características de muchos de los hospitales psiquiátricos (Rodríguez González y Sobrino Calzado, 2002). En estos momentos, surgen las primeras voces críticas que denuncian esta situación y reclaman una transformación de acuerdo a las experiencias que se estaban desarrollando en otros países (la psiquiatría de sector en Francia, la atención comunitaria en Inglaterra, la psiquiatría comunitaria y el movimiento desinstitucionalizador en Estados Unidos). En este sentido, los movimientos contraculturales de la década de los sesenta, junto con los avances en el tratamiento farmacológico y psicológico de los trastornos mentales, dan origen a lo que hoy conocemos como modelo comunitario de atención a la enfermedad mental, considerando que el marco idóneo para el tratamiento de los trastornos mentales no era una institución cerrada, fuese ésta el asilo u hospital, sino la comunidad (Ministerio de Sanidad y Consumo {MSC}, 2007).

Esta evolución se hace efectiva a mediados de los años 80 con el proceso de reforma psiquiátrica, iniciada en 1985 con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, y refrendada en la Ley General de Sanidad de 1986, coincidiendo en un momento histórico de profundas transformaciones en todos los ámbitos y estamentos de la sociedad española (Desviat, 2000; Espino Granado, 2007). A partir de ese momento, se inicia el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica y se asume el modelo de atención comunitaria como estrategia general de actuación y la rehabilitación psicosocial como filosofía de intervención con las personas afectadas de un trastorno

mental severo (IMSERSO, 2007; MSC, 2007). Su objetivo es articular la atención a los problemas psiquiátricos y sociales de estas personas en su propio entorno sociocomunitario, potenciando el mantenimiento e integración en el contexto familiar y social de la forma más normalizada posible (Rodríguez y Bravo, 2003).

De este modo, la consideración social de las personas con esta problemática ha evolucionado a partir de la transición entre los términos “*loco*” (que requiere aislamiento y reclusión por su supuesta peligrosidad), “*enfermo*” (susceptible de atención sanitaria) y “*ciudadano*” (López Álvarez y Laviana-Cuetos, 2007), que enfatiza su consideración como personas con derechos y deberes. Así pues, la comunidad adquiere un valor fundamental en el marco de intervención (García-Pérez, 2013). Esto supone un cambio hacia la participación de diferentes agentes, principalmente socioeducativos y cuyo referente clave es la emancipación y transformación social (Varela Crespo, 2010).

## **2. Empowerment y trastorno mental severo: realidad o ficción en tiempos de crisis**

La nueva concepción de ciudadano viene marcada en España, como hemos mencionado anteriormente, por la Reforma Psiquiátrica de 1985, que inicia un proceso de desinstitucionalización y asume el modelo comunitario como marco general de una atención, integral e integrada, pretendiendo dar respuesta al déficit y desventaja social que produce el TMS en la persona que lo padece (MSC, 2007). En este sentido, sus necesidades se han ido acercando progresivamente al del resto de la población: necesidad de recibir una educación, de trabajar, de poder ganarse la vida, de relacionarse, de ocupar el tiempo libre y, por supuesto, de recibir tratamiento adecuado, incluyendo el rehabilitador. Con todo, esas necesidades y las respuestas a su solución, continuaban siendo pensadas por los profesionales, identificadas con instrumentos desarrollados por ellos, y satisfechas mediante prestaciones, programas y servicios sanitarios y sociales *ad hoc*, como muchos servicios residenciales creados de forma estándar, sin atender a las preferencias de los usuarios ni tener ningún poder de elección y decisión dentro de los programas residenciales.

Actualmente, nos encontramos en un giro significativo en la forma de entender la organización de la asistencia, iniciado bajo la influencia de una creciente conciencia de ciudadanía y de sensibilidad hacia el respeto de los derechos humanos, liderado por las asociaciones de consumidores de los servicios sanitarios. El núcleo de este movimiento reside en el papel protagonista que los usuarios juegan en relación con la definición de sus necesidades y la planificación, creación y gestión de servicios para satisfacerlas. Esta nueva visión, que se plasma en el “paradigma de la recuperación”, hace referencia no sólo a la recuperación del trastorno, sino sobre todo a la recuperación del proyecto vital una vez que ha aparecido la enfermedad y la discapacidad (Garrido, González y Hernández, 2008). Tiene que ver con un proceso personal único de cambio de actitudes, valores, metas y desempeño de roles. El sentido de rehabilitar no es sólo recolocar en un nuevo lugar y con un tiempo ocupado, es hacer que esa persona sea de nuevo dueña de su vida, de sus proyectos, pero con un sentido realista, sabiendo cuáles son sus posibilidades (Rodríguez y Bravo, 2003).

En síntesis, el paradigma de recuperación significa evolucionar desde un modelo que busca el ajuste pasivo del afectado a su entorno y la supresión de síntomas activos, a otro en que se trata de desarrollar su identidad como ciudadano, miembro de una comunidad en la que participa (MSC, 2007). En este sentido, en el pasado, las personas con problemas de salud mental no han tenido voz. Ni ellas ni sus familias participaban en la toma de decisiones cuando acudían a los servicios de salud mental, y continúan estando en riesgo de exclusión social y discriminación en todas las facetas de la vida. A nivel social y estructural, el estigma está presente en todas las sociedades y existen muchos impedimentos para un acceso pleno al trabajo y a otras actividades sociales. En los niveles de organización y prestación de los servicios, las personas que utilizan los servicios de salud mental están pobremente informadas, y a menudo no se las consulta o no son tratadas adecuadamente. En el aspecto individual, el haber experimentado problemas de salud mental puede tener efectos prolongados en los sentimientos de identidad y autoestima, es decir: el individuo internaliza el estigma (OMS, 2010).

Está demostrado que la falta de influencia y control puede conducir a resultados negativos para la salud. Por el contrario, la habilidad para ejercer control e influencia, puede actuar como un factor protector, aumentando el bienestar emocional, mejorando la independencia, la motivación para participar, y otorgando mayores estrategias efectivas para sobrellevar la enfermedad (*Ibidem*, 2010). Por eso, mejorar el empowerment de los usuarios de los servicios de salud mental produce beneficios tangibles en el aspecto biológico, psicológico y social lo que incluye aumento de la autoestima, un mayor sentido de conexión con los grupos sociales locales y una implicación significativa en la

sociedad. Por tanto, el logro de la inclusión social de las personas con TMS reclama no sólo la condición de ciudadanía: “ser ciudadano” sino también y, de modo especial, “sentirse ciudadano”. El fenómeno de la exclusión, cada vez más extendido como resultado de la crisis del Estado del bienestar social, exige un concepto de ciudadanía social que atienda a promover las condiciones de igualdad de oportunidades y equidad en el acceso y en el tratamiento en el espacio público y en sus instituciones. Una ciudadanía inclusiva que promueva la justicia social facilitando la incorporación de las personas con TMS, para que sus intereses sean representados, sus derechos respetados y sus necesidades individuales y colectivas atendidas (Marín, 2013).

En definitiva, esta reconceptualización, como señala Caride (2002, 2005), plantea modificaciones sustanciales con relación al lugar que ocupan las personas en los procesos de acción social, reconociéndolas en su condición de agentes de cambio, con capacidad de pensar y decidir en función de sus experiencias cotidianas, siendo sujetos de la acción y no sólo objetos de atención. Sin embargo, esta filosofía de atención al TMS auspiciada en Europa desde la Declaración de Helsinki de 2005 y en España a través de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2007 y su revisión de 2011, choca de bruces con la actualidad crisis financiera y, sobre todo, la crisis social. En este sentido, los efectos sociales de la crisis son bastante evidentes tanto desde el punto de vista individual como colectivo. Todos los análisis coinciden en el efecto negativo que está teniendo en los hogares, en la concentración de dificultades en los históricamente más vulnerables, en su extensión a colectivos de la clase media hasta ahora no afectada por estas situaciones, en el aumento de la desigualdad entre los de mayor y menor renta, y en el incremento del riesgo de fractura social (Foessa, 2012, 2013). La situación de crisis económica conduce a un incremento de necesidades sociales relacionadas con el empleo, la vivienda, la renta y la alimentación y afecta especialmente a las personas que se encuentran en peor situación de pobreza y exclusión social, como las personas con TMS. La Administración Pública ha diluido gran parte de su responsabilidad en las entidades asociativas, que ahora están pasando por graves problemas de liquidez debido a los retrasos en los pagos por parte de las administraciones, a la incertidumbre sobre la continuidad de convenios, al desmantelamiento de la Ley de Promoción de la Autonomía y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia...(Pérez Yruela y Navarro Ardoy, 2013). Bajo este panorama, muchas personas con TMS viven en la pobreza crónica y no tienen los recursos adecuados para conseguir una vivienda digna. Esto se traduce, a menudo, en que los individuos se ven obligados a utilizar el sistema de refugios o a vivir en las calles (Nelson, Aubry y Hutchison, 2013; Ridgway, 2008). En este sentido, muchas personas con TMS tienen dificultades para atender autónomamente sus necesidades de alojamiento y para acceder y mantenerse en una vivienda digna y adecuada a sus demandas y deseos. Según apunta Ridgway (2008), las personas con discapacidades psiquiátricas tienen, por lo menos, un riesgo diez veces superior a la población general de convertirse en personas sin hogar.

Por tanto, tal y como ha sucedido tras la reforma psiquiátrica, este nuevo impulso que supone tanto la consideración de ciudadano de la persona con trastorno mental severo, como el paradigma de recuperación de su proyecto vital, implicando a la propia persona enferma, y teniendo en cuenta sus elecciones y preferencias, ha quedado de nuevo en un intento loable de mejora de la calidad de vida de estas personas, pero sin la puesta en práctica necesaria y efectiva que requiere. Por tanto, podemos afirmar que, hoy día, es más ciencia ficción que una realidad. Un ejemplo evidente es el de la vivienda, elemento clave en la recuperación del TMS, y cuya evidencia científica demuestra que elegir dónde y cómo vivir, tiene efectos positivos en las personas con TMS.

### **3. Preferencias y poder de elección sobre la vivienda: resultados positivos sobre la recuperación del trastorno mental severo**

Aunque ha habido grandes avances en los últimos años en materia de vivienda para las personas con TMS, todavía hay un número importante de personas que residen en viviendas sin ningún tipo de apoyo social. Esta falta de apoyo se asocia con un mayor riesgo de involucrarse en el sistema de justicia penal, de ser hospitalizado, no tener acceso a un tratamiento y un mayor riesgo de sufrir todo tipo de percances (Nelson et al. 2013). Las personas con TMS se enfrentan a los mismos problemas de vivienda que otros grupos de la comunidad, ya de por sí graves en el marco actual de crisis económica y social que nos invade. Sin embargo, su situación puede ser muy insegura y precaria, y el acceso a una vivienda adecuada y sostenible puede ser especialmente importante para que puedan recuperarse de su enfermedad y conseguir una verdadera inclusión social. Así pues, la adquisición de una vivienda digna proporciona un punto de inflexión que permite a la gente comenzar a trabajar en su recuperación y, a partir de ahí, lograr otros objetivos de su vida (Ridgway, 2008). Asimismo, como indican Rogers et al. (2009), aparte del tratamiento, probablemente no hay área de

servicios más importante para la rehabilitación y recuperación de las personas con TMS que la prestación de servicios de vivienda sobre los que ofrecer los apoyos socioeducativos necesarios de manera flexible, en función de las necesidades y preferencias de sus usuarios. Esta filosofía es denominada “*supported housing*”, sobre la que se basa el modelo de atención residencial considerado actualmente la referencia mundial gracias a la evidencia de sus resultados.

En este sentido, en un estudio de 300 personas con TMS en el suroeste de Ontario, Nelson, Hall y Forchuk (2003) encontraron que el 79% de la muestra quería vivir en un apartamento o una casa propia, pero sólo el 38% de la muestra residían en el tipo de vivienda que ellos preferían. De manera similar, en un estudio realizado en Montreal, el 77% de los usuarios prefieren vivir en su propio apartamento, un apartamento supervisado, o una vivienda social (Piat et al., 2008). Esta investigación demuestra claramente que los usuarios de salud mental prefieren tener su vivienda propia, de forma independiente. Asimismo, en investigaciones acerca de diferentes programas de viviendas supervisadas, la importancia del poder de elección y control por parte del usuario es básica, ya que se asocia con resultados positivos en el funcionamiento independiente (Nelson, Hall, y Walsh-Bowers, 1998), la satisfacción con la vivienda, la estabilidad residencial y la estabilidad psicológica (Srebnik, Livingston, Gordon, y King, 1995), y el dominio y la reducción de los síntomas psiquiátricos (Greenwood, Schaefer-McDonald, Winkel, y Tsemberis, 2005). Otro estudio refleja que la percepción de elección y control sobre la vivienda se relaciona positivamente con la calidad de vida, la satisfacción con la vivienda y su funcionamiento en la comunidad (Nelson, Sylvestre, Aubry, George, y Trainor, 2007). Por otro lado, las residencias con menos usuarios son los preferidos por las personas con TMS (Schutt y Goldfinger, 1996) y se relacionan con un mejor funcionamiento independiente. Así pues, el hecho de ofrecer la oportunidad para poder residir en una vivienda de su preferencia hace que perciban mayor apoyo social y que mejore su calidad de vida, a la vez que reduce su sintomatología clínica (Greenwood et al., 2005; Nelson et al., 2003)

En conjunto, estos estudios apoyan la premisa fundamental de que la elección del usuario y el control sobre el funcionamiento de la vivienda es bueno para la salud mental, y llega a cuestionar la idea de que los profesionales, de forma única y unilateral, saben lo que es mejor para los consumidores (Nelson, 2010).

#### **4. A modo de conclusión**

Las personas con trastorno mental severo, como el resto de los ciudadanos, necesitan un hogar, y deben tener el derecho y la oportunidad de vivir en una vivienda estable que maximice sus posibilidades de integración y participación comunitaria. Se debe promover y facilitar su participación en la elección del ambiente en el que desean vivir entre las opciones de alojamiento y vivienda disponibles (López Álvarez et al., 2004). Los dispositivos residenciales especializados sólo se deben utilizar en aquellos casos en los que la utilización de viviendas normales con apoyo es inadecuada o inapropiada. Se debe articular un programa individualizado de entrenamiento de habilidades y acciones de apoyo que permitan elegir, acceder y mantenerse en la opción de alojamiento o vivienda elegida por el usuario de entre las normales disponibilidades en la comunidad. Se deben articular sistemas de apoyo y soporte ágiles, flexibles y continuados que ayuden al cliente o usuario a desenvolverse y mantenerse con la mayor autonomía posible en el ambiente de vivienda y convivencia normalizado (Ridgway y Zipple, 1990).

Así pues, la finalidad última de los servicios residenciales para personas con trastorno mental severo es servir como punto de partida para conseguir el cambio de rol de “cliente” a un papel de ciudadano por medio de la vivienda, así como mediante la educación y las oportunidades de trabajo (Piat y Sabetti, 2013). Esta es la continuidad de la recuperación. Desde esta perspectiva, las viviendas supervisadas no promueven la recuperación, ni la participación o integración social, ni la mejora de sus competencias por sí mismas, por el hecho de ser el recurso residencial con menor nivel de supervisión y más independiente, sino que ha de reflejar la elección de los usuarios, y ha de cumplir con los requisitos específicos de avance de la recuperación para cada individuo. A partir de tal concepción, la comunidad debe ser el referente fundamental de la acción educativa (García-Pérez, 2013). En este nuevo paradigma, la persona con TMS se ve como un inquilino en su vivienda, una persona con derechos y el potencial de contribuir a la sociedad, no como un paciente o cliente que debe ser supervisado o administrado. Asimismo, se hace hincapié en las fortalezas y el potencial de recuperación, no en el déficit de la persona o enfermedades. Por otra parte, en un sistema de salud mental transformado, los consumidores se convierten en participantes activos en la planificación, los servicios y la investigación, con el poder real, la voz, la elección y control (Nelson, 2010).

Se trata, en definitiva, de conseguir un entorno comunitario favorable a la aceptación de las discapacidades que la enfermedad comporta y propiciar una optimización del uso de recursos disponibles en la comunidad. Sin embargo, estas actuaciones de inclusión social en la comunidad no son posibles si realmente las personas con TMS no viven en la comunidad de manera efectiva, no son considerados verdaderos ciudadanos y no se les permite ser parte activa de su proceso de recuperación, eligiendo su vivienda en base a sus preferencias.

Por tanto, facilitar el alojamiento es el primer elemento básico de intervención sobre el que actuar, ofreciendo, en primer lugar, una estabilidad residencial acorde con la elección y preferencias de los usuarios y, a partir de ahí y en función de las necesidades y demandas individuales y establecer los apoyos vitales, educativos, laborales, sociales y de ocio adecuados.

## **5. Referencias Bibliográficas**

- Caride, J.A. (2002). La Pedagogía Social en España. En V. Núñez (Coord). *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la Pedagogía Social*, (pp.81-112). Barcelona: Editorial Gedisa.
- (2005). *Las fronteras de la Pedagogía Social*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Desviat, M. (2000). La asistencia de las psicosis en España o hacia dónde va la reforma psiquiátrica. En F. Rivas Guerrero (Coord.), *La Psicosis en la Comunidad*, (p.41-73). Madrid: AEN.
- Espino Granado, A. (2007). Reformas de la salud mental en España. En M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos y G. Thornicroft (Eds.), *Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental*. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios (pp.489-532). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fundación Foessa (2012). *Análisis y perspectivas 2012: exclusión y desarrollo social*. Madrid: Fundación Foessa.
- (2013). *Desigualdad y derechos sociales*. Madrid: Fundación Foessa.
- García-Pérez, O. (2013). Viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: ¿ambiente restrictivo o abiertas a la comunidad? *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 123-136.
- Garrido, C., González, M. y Hernández, M. (2008). Buscando la reconstrucción personal, retomando el control de la propia vida. Un diseño para favorecer procesos de "recovery" y "empowerment". *Informaciones Psiquiátricas*, 194, 379-392.
- González Duro, E. (1994). *Historia de la locura en España. Tomo I. Siglos XIII al XVII*. Madrid: Temas de Hoy.
- (1995). *Historia de la locura en España. Tomo II. Siglos XVIII y XIX*. Madrid: Temas de Hoy.
- Greenwood, R.M., Schaefer-Mcdonald, N.J., Winkel, G. y Tsemberis, S. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36, 223-238.
- IMSERSO. (2007). *Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave*. Colección Documentos: Serie de Documentos Técnicos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- López Álvarez, M. y Laviana-Cuetos, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista AEN*, XXVII (99), 187-223.
- et al. (2004). Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de Psiquiatría*, 67 (2), 101-128.
- Marín, M.A. (2013) La construcción de una ciudadanía intercultural inclusiva: instrumentos para su exploración. *Education Policy Analysis Archives*, 21 (29). Extraído de: <http://epaa.asu.edu/ojs/article/view/1144>
- Ministerio De Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Nelson, G., Hall, G.B. y Walsh-Bowers, R. (1998). The relationship between housing characteristics, emotional well-being, and the personal empowerment of psychiatric consumer/survivors. *Community Mental Health Journal*, 34, 57-69.
- (2010). Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change. *Journal of Sociology & Social Welfare*, XXXVII (4), 123-146.
- , Aubry, T. y Hutchison, J. (2013). Housing and Mental Health. En J.H. Stone y M. Blouin, (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Extraído de: Web de la International Encyclopedia of Rehabilitation: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/132/>
- ., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., y Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and adaptation to community living of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 89-100.
- , Hall, G. B., y Forchuk, C. (2003). Current and preferred housing of psychiatric consumer/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(1), 5-19.
- OMS (2010). *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Genève: World Health Organization
- Piat, M. et al. (2008). Housing for persons with serious mental illness: consumer and services provider preferences. *Psychiatric Services*, 59 (9), 1011-1017.
- y Sabetti, J. (2013). Residential Housing for Persons with Serious Mental Illness: The Fifty Year Experience with Foster Homes in Canada. En J.H. Stone y M. Blouin, (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Extraído de: Web de la International Encyclopedia of Rehabilitation: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/236/>
- Pérez Yruela, M. y Navarro Ardoy, L. (2013). El Tercer Sector de acción social en España. Situación y retos en un contexto de crisis. *Revista Tercer Sector*, 23. Extraído de: <http://www.fundacionluisvives.org/rets/23/articulos/101406/index.html>
- Ridgway, P. y Zipple, A.M. (1990). The paradigm shift in residential services: from the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 11-31.
- Rodríguez González, A. y Bravo, M<sup>a</sup> F. (2003). Marco general y conceptualización. En C. Gisbert (Coord.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo*, (pp.15-53). Madrid: AEN.
- (Coord.) (2002). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide-Colección Psicología.
- y Sobrino Calzado, T. (2002). Evolución de la atención al enfermo mental crónico. La reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria. En A. Rodríguez González. (Coord.), *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*, (pp. 56-99). Madrid: Pirámide.
- Rogers, E. S., Kash-Macdonald, M. y Olschewski, A. (2009). *Systematic Review of Supported Housing Literature, 1993–2008*. Recuperado el 24 de noviembre de 2012 del sitio Web del Center for Psychiatric Rehabilitation, de la Boston University, Sargent College. <http://www.bu.edu/drrk/research-syntheses/psychiatric-disabilities/supported-housing/>
- Schutt y Goldfinger, (1996). Housing preferences and perceptions of health and functioning among homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services*, 47(4), 381-6.
- Varela Crespo, L. (2010). La educación social y los servicios sociales en los procesos de desarrollo comunitario: revitalización del trabajo en red. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 17, 137-148.