

**REHABILITACIÓN  
PSICOSOCIAL Y  
APOYO COMUNITARIO  
DE PERSONAS CON  
ENFERMEDAD  
MENTAL CRÓNICA:  
PROGRAMAS  
BÁSICOS DE  
INTERVENCIÓN**



---

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL  
Y APOYO COMUNITARIO  
DE PERSONAS CON  
ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA:  
PROGRAMAS BÁSICOS  
DE INTERVENCIÓN



**Comunidad de Madrid**

CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES

---

**COORDINACIÓN DEL TEXTO:** Juan C. González Cases y Abelardo Rodríguez González.

**RELACIÓN DE AUTORES**

- **Abad Fernández, Ana:** Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial Vázquez de Mella.
  - **Arroyo Cifuentes, José Luis:** Psicólogo. Centro de Rehabilitación Psicosocial Retiro.
  - **Blanco Hernández, Mercedes:** Educadora. Centro de Rehabilitación Psicosocial Martínez Campos.
  - **Cabanillas Cabanillas, M<sup>ª</sup> del Carmen:** Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial Getafe.
  - **Carretero Delgado, Guadalupe:** Psicóloga. Centro de Rehabilitación Psicosocial Getafe.
  - **Cutanda Caballero, Aníbal:** Educador. Centro de Rehabilitación Psicosocial Martínez Campos.
  - **de Grado González, Esther:** Psicóloga. Centro de Rehabilitación Psicosocial Los Cármenes.
  - **Fernández Molina, Carmen:** Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial Arganda.
  - **Fernández Blanco, Juan Ignacio:** Psicólogo. Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares.
  - **Florit Robles, Alejandro:** Psicólogo. Director Centro de Rehabilitación Psicosocial Retiro.
  - **García Romo, Angélica:** Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial Martínez Campos.
  - **Gómez Pérez, Olga:** Educadora. Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares.
  - **González Cases, Juan:** Psicólogo. Director Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares.
  - **González Torregrosa, Juan José:** Educador. Centro de Rehabilitación Psicosocial Getafe.
  - **Guisado Moraga, Ana Belén:** Psicóloga. Centro de Rehabilitación Psicosocial Retiro.
  - **Jiménez Álvarez, María:** Educadora. Centro de Rehabilitación Psicosocial Getafe.
  - **Lueches Díez, Belén:** Educadora. Centro de Rehabilitación Psicosocial Getafe.
  - **Muñoz de Santiago, Ana:** Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial La Elipa.
  - **Pulido Valero, Diego:** Psicólogo. Centro de Rehabilitación Psicosocial Vázquez de Mella.
  - **Rodríguez González, Abelardo:** Psicólogo. Coordinador del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
  - **Rullas Trincado, Margarita:** Psicóloga. Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares.
  - **Sanz Caja, Milagros:** Educadora. Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares.
- Nota:** Los *Centros de Rehabilitación Psicosocial* pertenecen al **Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.**

**COORDINACIÓN TÉCNICA:**

Servicio de Coordinación y Apoyo Técnico  
Consejería de Servicios Sociales  
Comunidad de Madrid

**IMPRIME**  
B.O.C.M.

Tirada: 2.500 ejemplares  
Edición: 12/2002

Depósito Legal: M-51.092-2002  
I.S.B.N.: 84-451-2361-0



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[www.madrid.org/publicamadrid](http://www.madrid.org/publicamadrid)

---

## ÍNDICE

	<u>Página</u>
PRESENTACIÓN a cargo de la Excma Sra. Consejera de Servicios Sociales.....	5
INTRODUCCIÓN ( <i>Abelardo Rodríguez y Juan González Cases</i> ) .....	9
 <i>AREA I: MARCO GENERAL</i>	
Capítulo 1: La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. ( <i>Abelardo Rodríguez y Juan González Cases</i> ).....	17
Capítulo 2: La experiencia de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. ( <i>Abelardo Rodríguez</i> ).....	43
Capítulo 3: Rehabilitación psicosocial y estilo de atención. ( <i>Juan Fernández Blanco</i> ).....	69
 <i>AREA II: EVALUACION Y PLANIFICACION DE LA INTERVENCION EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL</i>	
Capítulo 4: Evaluación y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. ( <i>Juan Fernández Blanco</i> ) .....	77
 <i>AREA III: AREAS DE INTERVENCION EN REHABILITACION PSICOSOCIAL: Programas básicos de intervención</i>	
Capítulo 5: Programa de acogida y enganche ( <i>Aníbal Cutanda y Mercedes Blanco</i> ) .....	95
Capítulo 6: Autocuidados y actividades básicas de la vida diaria ( <i>Ana Abad Fernández y Angélica García Romo</i> ).....	99
Capítulo 7: Actividades instrumentales de la vida diaria ( <i>Ana Muñoz Santiago y Ana Abad Fernández</i> ).....	107
Capítulo 8: Psicomotricidad ( <i>M<sup>a</sup> del Carmen Cabanillas y Carmen Fernández</i> ).....	115
Capítulo 9: Educación para la salud y psicoeducación ( <i>José Luis Arroyo y Ana Belén Guisado</i> ).....	127
Capítulo 10: Autocontrol y manejo el estrés ( <i>Diego Pulido</i> ) .....	139
Capítulo 11: Habilidades sociales ( <i>Margarita Rullas y Guadalupe Carretero</i> )	151
Capítulo 12: Rehabilitación de déficit cognitivos ( <i>Alejandro Florit Robles</i> ).....	163
Capítulo 13: Ocio y tiempo libre ( <i>Milagros Sanz, Olga Gómez y Aníbal Cutanda</i> ) .....	173

---

Capítulo 14: Integración comunitaria ( <i>Belén Lueches, Juan José González y María Jiménez</i> ) .....	185
Capítulo 15: Actividades de apoyo y soporte social ( <i>Ana M<sup>a</sup> Muñoz, Belén Lueches y Juan José González</i> ).....	193
Capítulo 16: Apoyo, psicoeducación y asesoramiento a las familias ( <i>Juan Fernández y Esther de Grado</i> ).....	201
ANEXOS .....	211
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA .....	235

---

# **Presentación**



---

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis, presentan una compleja problemática socio-sanitaria que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan sino que afecta asimismo a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial, su integración social y laboral y su participación en la comunidad. Ello hace imprescindible, para una adecuada atención integral a sus distintas necesidades, no solo ofrecer tratamiento psiquiátrico sino también programas y servicios de rehabilitación psicosocial y apoyo social que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad; y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares y mejorar su calidad de vida. El campo de *la rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario* se ha convertido hoy en un elemento esencial y central en la organización de una atención socio-sanitaria comunitaria integral a la población “enferma mental grave y crónica”

La Consejería de Servicios Sociales esta comprometida en la atención social y el apoyo a la integración de este colectivo a través del *Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica*, desde el que se está desarrollando una red de recursos de apoyo social que, trabajando en estrecha coordinación y complementariedad con la red de servicios sanitarios de salud mental, proporcionen una atención global e integral a las personas afectadas de enfermedades mentales crónicas y posibiliten su rehabilitación e integración comunitaria. Una de las principales áreas de intervención social de este Programa es la de la “Rehabilitación Psicosocial, Soporte social y Apoyo a la Integración Social” realizada a través de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).

Tomando como base la experiencia practica de estos CRPS se ha querido contribuir, a través del presente Cuaderno Técnico, a divulgar y difundir los programas básicos de intervención en un proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario con personas con enfermedades mentales graves y crónicas, como la esquizofrenia, para mejorar su autonomía y funcionamiento psicosocial y apoyar su integración y mantenimiento en su entorno social. Sus autores son profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores) que desempeñan su tarea en los distintos CRPS del Programa. Desde su experiencia y trabajo multi-profesional, ofrecen una exposición práctica de los programas y actividades a desarrollar en los distintas ámbitos de intervención en rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario a este colectivo y a sus familias. Este texto se convertirá, a buen seguro, en una herramienta metodológica de gran interés y utilidad para todos aquellos profesionales que se dedican específicamente a la rehabilitación y soporte social y en general a la atención socio-sanitaria de esta población.

Este Cuaderno Técnico continua la línea iniciada el año 2001 con la publicación del nº 14 dedicado a la rehabilitación laboral. Con la publicación de éste destinado a la *rehabilitación psicosocial y apoyo social*, se da otro paso para divulgar y extender el conocimiento sobre la problemática psicosocial, laboral y social de este colectivo y dotar de instrumentos técnicos y metodológicos que ayude en el desarrollo de adecuados recursos y programas que mejoren la atención social a esta población con enfermedades mentales graves y crónicas y faciliten su rehabilitación e integración comunitaria.

PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ  
Consejera de Servicios Sociales



---

# **Introducción**



---

A lo largo de las últimas décadas la Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (como la esquizofrenia por ejemplo). Se organiza como un conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es el de ayudar al enfermo mental crónico a superar o compensar las dificultades psicosociales que sufren y a ayudarlo en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios. La rehabilitación psicosocial es, sobre todo, un proceso cuya meta global es apoyar a las personas con discapacidades psiquiátricas para que puedan reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible.

En la organización de un sistema de atención comunitaria a las personas con enfermedad mental, la rehabilitación psicosocial es un elemento esencial y debe ejercer como eje vertebrador de una adecuada atención continuada y apoyo a la integración de dicha población. La orientación de rehabilitación, esto es, el compromiso con la mejora del funcionamiento, con el incremento de la autonomía, con el apoyo a una integración lo más activa y normalizada posible en el entorno comunitario y en suma con la mejora de la calidad de vida de las personas con una enfermedad mental crónica en la comunidad, debe impregnar la organización de los distintos servicios sanitarios y sociales implicados en la atención y apoyo a esta población y debe ser el mínimo común denominador del estilo de atención que debe caracterizar la atención comunitaria.

Dado que el campo de la rehabilitación psicosocial conforma como un componente básico para mejorar el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida y la integración de muchos enfermos mentales crónicos, es esencial que se conozcan y divulguen los componentes esenciales del mismo.

Desde la experiencia práctica del trabajo desarrollado, desde hace más de 12 años, en los *Centros de Rehabilitación Psicosocial* (CRPS) del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales, hemos querido contribuir en esta línea de difusión del campo de la Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario con el colectivo de enfermos mentales crónicos.

Con este objetivo en el presente documento técnico se ofrecen los fundamentos teóricos y metodológicos y se describen los programas básicos que han de conformar un adecuado proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social para este colectivo. Este trabajo se estructura a modo de manual y en él se ofrecen tanto los elementos teóricos y conceptuales como de un modo eminentemente práctico se exponen los componentes metodológicos y las principales intervenciones a desarrollar en las principales áreas de actuación en rehabilitación psicosocial, soporte social y apoyo a la inserción sociocomunitaria.

El texto se estructura en 3 grandes áreas: El *Area I* sirve de marco general y consta de tres capítulos: en el primero se expone el contexto general de las proble-

---

máticas y necesidades de las personas con enfermedad mental crónica, así como los elementos esenciales de la organización de la atención comunitaria a esta población y muy especialmente se desarrollan las principales características del campo de la rehabilitación psicosocial y su papel en el marco de la atención comunitaria. El segundo capítulo expone la experiencia del *Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica* de la Consejería de Servicios Sociales, en el marco del cual se están poniendo en marcha, desde hace más de 12 años, *Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)* comprometidos con el desarrollo de programas específicos de rehabilitación psicosocial, soporte social y apoyo a la integración comunitaria de este colectivo. Desde dicho Programa y gracias a la experiencia de los CRPS ha surgido la iniciativa, el empuje y la justificación para elaborar este trabajo. Por último, esta primera área se cierra con un capítulo en el que nos ilustra sobre un elemento esencial en rehabilitación como es el del estilo de atención del que se ha publicado poco y que tiene una importancia esencial en la coherencia y en la eficacia de las intervenciones y en las actitudes de los profesionales que trabajen en este campo. El *Area II*, que consta de un capítulo, se dedica a presentar de un modo práctico la metodología de evaluación y la planificación individualizada del proceso de intervención como estructura básica esencial para organizar la atención, establecer los objetivos operativos de intervención y promover la implicación activa del usuario.

El *Area III* constituye el núcleo central del presente libro: es un gran apartado destinado a las principales áreas de intervención en rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario en el que desde el capítulo 5 al 16 se van desgranando los ámbitos fundamentales de actuación (acogida y enganche, autocuidados, AVD, habilidades sociales, psicoeducación, manejo de estrés, integración comunitaria, actividades de soporte social, psicoeducación familiar, etc.). Todos estos capítulos se orientan de un modo concreto y práctico a presentar cómo se organiza la intervención en todos estos ámbitos, asimismo incluyen casos prácticos ilustrativos.

El libro se completa con una serie de anexos en los que se recogen diversos instrumentos como registros o cuestionarios u otros elementos que puedan ser de utilidad a los profesionales interesados en el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial y apoyo social comunitario.

En la redacción de este texto han intervenido distintos autores que casi en su totalidad trabajan en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y que por tanto tienen una experiencia específica en este campo. Asimismo, los autores son psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, reflejando por tanto la necesaria interdisciplinariedad de este campo y la necesidad de equipos multiprofesionales como elemento esencial para el adecuado desarrollo de las distintas actuaciones y programas de rehabilitación psicosocial.

Este trabajo se dirige a todos aquellos profesionales y recursos, tanto públicos como de la iniciativa social que, en nuestra Comunidad de Madrid y en el resto del Estado, trabajan o están interesados en la rehabilitación psicosocial y en el apoyo e integración comunitaria de las personas con enfermedad mental grave y crónica. Y quiere servir de referencia, como instrumento de apoyo técnico, para promover y favorecer el desarrollo de este tipo de programas. Asimismo quisiéramos que ayudara

---

a conocer mejor las dificultades psicosociales y sociales de este colectivo y de sus familias y a promover el desarrollo de recursos y programas de rehabilitación psicosocial y apoyo a la inserción social como un elemento esencial para una adecuada atención comunitaria de las personas afectadas por enfermedades mentales crónicas.

*Abelardo Rodríguez (\*) y Juan Carlos González Cases(\*\*).*

*(\*) Psicólogo. Responsable técnico del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.*

*(\*\*) Psicólogo Director del CRPS Alcalá de Henares.*



---

# ÁREA I: MARCO GENERAL

**Capítulo 1: La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. (*Abelardo Rodríguez y Juan González Cases*)**

**Capítulo 2: La experiencia de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (*Abelardo Rodríguez*)**

**Capítulo 3: Rehabilitación psicosocial y estilo de atención. (*Juan Fernández Blanco*)**



---

## **CAPITULO 1: LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA INTEGRAL A LA POBLACIÓN ENFERMA MENTAL CRÓNICA**

*Autores: Abelardo Rodríguez (\*) y Juan Carlos González Cases (\*\*)*  
*(\*) Psicólogo. Coordinador del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.*  
*(\*\*) Psicólogo. Director del CRPS Alcalá de Henares*

### **LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA: DELIMITACIÓN, PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES**

El término *Paciente o Enfermo Mental Crónico* es utilizado para definir un extenso y difuso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental grave de larga duración. Las diferentes problemáticas de esta población y la heterogeneidad de criterios usados para su definición lleva a encontrar bajo este mismo epígrafe una gama extensa y heterogénea de personas con características y necesidades muy diferentes.

Por ello, es fundamental delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario para administradores y gestores, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo.

De todos modos, hay un consenso cada vez mayor en definir las principales características de este colectivo. Así se entiende por *población enferma mental crónica*, aquella que incluye a:

“Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos” (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).

Con el fin de intentar evitar las connotaciones negativas y estigmatizantes del término “crónico o cronicidad”, últimamente en la literatura especializada se viene utilizando en vez del “enfermo mental crónico”, el término TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Sin embargo a efectos de este trabajo se utilizarán ambas etiquetas para referirnos a esta población

---

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis, presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan sino que afecta asimismo a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad. Como se advierte en la anterior definición, el término “enfermo mental crónico” (EMC) o personas con “Trastornos mentales severos” (TMS) viene a delimitar a un grupo de población variado y heterogéneo. Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987), y que supone la interacción de 3 dimensiones:

1. Dimensión DIAGNOSTICO: Se refiere a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente Psicosis y especialmente Esquizofrenia; así como psicosis maniaco-depresivas, trastornos depresivos graves, trastorno delirante y otros trastornos como algunos trastornos graves de personalidad. El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica), (OMS, 1992). Quedarían excluidas las personas que presentan psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años por ser susceptibles de recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos a los de Salud Mental. La inclusión de los Trastornos de Personalidad es de todos modos objeto de debate. Por un lado está la dificultad de su diagnóstico, por la baja especificidad y consistencia del mismo para su identificación y por la variabilidad de curso y pronóstico de estos trastornos; pero por otro, se sabe que algunos de estos trastornos cursan con síntomas psicóticos y graves trastornos de la conducta y del funcionamiento psicosocial, que en muchos casos persisten prácticamente toda la vida. Debido a ello estos pacientes utilizan extensamente los servicios de salud mental, reuniendo en muchos casos condiciones suficientes para ser incluidos dentro del grupo de TMS.

2. Dimensión DISCAPACIDAD: Supone que muchas de las personas que sufren los anteriores trastornos, a consecuencia de los mismos o propiciado por ellos, presentan variadas discapacidades o déficit expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social. Como consecuencia, parece necesario utilizar parámetros de valoración del funcionamiento social que aporten información con respecto al grado de autonomía e independencia de la persona y de sus necesidades de supervisión y apoyo. Entre los instrumentos de valoración del Funcionamiento Social se ha propuesto la Escala de Funcionamiento Global (Global Assessment of Functioning, APA 1987), utilizando como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos, o el de moderado (inferior a 50), que indica importante severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

En general, las personas que sufren esquizofrenia presentan en mayor o medida déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social (Blanco, A. y Pastor, A. (1997)):

- *Autocuidados* (Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.)
- *Autonomía* (Deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral)

- 
- *Autocontrol* (Incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.)
  - *Relaciones Interpersonales* (Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales)
  - *Ocio y tiempo libre* (Aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés)
  - *Funcionamiento cognitivo* (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información)
  - *Funcionamiento laboral* (falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo, dificultades de manejo sociolaboral, etc.)

Estas discapacidades o dificultades en su funcionamiento psicosocial hacen que muchos de ellos presenten problemas en el manejo de muchas de las exigencias de la vida personal y social y en el desempeño normalizados de roles sociales. Asimismo, estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social).

Asimismo, esta dimensión de Discapacidad de la población “enferma mental crónica” permite entender el destacado papel que deben jugar la atención psicosocial y social en la atención comunitaria, la rehabilitación y el apoyo a la integración social de este colectivo.

3. Dimensión DURACIÓN: El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar difícil de delimitar en el tiempo.

Supone este criterio que se está ante trastornos y problemáticas de carácter crónico, esto es de larga duración y evolución, incluso de por vida. El carácter crónico de este tipo de trastornos mentales graves, debería entenderse en analogía a otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, es decir, trastornos que, por el momento, no cuentan con posibilidades de curación, pero que, con el adecuado tratamiento y apoyo, pueden permitir llevar una vida normalizada y autónoma.

El adjetivo “crónico” añadido al de esquizofrenia denotaba tradicionalmente, no sólo una problemática para la que no existía curación y que evolucionaba a lo largo de la vida del sujeto, sino también una evolución negativa hacia una situación de progresivo deterioro y “cronificación”. En la actualidad, tras múltiples estudios longitudinales (Bleuler, 1972; Jablensky, 1982; véase Blanco y Pastor, 1997 para un resumen), hoy ya no hay base para seguir pronosticando una evolución negativa y un deterioro progresivo. El desarrollo de un trastorno grave y crónico como la esquizofrenia, es mucho más variado y heterogéneo, suponiendo en muchos casos una mejoría progresiva tanto en su situación psicopatológica como en su funcionamiento psicosocial.

---

En síntesis, la población enferma mental crónica incluye a aquellas personas con trastornos mentales graves y crónicos (esquizofrenia p.e.) que a consecuencia de los mismos presenta un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, lo que les lleva a tener dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social

En cuanto a la cuantificación de la población antes delimitada, existen importantes problemas metodológicos que dificultan el poder contar con datos fiables que nos indiquen cuántas personas, atendiendo a esos criterios de diagnóstico, discapacidad y duración, se podrían englobar bajo esa categoría de *enfermos mentales crónicos (EMC)* o *trastornos mentales severos (TMS)*. Los estudios que han tratado de hacer una estimación de prevalencia o incidencia de TMS se han tenido que enfrentar a la polisemia de este término y por tanto a la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño. Otra de las dificultades encontradas a la hora de obtener una estimación cuantitativa de esta población es la metodología utilizada para su identificación.

Algunos de los estudios que actualmente pueden considerarse más significativos al respecto, realizados en Londres (Thornicroft, 1998) y Verona (Tansella, 1998) (véase AEN (2002), Documento del grupo de trabajo sobre rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de la población con enfermedades mentales graves y crónicas) han sido llevados a cabo con distintos criterios, al estudiar el primero población general (estudio PRISM) y el segundo población atendida, es decir en contacto con los servicios, siendo pues índices de prevalencia estimada y registrada respectivamente, por lo que las cifras no son comparables. En nuestro país se han realizado también estimaciones tomando como base algunos registros de pacientes psicóticos realizados en determinadas áreas geográficas. A este respecto cabe destacar el que se está realizando en el área de Granada Sur (400.000 habitantes) sobre un registro de pacientes psicóticos.

Tomando como referencia los estudios citados anteriormente, el estudio de Verona encuentra una prevalencia anual de psicosis de 3.41/1000 habitantes, similar a la obtenida en otros estudios realizados previamente en Italia (Balestrieri et al, 1992) y otros estudios europeos (Robins and Regier, 1991). El estudio de Londres encuentra una prevalencia anual de psicosis de 7.84/1000 habitantes, similar también a otros estudios realizados previamente en ese país (Johnson, 1997), y que también es congruente con otro estudio de morbilidad psiquiátrica realizado en el Reino Unido que obtiene una prevalencia de 2.0 a 9.0/1000 habitantes (Meltzer, 1996)

Si se aplican los tres criterios de TMS (diagnóstico de psicosis funcional, más de dos años de duración del tratamiento y disfunción severa en el funcionamiento social durante el último mes) la prevalencia que se obtiene oscila entre 2.55/1000 habitantes en el estudio de Londres y 1.34/1000 habitantes en el de Verona, diferencia importante si bien hay que tener en cuenta que los resultados del estudio de Londres se refieren a prevalencia estimada mientras que los del estudio de Verona se refieren a prevalencia tratada. El 31 % de los trastornos psicóticos encontrados en el estudio de Londres y el 40 % en el de Verona pueden considerarse TMS aplicando tales criterios.

En resumen, y tomando como referencia los estudios mencionados y los tres criterios de consenso del NIMH de TMS:

- el 40% de los trastornos psicóticos cumplen criterios de TMS
- el 9% de los trastornos no psicóticos atendidos cumple asimismo dichos criterios

---

Con lo comentado hasta aquí se puede tener una primera aproximación a las características de este colectivo. Pero no se debe olvidar que aunque se compartan problemáticas más o menos comunes, éstas se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciban.

El grado de discapacidad y gravedad de la problemática varía a lo largo de un “continuum” dentro de este colectivo, en el que se puede encontrar desde personas que tras una crisis psicótica tienen una completa remisión sintomatológica y mantienen un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal, independiente e integrada, hasta personas cuya severidad en su psicopatología y su gran deterioro personal hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante; pasando, como ocurre en muchos casos, por personas que tienen crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Aunque cada persona con esquizofrenia es diferente de otra y presenta unas características únicas y diferenciales, existen elementos comunes que nos sirven para presentar las principales características de los pacientes que sufren esquizofrenia como paradigma fundamental de trastorno mental grave y crónico.

- Son especialmente vulnerables al estrés. Pueden sufrir exacerbaciones de su sintomatología psiquiátrica debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Muchos de ellos presentan déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Muchos tienen importantes dificultades para interactuar socialmente. Esto hace que sufran una pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y que, por tanto, vivan situaciones de aislamiento social.
- En relación con los anteriores, muchos de ellos se perciben como vulnerables e indefensos y por tanto dependen de otros para manejarse en la vida cotidiana.
- Asimismo la mayoría de las personas con esquizofrenia tienen dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral. Su vulnerabilidad al estrés y sus dificultades de relación y manejo de situaciones hacen que no puedan soportar las exigencias de muchos empleos y queden fuera del mercado laboral en unos casos o en otros cambien constantemente de trabajo. Esto supone un obstáculo para su plena integración social y puede llevar en muchos casos a situaciones de pobreza.

Las necesidades y problemáticas son, por tanto, múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo,

---

etc.). Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial peculiar de este colectivo.

Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

- *ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL*

Los pacientes con enfermedades mentales graves y crónicas necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (fundamentalmente psicofarmacológico) que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

- *ATENCIÓN EN CRISIS*

Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico, pueden experimentar crisis periódicas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, deberá ayudar al paciente a estabilizar y reajustar su situación psicopatológica y a posibilitar la recuperación de su nivel de funcionamiento.

- *REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL*

Como se ha indicado, a pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchos de las personas que sufren esquizofrenia u otras psicosis presentan variados déficit y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria.

Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad, y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

- *REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO*

La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de los enfermos mentales crónicos en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral. También necesitan mejorar su, en general escasa, cualificación profesional a través de programas adaptados de formación ocupacional. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del fomento de la creación de empresas en las que se puedan integrar enfermos mentales, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario.

---

- *ALOJAMIENTO Y ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA*

Muchos pacientes tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Algunos que no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Ante esto, es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Ésta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de esta población; su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios.
- Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
- Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados.
- Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar.
- Sobrecarga de algunas familias, que se pueden “quemar” y desestructurar al verse sobrepasadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo mental crónico.

- *APOYO ECONÓMICO*

De igual modo muchos pacientes tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Se hace, pues, necesario ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Asimismo es necesario disponer para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones, de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad.

- *PROTECCIÓN Y DEFENSA DE SUS DERECHOS*

La problemática psiquiátrica y psicosocial de las personas enfermas mentales crónicas en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

- *APOYO A LAS FAMILIAS*

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los enfermos con esquizofrenia. De hecho la gran mayoría vive con sus familias. Sin

---

embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias.

En función de lo anterior, las familias deben ser apoyadas y cuidadas (es necesario “cuidar a los que cuidan”), necesitan información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar enfermo mental crónico y contar con estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y para ser agentes activos de la rehabilitación de su familiar enfermo mental crónico. Asimismo necesitan ayuda y apoyo para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

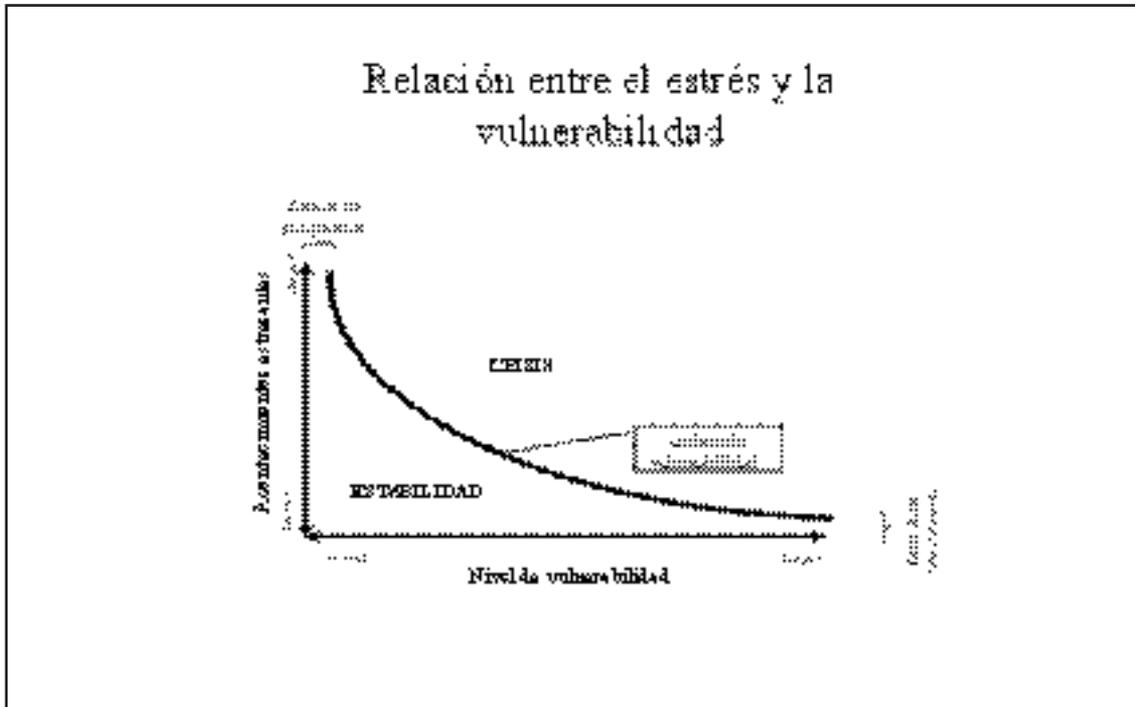
Este conjunto de problemáticas y de necesidades específicas de este colectivo de personas enfermas mentales crónicas, debe ser tenido en cuenta en su globalidad a la hora de ofrecer una adecuada atención a este colectivo. La organización y articulación de una adecuada y comprehensiva red de atención comunitaria que permita el mantenimiento e integración en la sociedad de la población con enfermedades psiquiátricas graves crónicas, constituye uno de los retos más desafiantes e interesantes a los que se enfrentan los profesionales y los sistemas de servicios sanitarios y sociales.

## **EL MODELO DE VULNERABILIDAD: UN MARCO DE INTEGRACIÓN Y UNA GUÍA PARA LA INTERVENCIÓN**

Históricamente han sido muchos los intentos, desde diferentes áreas del conocimiento, de dar una explicación aceptable a la génesis y curso de la psicosis y particularmente de la esquizofrenia. Las teorías explicativas provenientes del campo de la neuropsicología, del aprendizaje, de la sociología, de la neuroanatomía, de la sociología, de la neurofisiología, de la bioquímica, etc., han aportado evidencias explicativas sobre la etiología y curso de la esquizofrenia. Ahora bien, estos datos sólo aportaban explicaciones parciales y no es hasta los años 70 cuando Zubin y Spring (1977) construyen un modelo explicativo de segundo orden que integra las evidencias aportadas por los diferentes campos de conocimiento: el modelo de vulnerabilidad a la esquizofrenia. Desde entonces, este modelo ha ido desarrollándose hasta ser el marco de referencia ampliamente aceptado para la comprensión de la esquizofrenia.

Las premisas básicas de este modelo serían las siguientes:

- Para que una persona desarrolle una esquizofrenia debe ser vulnerable a la enfermedad.
- El grado de vulnerabilidad varía de una persona a otra, es estable y se conforma desde la concepción hasta la edad adulta, jugando un papel importante la carga genética, complicaciones en el embarazo y el parto, alteraciones en el desarrollo cerebral, etc. Las características de la vulnerabilidad serían una capacidad atencional y de procesamiento de la información reducida, una hiperreactividad autonómica a los estímulos aversivos y déficits en la competencia social y estrategias de afrontamientos.
- Para que una persona vulnerable manifieste la enfermedad deben producirse una serie de “estresores” que sobrepasen su umbral de vulnerabilidad. Estos sucesos estresores, a diferencia de la vulnerabilidad, son variables. Ver gráfico



- La relación entre los acontecimientos estresantes y la vulnerabilidad está afectada por variables “moduladoras” (protectoras o agravantes) que amortiguan o facilitan el impacto de los estresores en la vulnerabilidad de la persona. Entre las variables protectoras se encuentran la toma de la medicación neuroléptica, las habilidades personales de afrontamiento, la red social, etc. Las variables “moduladoras agravantes” más señalada por la literatura son: personalidad premórbida, marginación, aislamiento, consumo de drogas, exceso de estimulación, ciertas pautas de relación familiar (criticismo, hostilidad y sobreimplicación emocional), hacinamiento, etc.

Las consecuencias del desarrollo de este modelo en la atención sociosanitaria a los trastornos mentales severos, y por ende para la rehabilitación psicosocial, han sido enormes. El modelo de vulnerabilidad avala estrategias psicosociales que van a tener una clara incidencia en, al menos, el curso de la enfermedad. El trabajo con familias, el desarrollo de competencias sociales y de control de la ansiedad, la mejora en la adherencia al tratamiento farmacológico, el control de los estresores ambientales, etc. son estrategias que la rehabilitación psicosocial ha venido desarrollando en las últimas décadas y que tienen una manifiesta justificación en el modelo de vulnerabilidad. Prácticas éstas no gratuitas sino que han sido múltiples las evidencias aportadas por la literatura científica que demuestran una reducción de las tasas de recaídas de las personas inmersas en los programas de rehabilitación.

A continuación se indicará cómo ha evolucionado el modelo de atención y cuáles son los elementos esenciales de cara a articular una atención comunitaria integral a esta población.

---

## **LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Y EL DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA**

Las personas con enfermedades mentales graves o crónicas (con la esquizofrenia como principal paradigma de enfermedad mental grave y crónica) han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace pocas décadas, el principal modelo de atención a las necesidades y problemáticas psiquiátricas y psicosociales de esta población, se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados “manicomios”) habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. Por todo ello, la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad. En las últimas décadas, la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente. Gracias a la confluencia de diferentes factores: desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc.; se han ido produciendo cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar los enfermos mentales crónicos que han permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo.

El desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica constituye el principal elemento en el que se concreta y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población enferma mental crónica en particular. Las políticas de Reforma Psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EEUU, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70 y en España a lo largo de los 80, se plantean 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, evitando su marginación e institucionalización (Desviat, M, 1995).

Con todas las diferencias y peculiaridades de las experiencias de reforma llevada a cabo en los diferentes países, sí que se pueden extraer algunos elementos básicos comunes que podrían ser como el referente conceptual de lo que genéricamente se entiende por Reforma Psiquiátrica.

### **REFORMA PSIQUIÁTRICA: PRINCIPIOS BÁSICOS**

- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico que llevó a avanzar, de un modo más o menos decidido, en la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- Un desplazamiento del eje de la atención: del hospital a la comunidad.

- 
- La apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios que atiendan los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
  - El intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que cubren las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
  - La hospitalización debe perder su papel preeminente como respuesta a la cronicidad. Debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés como hasta ese momento.
  - Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social).
  - Una estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud pública o comunitaria. La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
  - El intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Todos estos elementos no forman un todo homogéneo que se haya desarrollado de un modo coherente en todos los países. En cada experiencia se han articulado diferencialmente más unos que otros, algunos se han descuidado y otros se quedaron en el camino. Lo que si nos permiten es tener presente las líneas rectoras que, en general, han informado la ideología y organización de los procesos de Reforma Psiquiátrica. Con todas sus dificultades o insuficiencias, el desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica ha supuesto para el colectivo de enfermos mentales graves y crónicos un cambio positivo y una mejora sustancial. Frente a la institucionalización, el modelo de salud mental comunitaria propiciado por la Reforma Psiquiátrica organiza la atención de las problemáticas de dichas personas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible.

Nuestro país se incorporó con retraso a este movimiento de reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria. No fue hasta la recuperación democrática y en especial a partir de mediados de los ochenta cuando España inició un proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica. Los principios que sustentan el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en España se recogen en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985, Ministerio de Sanidad y Consumo) y quedaron plasmados en la Ley General de Sanidad 1986 en su artículo 20.

***Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) CAPITULO TERCERO  
DE LA SALUD MENTAL  
ARTICULO 20***

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas 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.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará 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 de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Es indudable que en nuestro país (con todas las matizaciones relativas a los ritmos y desarrollos desiguales en la diferentes Comunidades Autónomas) se han realizado notables avances en la reforma de la atención psiquiátrica, en la superación del modelo “manicomial” y en el desarrollo de servicios de salud mental y otros dispositivos (Montejo, J. y Espino, A. 1998), pero todavía hay un escaso desarrollo de recursos de rehabilitación y soporte social, lo cual, supone un lastre esencial para la adecuada atención comunitaria de esta población y por supuesto para sus posibilidades de mantenimiento y progresiva inserción social. Este modelo de atención comunitaria diseñado y puesto en marcha por la Reforma Psiquiátrica nos pone frente al reto de organizar y articular una adecuada y amplia red de servicios y programas que atiendan las diferentes necesidades y problemáticas de la población con enfermedades mentales graves y crónicas (como la esquizofrenia) y permitan su efectiva integración social en la comunidad.

## **LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA COMUNIDAD**

Como ya se comentó anteriormente, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. Por todo ello, se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada atención comunitaria de esta población, atender no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de

---

procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

Resulta, pues, evidente la necesidad de articular un sistema de recursos y servicios comunitarios para procurar una atención, adecuada e integral, a la población enferma mental crónica en general a las personas que sufren esquizofrenia en espacial. El concepto de “Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario” desarrollado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU sirve como referencia de esta necesidad. Plantea la pertinencia de promover y organizar a nivel local una red coordinada de servicios, recursos, programas y personas para ayudar a los enfermos mentales crónicos en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad. Exige la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social necesarios para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Dicho concepto identifica los diferentes componentes o ámbitos de intervención que han de configurar un sistema de soporte comunitario comprensivo (Stroul, B., 1989):

- Identificación, detección y captación de la población enferma mental crónica.
- Atención y tratamiento de salud mental.
- Atención en crisis y hospitalización.
- Alojamiento y atención residencial.
- Apoyo económico.
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo.
- Educación y apoyo a las familias.
- Rehabilitación psicosocial.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mercado de trabajo.
- Protección legal y defensa de sus derechos.
- Monitorización y seguimiento individualizado en la comunidad.

Cada uno de estos componentes puede ser desarrollado por diferentes servicios o recursos y exige una adecuada coordinación que los articule como una red o sistema integral en el que se intercalan y complementan tanto servicios generales que cubren necesidades comunes al resto de la población, como servicios especializados que atiendan necesidades específicas y peculiares de este colectivo.

Aunque el modelo de atención a la salud mental en general y a los enfermos mentales graves y crónicos en particular está asentado y orientado en un enfoque comunitario, aún queda mucho camino por recorrer para poder afirmar que se cuenta con un adecuado sistema de atención comunitaria e integral al enfermo mental grave y crónico. Esto es, con un conjunto coordinado, coherente y suficiente de recursos, servicios y programas que cubran las diferentes necesidades y problemáticas de este colectivo y de sus familias y permitan su adecuada atención y su efectiva rehabilitación e integración social. Éste es un factor clave para el buen desarrollo de los procesos de Reforma y articulación de un modelo comunitario en salud mental; es la necesidad de diseñar y disponer de una amplia y diversificada red de recursos comunitarios tanto de atención psiquiátrica como muy especialmente de rehabilitación y soporte social que permita atender las diferentes necesidades de las personas con trastornos mentales graves y crónicos y promover su mantenimiento e integración en la comunidad en las

---

mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. La escasez de estos recursos o su inadecuada planificación ha sido uno de los handicaps más importantes para el curso de la Reforma y para sus resultados en relación a la atención a la población enferma mental crónica y a sus familias.

Éstos son, en suma, algunos de los elementos o factores que pueden ayudar a entender las dificultades y los problemas que han tenido los procesos de Reforma. A pesar de ellos no hay vuelta atrás, el manicomio ha demostrado claramente su inadecuación y sus consecuencias negativas. Las políticas de Reforma deben continuar y profundizarse aprendiendo de los errores y problemas para corregirlos y superarlos.

Éste es en la actualidad uno de los principales retos pendientes y esenciales para el éxito de la Reforma Psiquiátrica y el adecuado desarrollo de la atención comunitaria. Se hace imprescindible potenciar el desarrollo de una adecuada red de servicios comunitarios que permita avanzar en la plena integración del enfermo mental crónico en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho

Así, pues, la Atención Comunitaria al enfermo mental es una realidad en marcha aunque plagada de insuficiencias que se deben completar y adaptar con una adecuada planificación y gestión y un apoyo social, político y económico claro y decidido que permita desarrollar un completo y suficiente sistema de apoyo comunitario para avanzar en la mejora de la situación del colectivo de enfermos mentales crónicos y de sus familias

En nuestro contexto, para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben asentar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos; y entre el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, dado que en muchos casos como la problemática de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

## **LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL MARCO DE UNA ATENCIÓN COMUNITARIA INTEGRAL A LA POBLACIÓN ENFERMA MENTAL CRÓNICA**

Muchos de los problemas y dificultades generados en el proceso de la reforma y la desinstitucionalización y en la adecuada implantación del modelo de atención comunitaria, tienen que ver con la escasa atención a las necesidades psicosociales y sociales de esta población y por, ende, a la poca prioridad e importancia otorgada a los programas de rehabilitación y al adecuado desarrollo de recursos de atención psicosocial y apoyo en la comunidad para atender las necesidades reales de esta población.

Como se ha reiterado, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psi-

---

quiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas (especialmente, psicosis esquizofrénicas) presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social (desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo y estigma, falta de vivienda, etc.), sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas.

Ello hace imprescindible a la hora de organizar la atención comunitaria a esta población no sólo atender su problemática psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, evitando situaciones de deterioro y marginación y procurando oportunidades y posibilidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad. La cronicidad y la discapacidad asociada a la enfermedad mental grave no desaparecen con la crítica y la superación de la institucionalización psiquiátrica (sólo la marginación asilar que no es poco) sino que forman parte del proceso personal y social de la psicosis. La cronicidad y las dificultades de funcionamiento reaparecen en la comunidad o emergen bajo nuevos patrones.

Sin embargo, esto ha sido en general escasamente reconocido. La atención a la crisis aguda, el control del síntoma, la importancia dada a la enfermedad y la curación más que al cuidado continuado y la mejora del funcionamiento, llevaron a una relativa exclusión de enfermo mental del nuevo modelo asistencial y a descuidar la adecuada cobertura a sus múltiples necesidades, fundamentalmente psicosociales (pérdida de autonomía, dificultades de funcionamiento, problemas en el desempeño de roles sociales, falta de soporte social, pérdida de redes sociales, dependencia familiar, problemas de inserción laboral, etc.).

Teniendo presente que la atención debe ser integral e integrada y que toda división o delimitación de componentes dentro de ella siempre tiene parte de arbitrariedad y de convención, se puede aceptar que dentro del sistema de atención, se puede desglosar aquellos más ligados a los problemas psicopatológico-psiquiátricos y preferentemente orientados al tratamiento, de aquellos programas y recursos específicos que tienen relación con las necesidades y problemáticas psicosociales antes comentados y que se orientan esencialmente a la mejora del funcionamiento, el apoyo a la integración social y laboral y el soporte comunitario.

Este último ámbito es el que se puede agrupar y delimitar como *Atención Psicosocial y Social* que sintéticamente incluiría sobre todo los siguientes elementos o componentes principales:

- Rehabilitación Psicosocial, Soporte social y Apoyo a la Integración social.
- Atención Residencial: Alternativas residenciales comunitarias.
- Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Inserción y Mantenimiento en el mundo del trabajo.
- Apoyo social, asesoramiento y psicoeducación a las familias

Estos componentes aluden a los problemas esenciales que afectan a la calidad de vida y la participación activa en la comunidad, y por tanto su adecuada atención es no sólo un complemento imprescindible para el tratamiento sino un elemento prioritario

---

para facilitar oportunidades efectivas a este colectivo para mejorar su funcionamiento y promover su derecho a una vida digna y normalizada en la sociedad. Sin embargo, a pesar de su importancia, la Atención Psicosocial ha sido considerada como un aspecto secundario y de menor relevancia que el tratamiento psiquiátrico o la hospitalización.

En estas áreas que se han agrupado bajo el rotulo de atención psicosocial, es esencial el desarrollo de programas y en su caso recursos específicos que permitan la adecuada atención a dichas problemáticas y necesidades psicosociales y sociales, como un elemento esencial en el marco de un sistema coordinado e integral de atención comunitaria a esta población

## **EL CAMPO DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

Dada su relevancia para la atención comunitaria en general de la población con enfermedades mentales graves y crónicas, y su importancia como fundamento de la atención psicosocial antes comentada, se expondrán los elementos esenciales del campo de la rehabilitación psicosocial.

### **CONCEPTO, FILOSOFÍA DE ATENCIÓN Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

A lo largo de los últimos años, la Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (como la esquizofrenia por ejemplo).

Aunque se pueden encontrar antecedentes de practicas rehabilitadoras en la historia de la atención psiquiátrica, de hecho la Rehabilitación Psicosocial es un concepto y un campo de trabajo relativamente nuevo, aún en pleno proceso de consolidación. La emergencia y necesidad de la rehabilitación sólo puede entenderse dentro del contexto propiciado por los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica. En el modelo de atención manicomial basado en la institucionalización y la reclusión asilar, la rehabilitación tiene apenas un carácter residual y secundario, confundida con el mundo marginal de la laborterapia y las actividades meramente ocupacionales (Sarraceno y Montero, 1993). Sólo en un modelo de atención comunitario que se plantea no apartar al enfermo mental de la sociedad ni recluirlo o aislarlo en instituciones especiales, adquiere pleno sentido y coherencia el concepto y el proceso de la rehabilitación.

En este modelo se hace necesario la rehabilitación para ayudar a los pacientes recluidos en hospitales psiquiátricos en el difícil tránsito de vuelta a la sociedad, y se necesita aún más para apoyar al enfermo mental en su mantenimiento en la comunidad y posibilitar que se desenvuelva y maneje en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posible. En este marco propiciado por los procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización confluyeron diferentes factores que fueron determinando la emergencia y desarrollo del campo de la Rehabilitación Psicosocial, y que, sintéticamente, serían entre otros los siguientes (Rodríguez, A., 1993 y 1997):

- 
- Las demandas y necesidades que supone el proceso de desinstitucionalización y reinserción comunitaria para los pacientes crónicos.
  - El énfasis de los nuevos modelos de atención en salud mental en el mantenimiento e integración de los nuevos crónicos en el entorno social.
  - Las discapacidades y déficits en el funcionamiento psicosocial generados y/o asociados a las enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia por ejemplo) que dificultan el manejo autónomo y la integración comunitaria de las personas que las sufren.
  - Las limitaciones de los tratamientos psicofarmacológicos y la escasa eficacia de los abordajes psicoterapéuticos tradicionales para mejorar las discapacidades funcionales de dichos pacientes y ayudarles a desenvolverse de un modo lo más autónomo y normalizado posible en los diferentes ambientes y roles comunitarios.
  - La extensión de la filosofía de normalización y de la ideología del movimiento de derechos humanos al ámbito de los enfermos mentales crónicos, con el consiguiente énfasis en sus derechos como ciudadanos a tener una vida lo más plena y digna en la sociedad.
  - El desarrollo y aplicación de nuevas estrategias de intervención psicosocial generadas desde el campo de la psicología del aprendizaje, la modificación de conducta, la terapia cognitiva y el área de los recursos humanos, que han resultado eficaces y de gran relevancia para la rehabilitación de las personas con discapacidades psiquiátricas (véase Anthony y Liberman, 1986).

Ahora bien, el desarrollo de la rehabilitación ha sido dificultoso. Aunque el principio de prevención terciaria o rehabilitación (Caplan, 1962) formaba parte del armazón conceptual que sustentaba la Reforma, de hecho, ha sido relegado a un lugar secundario, hasta hace pocos años que ha adquirido el papel central y relevante que hoy tiene en la atención comunitaria. En muchos casos, las prácticas rehabilitadoras consistían en una multiplicidad difusa y contradictoria de actuaciones dejadas al voluntarismo, la buena fe y el sentido común. Sin embargo, en los últimos años, la rehabilitación ha dejado esta situación de marginación para avanzar y crecer consolidándose como un campo de intervención psicosocial con un armazón teórico cada vez más sólido y una metodología práctica conformada en torno a estrategias de entrenamiento de habilidades y mejora de competencias, estrategias psicoeducativas y de apoyo social (véase Liberman, 1988; Liberman y otros, 1989; Farkas y Anthony, 1989; Falloon y otros, 1984; Strachan, 1986; entre otros). Sin perder de vista la necesidad de seguir avanzando en la fundamentación teórica de este campo, gracias a los importantes avances tanto teóricos como metodológicos realizados, hoy se puede afirmar que la rehabilitación psicosocial ha alcanzado su mayoría de edad, contando con una estructura conceptual y una metodología de intervención cada vez más clara y eficaz, lo que le ha permitido convertirse en una pieza clave en la atención comunitaria a la población enferma mental crónica.

En este momento es pertinente recordar y comentar algunas dimensiones claves del campo de la rehabilitación que nos ayudaran a destacar sus perfiles básicos. Las dimensiones que se abordarán son: la definición de la rehabilitación, su filosofía de atención, su metodología y estrategias de intervención y su contexto.

Así, actualmente, se puede afirmar que la rehabilitación psicosocial se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades

---

psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (Rodríguez, A., 1997).

La rehabilitación tiene que ver, por tanto, con ayudar al enfermo mental crónico a superar o compensar las dificultades psicosociales que sufren y a ayudarles en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios.

En este proceso de ayuda y apoyo que supone la rehabilitación, una dimensión fundamental, a menudo no adecuadamente valorada ni elaborada conceptualmente, a pesar de sus importantes implicaciones, es lo que se podría denominar filosofía de atención en rehabilitación. Es decir, aquellos principios-guía o valores que han de orientar las prácticas concretas de rehabilitación. Este soporte ideológico y valorativo tiene una relevancia esencial, porque permite seguir avanzando a pesar de las limitaciones metodológicas o contextuales, posibilita una constante reflexión sobre la realidad y la práctica en rehabilitación y orienta las expectativas, actitudes y valores de los profesionales que trabajan en rehabilitación, además de ayudar a guiar la planificación y el desarrollo de los servicios y las intervenciones.

No hay, por supuesto, un cuerpo axiomático o cerrado de principios que constituyan la filosofía de atención en rehabilitación, pero sí se podría hacer una aproximación a algunos principios que se han venido sedimentando en el desarrollo de este campo y que constituyen un armazón básico (aunque abierto y con necesidad de profundizar en su desarrollo teórico y sus implicaciones prácticas) que sirve para orientar las múltiples y heterogéneas prácticas en rehabilitación. Así, siguiendo a Pilling (1991), se pueden indicar un conjunto de principios que se sintetizan como sigue:

- La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia y comprehensiva de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna.
- Supone promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación teniendo siempre en cuenta sus objetivos y planes.
- La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.
- Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible a través, del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.
- La rehabilitación debe buscar maximizar la autonomía e independencia basándose en las capacidades, competencias y sistema de apoyo y soporte de cada sujeto y de su entorno.
- Asimismo, debe ofrecer el apoyo y soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo que precise.
- La rehabilitación debe partir del principio de individualización teniendo en cuenta las características únicas de cada individuo, y basándose en una evaluación individualizada de sus necesidades que abarque de un modo global todos los aspectos del sujeto y de su entorno.

- 
- Debe implicar una actitud de esperanza, una expectativa positiva sobre el individuo y sobre sus posibilidades y potencialidades de desarrollo.
  - Debe promover un constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejora de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como de la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación.

En este listado provisional que se ha indicado como principios que conforman lo que se ha denominado filosofía de atención en rehabilitación psicosocial, se puede advertir la influencia de las ideas del movimiento de derechos humanos, o del principio de normalización, entre otras referencias. Lo relevante de enfatizar la filosofía de atención no debe ser el hecho de conformar una especie de catálogo formal de principios que se queden en una mera referencia abstracta. Lo relevante es que, de hecho en la rehabilitación, principios como los indicados están operando de un modo concreto tanto en positivo como en negativo en las prácticas de rehabilitación. Su explicitación y la reflexión crítica y abierta sobre los mismos constituye un pilar fundamental para avanzar en el desarrollo coherente del campo y para guiar procesos de rehabilitación que sirvan para mejorar la calidad de vida y para avanzar en el logro de una ciudadanía plena y digna para los enfermos mentales crónicos.

## **METODOLOGÍA Y LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

En el desarrollo de la rehabilitación en las últimas décadas se ha producido una proliferación de experiencias de atención e intervención con enfermos mentales crónicos bajo el rótulo de “programas de rehabilitación” que en muchos casos no compartían más que la denominación, siendo difícil encontrar un mínimo común denominador en cuanto a estructura metodológica o de estrategias de intervención. Bajo la misma etiqueta se podían encontrar actividades tan variopintas y heterogéneas como grupos de discusión y encuentro, tareas ocupacionales, expresión corporal, actividades artísticas, psicoterapia tradicional, grupos de entrenamiento de habilidades sociales, etc. El problema no se trataba tanto de la multiplicidad de estrategias que podría resultar enriquecedora cuanto de la evidencia de la falta de una mínima identidad metodológica de las intervenciones denominadas de rehabilitación.

En este sentido, Anthony en 1977 afirmaba irónicamente que la rehabilitación era “un concepto en busca de un método”. Afortunadamente en los últimos años ha habido interesantes y notables avances que han contribuido a dotar de rigor y estructura a la metodología de intervención en rehabilitación psicosocial, siendo sus principales componentes los siguientes (Anthony, Cohen y Farkas, 1982; Farkas y Anthony, 1989):

- Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación a las demandas ambientales de su entorno concreto.
- Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario.
- Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo, especialmente la familia, en todas las fases del proceso de rehabilitación (evaluación, planificación e intervención).

- 
- Entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno comunitario.
  - Evaluación e intervención sobre el ambiente específico (físico y social) del sujeto para compensar las discapacidades existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora de su integración social.
  - Seguimiento, monitorización y apoyo del usuario en los diferentes contextos de su vida real.
  - Intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo.
  - Coordinación y colaboración coherente entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario.
  - Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

Asimismo, las estrategias de intervención en rehabilitación han ganado en operatividad y eficacia con la incorporación de diferentes estrategias extrapoladas y adaptadas del campo de la psicología del aprendizaje social, la terapia cognitivo-conductual, la intervención social y los recursos humanos. Así se han desarrollado e incorporado a este campo múltiples estrategias de intervención, incluyendo entre otras: entrenamiento y desarrollo de habilidades personales y sociales, estrategias psicoeducacionales y de intervención psicosocial con familias y usuarios, desarrollo de redes sociales, apoyo social, etc. Este conjunto de estrategias de intervención utilizadas en el campo de la rehabilitación psicosocial, han demostrado su eficacia en la mejora del funcionamiento psicosocial de enfermos mentales crónicos y en su adaptación y mantenimiento en la comunidad (Véase entre otros: Liberman, 1988/1993; Rodríguez, 1997; Aldaz y Vázquez, 1996; Birchwood, 1995; Cañamares y otros, 2001).

Así pues, la intervención en rehabilitación psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad; y por otro lado, actuaciones sobre el ambiente que incluye desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (Anthony y Nemeck, 1984).

Los principales ámbitos o áreas de intervención en Rehabilitación Psicosocial se pueden resumir como sigue:

## **ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

### **A. MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL (ENTRENAMIENTO Y RECUPERACIÓN DE HABILIDADES Y CAPACIDADES) Y APOYO A LA INTEGRACION SOCIAL**

- Autocuidado (aseo e higiene personal, vestido, hábitos saludables)
- Psicomotricidad.

- Actividades de la vida diaria (manejo de la vivienda, hábitos domésticos, manejo social, uso de transportes, realización de tramites, manejo del dinero, etc.)
- Psicoeducación (conocimiento y manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento, autoadministración de la medicación, factores de riesgo, prevención de recaídas, etc.)
- Autocontrol y manejo del estrés.
- Habilidades sociales.
- Deficits cognitivos.
- Ocio y tiempo libre.
- Orientación y rehabilitación laboral.
- Actividades de apoyo y soporte social (sociales, ocupacionales, culturales, etc.).
- Integración comunitaria (uso de recursos sociocomunitarios, promoción y desarrollo de redes sociales, etc.).
- Apoyo a la integración social y soporte comunitario.
- Seguimiento en la comunidad.

## **B. APOYO, ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON FAMILIAS**

- Apoyo y asesoramiento específico con cada familia
- Programas grupales estructurados de psicoeducación e intervención psicosocial
  - Psicoeducación.
  - Formación en habilidades de comunicación y manejo de la convivencia.
  - Entrenamiento en estrategias prácticas de resolución de problemas.
- Promoción y apoyo al desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones

## **C. INTERVENCIÓN EN EL MEDIO SOCIAL DE APOYO Y SOPORTE COMUNITARIO**

- Coordinación con recursos sociocomunitarios.
- Promoción y apoyo al desarrollo de redes sociales de apoyo.
- Desarrollo y coordinación de servicios y programas de apoyo:
  - Atención y Tratamiento
  - Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social
  - Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción laboral
  - Atención residencial comunitaria
  - Programas de seguimiento “case management” (apoyo, coordinación y seguimiento comunitario individualizado).

Con todo, las estrategias múltiples y variadas, que han de combinar tanto el entrenamiento y desarrollo de las habilidades que cada enfermo mental requiere para funcionar de un modo efectivo en la comunidad, como intervenciones sobre el ambiente físico y social del sujeto junto con el desarrollo de soportes sociales que apoyen o mantengan el nivel de funcionamiento psicosocial de dicha persona, y que se dan en la práctica de la rehabilitación, tienen una base y un desarrollo fundamentalmente empírico, práctico, sin ajustarse rígidamente a ningún modelo o estrategia de intervención de los que se encuentran en la literatura.

---

Este hecho, aparte de reflejar la realidad del campo, tiene interesantes virtualidades que permiten huir de constricciones metodológicas y optimizar los recursos y prácticas disponibles en el difícil logro de los objetivos de rehabilitación. Pero, a su vez, supone una importante limitación que permite la proliferación de actividades ineficaces o irrelevantes bajo el rótulo de rehabilitación y obstaculiza la implantación y consolidación eficaz del campo de la rehabilitación, lo que nos sitúa ante el reto de rellenar y completar los huecos metodológicos existentes y avanzar en la configuración de estrategias de intervención complejas, idóneas y eficaces.

La rehabilitación opera intentando ayudar al enfermo mental crónico en los difíciles retos que supone su desenvolvimiento e integración en la vida social normalizada, ayudándole también a recuperar su dignidad como persona y como ciudadano. Y opera en todas las áreas de la vida y en los diferentes escenarios en los que ésta se desarrolla: en este sentido es interesante la distinción que plantean Sarraceno y Montero (1993) de las tres dimensiones-escenarios de acción en los que trabaja la rehabilitación: la casa, el bazar o red social y el trabajo.

La rehabilitación pretende operar en todos estos escenarios: ayudando tanto a reconstruir una mínima red social de apoyo como en la difícil tarea de buscar un empleo, o de recuperar una autonomía personal deteriorada. En todos estos objetivos y áreas, los que trabajan en rehabilitación deben articular, de un modo muy flexible, múltiples estrategias de intervenciones, utilizando todas aquellas técnicas disponibles provenientes de otros campos: intervención psicológica, entrenamiento de habilidades, trabajo social, estrategias socioeducativas, técnicas del campo de los recursos humanos, estrategias de animación comunitaria, etc., que sean relevantes y pertinentes para el logro de los objetivos marcados. Pero esta necesaria flexibilidad en la intervención concreta y esta necesidad de articular y sintetizar diferentes estrategias de acción, no deben servir de excusa a los profesionales de la rehabilitación en la responsabilidad de evaluación de la eficacia de las estrategias de intervención utilizadas en los procesos de rehabilitación y en la mejora metodológica de las prácticas de rehabilitación.

Ahora bien, en el desarrollo de la rehabilitación y en sus resultados, además de ser necesario contar con unos principios de atención coherentes, con un mínimo rigor metodológico y con unas estrategias de intervención lo más eficaces e idóneas que sea posible, es preciso tener en cuenta diversos elementos contextuales que condicionan de un modo determinante las prácticas rehabilitadoras y sus logros.

#### • **POLÍTICAS ASISTENCIALES**

Lo que se podría denominar las políticas asistenciales en relación a la atención psiquiátrica y social de los enfermos mentales, constituyen el contexto global que enmarcan y condicionan positiva o negativamente el impulso, desarrollo y éxito de la rehabilitación. Así tienen un impacto determinante la coherencia y el apoyo real y continuado que exista desde las políticas sanitarias y sociales a sus diferentes niveles central, regional y local en el desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica y en la articulación de una red completa y suficiente de recursos comunitarios que posibiliten el mantenimiento e integración social de los enfermos mentales de la comunidad. Lo que a su vez se plasma en las distribuciones presupuestarias y la organización y estilo de

---

los servicios, en la coordinación entre servicios y en la plasmación de medidas legislativas que legitimen e impulsen todo el complejo e intersectorial desarrollo de un modelo de atención e integración comunitaria al enfermo mental.

Aspectos todos estos, que permiten o no, contar con las adecuadas oportunidades para que el trabajo de rehabilitación y los logros que se consigan en la autonomía y mejora de capacidades de los usuarios adquieran sentido pleno. Los resultados que se pueden alcanzar en la rehabilitación están condicionados, en muchas ocasiones, no tanto por las limitaciones funcionales o discapacidades de los enfermos mentales como por la existencia real de oportunidades sociales que faciliten la mejora de la calidad de vida y la integración real de los mismos. Se habla de oportunidades laborales, de vivienda, económicas o sociales, de sistemas de recursos comunitarios suficientes para atender sus necesidades y promover su rehabilitación e integración. Se habla, en suma, de la necesidad de que el contexto global de las políticas en las que se enmarca la rehabilitación permita e impulse de un modo coherente y continuado el trabajo rehabilitador y ofrezca oportunidades para el logro de sus objetivos.

#### • **LOS SERVICIOS**

Asimismo la organización, desarrollo y resultados de las prácticas rehabilitadoras viene determinada y condicionada por el contexto de los servicios en los que se desarrollan y entre los que se articula. Los diferentes servicios que participan en la atención comunitaria al enfermo mental (servicios de salud mental, hospitales, recursos sociales específicos de rehabilitación, residenciales y de soporte social, servicios sociales comunitarios, etc.). Todos ellos tienen funciones diferentes y complementarias, y están directa o indirectamente implicados en programas de rehabilitación, pero en general, sí que es relevante destacar la influencia determinante que juega la implicación de los servicios, la organización y distribución de sus recursos humanos y materiales, su compromiso o no, con una orientación de rehabilitación en sus pautas de atención, su capacidad para optimizar esfuerzos y coordinar tareas y actividades con otros servicios en el desarrollo congruente de la atención y la rehabilitación al enfermo mental. Todos estos elementos son claves en el éxito de la rehabilitación y en la implantación coherente de programas de rehabilitación. Contar con diferentes servicios en la comunidad a los que acuden enfermos mentales no conforma automáticamente una red de atención ni asegura que, de hecho, trabajen con un modelo comunitario, ni muchos menos asegura que se posibilite y promueva la rehabilitación como una dimensión fundamental en la atención comunitaria del enfermo mental y que ha de estar presente en todos los servicios desde el hospital al servicio de salud mental, el servicio específico de rehabilitación o el recurso residencial.

#### • **LOS PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN**

Otro elemento principal dentro de este contexto de los servicios es el papel de los recursos humanos, de los profesionales. En rehabilitación, como en otros campos de la intervención social, no se cuenta con tecnología que resuelva los problemas, se cuenta fundamentalmente con la relación de ayuda que presten los profesionales. De hay el

---

papel esencial de los profesionales en la rehabilitación. Una buena parte de la capacidad de los programas de rehabilitación para alcanzar o no sus objetivos depende de la motivación, actitud, compromiso, formación y expectativas de sus profesionales. No basta con que haya profesionales formalmente adscritos a servicios o programas de rehabilitación sino que son necesarios profesionales, por supuesto, con la mejor formación posible, pero, sobre todo, que estén comprometidos activamente con la rehabilitación y con una actitud de respeto al enfermo mental como ciudadano de pleno derecho y una confianza o unas expectativas positivas en sus posibilidades y potencialidades de mejora y de integración, y que además cuenten con la motivación precisa y el estilo de atención flexible que requieren procesos tan complejos y dificultosos como los de rehabilitación. Y esto es necesario tanto para cada profesional como para los equipos de atención multiprofesionales, porque la atención y organización de la intervención en rehabilitación es, esencialmente, una cuestión de trabajo en equipo. Los profesionales no son la única pieza en el engranaje de la rehabilitación pero sí son una pieza clave, y lo son tanto individualmente como en cuanto equipos multidisciplinares como marco de trabajo en rehabilitación.

Pues bien, una vez que se han repasado de un modo general el campo de la rehabilitación psicosociales y alguna de sus dimensiones: definición, metodología y estrategias de intervención y contexto se pasará a hacer un breve repaso sintético del papel de la rehabilitación psicosocial en el marco de una atención comunitaria integral al enfermo mental.

## **LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL MARCO DE UNA ATENCIÓN COMUNITARIA INTEGRAL AL ENFERMO MENTAL CRÓNICO**

La rehabilitación psicosocial, como se ha indicado, tiene como meta global ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (Anthony, 1980; Anthony, Cohen y Cohen, 1984). Así, pues, hoy la rehabilitación es un elemento esencial y central en la organización de una atención comunitaria integral a la población “enferma mental crónica” (Pilling, 1991).

El concepto de “Sistema de Soporte Comunitario” desarrollado por el Instituto Nacional para la Salud Mental de EEUU (Stroul, 1989; Test, 1989) constituye un buen ejemplo de esta cuestión. Por *sistema de soporte comunitario* se entiende una red organizada y coordinada a nivel local de servicios y personas para asistir y apoyar a los individuos con enfermedades mentales crónicas en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad. Exige la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social, necesarios para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible.

La rehabilitación es y debe ser el eje vertebrador de este sistema de atención y soporte comunitario a la población enferma mental crónica y a sus familias. No hay que

---

limitarse a hacer rehabilitación en los programas o recursos específicos así denominados, sino que la filosofía, los objetivos y la práctica de la rehabilitación deben impregnar y cruzar todos los servicios implicados en la atención comunitaria al enfermo mental crónico. Las unidades de hospitalización, los servicios de salud mental, los alojamientos protegidos, los hospitales de día o por supuesto, los centros de rehabilitación; en toda esta gama de recursos, independientemente de sus funciones específicas concretas, se debe trabajar con una orientación rehabilitadora, buscando maximizar la autonomía y competencia del usuario y apoyar la integración en su entorno a través de la promoción del desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.

La atención comunitaria al enfermo mental crónica es posible, necesaria y, sobre todo, es mejor si se organiza y planifica adecuadamente y se le dota de los recursos técnicos y económicos necesarios. En la organización de un sistema de atención comunitaria al enfermo mental, la rehabilitación es un elemento esencial y ha de ejercer como eje vertebrador de una adecuada atención continuada y apoyo a la integración de dicha población. La orientación de rehabilitación, esto es, el compromiso con la mejora del funcionamiento, con el incremento de la autonomía, con el apoyo a una integración lo más activa y normalizada posible en el entorno comunitario y en suma con la mejora de la calidad de vida de los enfermos mentales crónicos en la comunidad, debe impregnar la organización de los distintos servicios sanitarios y sociales implicados en la atención y apoyo a esta población y debe ser el mínimo común denominador del estilo de atención que debe caracterizar la atención comunitaria.

La atención a la cronicidad exige de los profesionales de salud mental y de recursos sociales una actitud diferente adaptada a su problemática psiquiátrica y psicosocial de larga evolución y por tanto a sus necesidades de apoyo continuado; así como su formación en nuevas estrategias de intervención útiles para la rehabilitación y cuidado al enfermo mental crónico. Sin esto se mantendrá la inadecuación de los servicios para ayudar a esta población y con los pacientes crónicos más deteriorados o difíciles se buscará (y justificará) su exclusión hacia una atención institucional sea en el hospital o en la comunidad.

## **A MODO DE CONCLUSIÓN**

La rehabilitación psicosocial es un campo de intervención que ha tenido un fuerte desarrollo en las últimas décadas, lo que le ha situado como un elemento esencial y central en la organización un sistema de atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. Asimismo aunque la rehabilitación en nuestro país ha ido creciendo en importancia en el marco de la atención comunitaria al enfermo mental crónico, aún queda mucho camino por recorrer. El desarrollo amplio y suficiente de recursos comunitarios de rehabilitación y apoyo comunitario es hoy una de las principales asignaturas pendientes y uno de los elementos centrales para mejorar la situación y la calidad de vida de la población psiquiátrica crónica. Alcanzar lo objetivos de la Reforma psiquiátrica en relación a esta población pasa necesariamente por el reconocimiento explícito de sus necesidades psicosociales y sociales y por tanto por promover el desarrollo de una red amplia y suficiente de recursos de atención, rehabilitación y apoyo comunitaria que esté vertebrada por una clara orientación basada en la rehabilitación psicosocial, es decir, por un compromiso con la mejora del funcionamiento y la calidad

---

de vida de esta población y por la articulación de oportunidades y apoyos para su mantenimiento e integración en la comunidad.

El sistema sanitario de salud mental junto con el sistema de servicios sociales deben ser los pilares para que en nuestro país, en sus diferentes comunidades autónomas, se avance de un modo coordinando y complementario en la organización de una red integral de servicios de apoyo a esta población, en especial potenciando el desarrollo de los recursos de rehabilitación, atención residencial y apoyo comunitario.

Aunque el progresivo desarrollo de la atención comunitaria al enfermo mental crónico ha mejorado sustancialmente la situación de este colectivo, aún queda mucho camino por recorrer. El desarrollo amplio y suficiente de recursos comunitarios de rehabilitación psicosocial, y soporte comunitario es hoy una de las principales asignaturas pendientes y uno de los elementos centrales para mejorar la situación y la calidad de vida de la población psiquiátrica crónica.

Así, pues, es fundamental promover la organización de un sistema de atención comunitaria e integral a la población con enfermedades mentales graves y crónicas que cuente con una red completa de recursos, sanitarios y sociales, de atención, rehabilitación y apoyo social comunitario. Los enfermos mentales pueden llevar una vida digna e integrada como ciudadanos de pleno derecho, para ello necesitan recursos, apoyos y oportunidades, vertebrados por una filosofía de rehabilitación psicosocial comprometida con la mejora de su autonomía y calidad de vida.

---

## **CAPITULO 2: LA EXPERIENCIA DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS) DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA DE LA CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

*Autor: Abelardo Rodríguez González  
Psicólogo. Coordinador del Programa de Atención Social a Personas con  
Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales.  
Comunidad de Madrid*

### **LA ATENCIÓN COMUNITARIA INTEGRAL A LA POBLACIÓN ENFERMA MENTAL CRÓNICA: EL PAPEL DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

La organización y articulación de una adecuada y comprehensiva red de atención comunitaria que permita el mantenimiento e integración en la sociedad de la población con enfermedades psiquiátricas graves crónicas, constituye uno de los retos más desafiantes e interesantes a los que se enfrentan los profesionales y los sistemas de servicios sanitarios y sociales.

Las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos, los problemas de esta población desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficit para el funcionamiento psicosocial autónomo y por consecuencias sociales negativas de desventaja social (pobreza, desempleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento, etc.) sin olvidar los problemas de tensión y sobrecarga que supone para sus familias. Ello hace imprescindible a la hora de organizar la atención comunitaria a esta población no sólo atender su problemática psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, evitando situaciones de deterioro y marginación y procurando oportunidades y posibilidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

El desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica ha supuesto una profunda transformación en la atención a la población enferma mental crónica y ha permitido avanzar en el desarrollo de un modelo comunitario de atención en salud mental. Pero la atención comunitaria a los enfermos mentales crónicos no puede descansar exclusivamente en el sistema sanitario de salud mental sino que exige la plena y decidida implicación del sistema de servicios sociales para avanzar en la cobertura de las necesidades, problemáticas psicosociales y sociales de esta población, cuya adecuada atención es requisito imprescindible para posibilitar su mantenimiento e inserción normalizada en el entorno social. Esta necesidad o exigencia de que el sistema de Servicios Sociales se implique en la atención comunitaria a esta población quedó, de hecho, recogida en la propia Ley General de Sanidad al indicar en el artículo 20, apartado 3, relativo a la Salud Mental que: "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".

---

Los Servicios Sociales deben, pues, jugar un papel esencial en la rehabilitación e integración social de los enfermos mentales crónicos desde una lógica de coordinación, colaboración y complementariedad con el sistema sanitario de Salud Mental. Los servicios sociales constituyen un elemento esencial para avanzar en el desarrollo de redes de soporte comunitario para la población crónica. Su intervención debe conjugar el trabajo desde los servicios sociales generales en los que, como ciudadanos de pleno derecho, los enfermos mentales crónicos reciban las prestaciones sociales básicas para la cobertura de sus necesidades sociales básicas de tal forma que posibiliten su mantenimiento e integración en su entorno social, junto con el desarrollo de servicios sociales especializados que atiendan necesidades específicas de rehabilitación psicosocial, soporte social y apoyo a la integración social, rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral y atención residencial, sin olvidar el apoyo a las familias.

Una de las principales asignaturas pendientes en la atención comunitaria a esta población es la insuficiencia de recursos específicos de rehabilitación, atención residencial y soporte social, lo que supone un obstáculo fundamental para el mantenimiento e integración comunitaria de muchos enfermos mentales generando múltiples consecuencias negativas que van desde el aumento de ingresos o estancias hospitalarias, el riesgo de situaciones de abandono y marginación o sencillamente el mantenimiento de situaciones de aislamiento y dificultades de funcionamiento psicosocial. Contar con los apoyos oportunos podría permitir la recuperación de un adecuado nivel de autonomía personal e integración de muchos enfermos mentales y aliviar las situaciones de sobrecarga de sus familias.

## **LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL CRÓNICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

En la Comunidad de Madrid, desde 1984, se ha desarrollado un proceso de reforma psiquiátrica que ha transformado y mejorado de un modo muy importante la organización de la atención a la salud mental. Se ha articulado e implementado un modelo de atención cuyos principales objetivos son:

- Conseguir una actuación pública centrada en el trabajo en la comunidad y basada fundamentalmente sobre prestaciones ambulatorias integradas en la asistencia sanitaria general.
- Integrar funcionalmente en una red única de atención en salud mental, las distintas redes asistenciales existentes (Insalud, Ayuntamientos, Comunidad).
- Desarrollar servicios de salud mental comunitarios en cada uno de los 35 distritos sanitarios de la Comunidad de Madrid.
- Ubicar las unidades de hospitalización breve en los hospitales generales, haciendo realidad el principio básico de la no discriminación del enfermo mental en relación con otro tipo de enfermo.
- Transformar los hospitales psiquiátricos potenciando sus actividades rehabilitadoras y avanzando hacia su progresiva desaparición y sustitución por dispositivos comunitarios de tratamiento, rehabilitación y soporte social.
- Impulsar el desarrollo de servicios alternativos a la institucionalización psiquiátrica en la comunidad, dentro de los servicios sociales.

---

En estos momentos, la Comunidad de Madrid ha logrado la efectiva implantación y consolidación de un modelo de atención comunitaria en salud mental, a través del desarrollo de Servicios de Salud Mental en todos los distritos sanitarios (35 en total) de la Comunidad, la progresiva organización de Unidades de Hospitalización en diferentes Hospitales Generales, así como en el desarrollo de otros recursos intermedios como Hospitales de Día, etc.

En la Comunidad de Madrid, se ha ido avanzando en esta línea de necesaria implicación de los servicios sociales en la atención comunitaria a esta población, complementando la labor de los servicios de salud mental y posibilitando la consecución de los objetivos marcados por la Reforma Psiquiátrica. Para ello, la Consejería de Servicios Sociales, además de promover el trabajo con esta población desde la red de Servicios Sociales Generales, viene desarrollando, desde el nivel de Servicios Sociales Especializados, un programa específico para mejorar las oportunidades y posibilidades de rehabilitación e integración de esta población, denominado *Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica*, cuyas principales características y recursos se exponen a continuación.

## **EL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA**

### **DESCRIPCIÓN GENERAL**

El *Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica* (antes denominado Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica) constituye una iniciativa específica, organizada desde el sistema de Servicios Sociales en su nivel de atención especializada, destinada a favorecer y apoyar la rehabilitación e integración social de la población con enfermedades mentales crónicas. Depende de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Servicios Sociales a través de su actual Servicio Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad y lleva desde 1988 trabajando en el desarrollo de recursos específicos de rehabilitación y apoyo comunitario desde una lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de servicios de salud mental.

El Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica (el Programa, en adelante) tiene como principal misión atender las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas y apoyar a sus familias. Trata de posibilitar la rehabilitación e integración social de dichas personas y favorecer que puedan vivir y mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones de vida lo más autónoma y normalizada posible. Su función principal es desarrollar un conjunto de servicios y acciones específicas que permitan atender las necesidades y problemáticas de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario, complementando a los servicios sociales generales y, especialmente, servir de apoyo específico a los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (dependientes del Servicio Madrileño de Salud).

La experiencia, organización y funcionamiento de este Programa quedó regulado mediante el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre, (B.O.C.M. del 9 de Octubre de 1997)

---

que establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes Centros de Servicios Sociales Especializados. Así, a través del citado Decreto se viene a regular los objetivos, tipología de centros y prestaciones de los mismos, perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen jurídico del citado Programa.

El Programa orienta su actuación al logro de los siguientes OBJETIVOS GENERALES:

- Favorecer el mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con enfermedades mentales crónicas, en las mejores condiciones posibles de normalización, integración y calidad de vida.
- Posibilitar que puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo e independiente que en cada caso sea posible.
- Potenciar su integración social en su entorno comunitario.
- Evitar la marginación y/o institucionalización de aquellos que viven en la comunidad y posibilitar la reinserción de aquellos que aún se encuentran institucionalizados.
- Apoyar a las familias de enfermos mentales crónicos, mejorando sus capacidades y recursos y promoviendo la mejora en su calidad de vida.

El perfil general a cumplir por los potenciales beneficiarios del programa es el siguiente:

- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años y residir en la Comunidad de Madrid.
- Tener diagnóstico de enfermedad mental grave y crónica y estar siendo atendidos en alguno de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- Presentar un deterioro significativo en su nivel de funcionamiento psicosocial y dificultades en su integración social.

Para acceder a alguno de los recursos del programa, habrán de ser derivados desde el Servicio de Salud Mental encargado de su atención y tratamiento.

Dada la ausencia de estudios epidemiológicos y de censos completos sobre la población enferma mental crónica, no contamos con datos sobre el nivel de discapacidad y problemática psicosocial y social de los enfermos mentales crónicos de nuestra Comunidad, por lo que es difícil estimar con precisión cuántos son los que por sus problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial, sus problemas de apoyo familiar y social, sus necesidades de alojamiento y soporte, etc. requieren la atención social específica del Programa. Teniendo esto presente, podemos de todos modos, arriesgarlos a establecer una estimación tentativa, basándonos en diversos datos y estudios, sobre el porcentaje de personas con enfermedad mental crónica que conforman el grupo diana del Programa. Así, pues, y siendo conservadores, podemos estimar que al menos un 15% de las personas con enfermedad mental crónica (entre el 0,6 y el 0,9% de la población general) requerirán, en algún momento, debido a sus dificultades de funcionamiento e integración social, la atención específica del Programa a través de alguno de sus recursos. Estos cálculos nos darían lo siguiente:

ZONA	Estimación N° Enfermos Mentales Crónicos		Porcentaje de Enfermos Mentales Crónicos potenciales beneficiarios del Programa (15%)
	0,6%	0,9%	
Madrid Capital	17.201	25.802	2.580 / 3.870
Corona Metropolitana	10.260	15.390	1.539 / 2.308
Municipios no Metropolitanos	2.673	4.009	401 / 601
TOTAL C.A.M.	30.134	45.201	4.520 / 6780

Datos estimados sobre el censo de 1996: población total de la CAM: 5.022.289

Así, pues, el Programa se dirigiría prioritariamente a un colectivo de personas con enfermedad mental crónica con necesidades de apoyo que como mínimo podría oscilar entre 4.520 y 6.780 personas, que en algún momento podrían requerir el apoyo desde alguno de los recursos del Programa. Pero es necesario recalcar que no poseen validez estadística ni epidemiológica; sencillamente son un marco provisional para la planificación.

## ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN Y TIPOLOGÍA DE RECURSOS

De acuerdo con la definición y filosofía de atención y a los objetivos antes indicados, el Programa centra su actuación en torno a los siguientes *ámbitos de intervención*:

- REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (recuperación de la máxima autonomía personal y social), SOPORTE SOCIAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL.
- APOYO, ASESORAMIENTO Y PSICOEDUCACIÓN A LAS FAMILIAS de las personas con enfermedad mental crónica.
- REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INSERCIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO.
- ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA.

A fin de atender los ámbitos de intervención propuestos, se ha diseñado un abanico de recursos específicos (para una descripción más detallada véanse los documentos de diseño de cada uno de los recursos) a desarrollar en las diferentes Áreas y distritos de la Comunidad de Madrid. A efectos de este trabajo veremos sólo las principales características y funciones de dichos recursos:

### 1. Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)

Son un tipo de Centros de Día dirigidos a ayudar a las personas enfermas mentales crónicas para promover el máximo desarrollo de su autonomía personal y social, facilitar su mantenimiento en la comunidad y apoyar su integración social. Así como a sus familias para mejorar sus recursos y hacerles más competentes en el manejo de la convivencia con su familiar afectado de enfermedad mental grave y crónica y en el apoyo a su rehabilitación. Ofrecen para ello un abanico de programas y actividades de

---

rehabilitación psicosocial, apoyo personal y soporte social, apoyo a la integración social, seguimiento y soporte comunitario, así como apoyo y asesoramiento a las familias. Cuentan con una plantilla formada por un director, 2/3 psicólogos, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 3 educadores y aux. Admtivo.

## **2. Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)**

Son Centros dirigidos a las personas afectadas de enfermedades mentales crónicas que tienen dificultades específicas para su acceso al mundo laboral. Dichos Centros tienen como misión preparar a dichas personas para su inserción laboral y apoyarles en la búsqueda y mantenimiento de un puesto de trabajo en el mercado laboral. Ofrecen para ello diferentes programas y actividades encaminadas a su facilitar rehabilitación laboral y apoyar su inserción en el mundo laboral: orientación vocacional, capacitación y entrenamiento en hábitos laborales y de ajuste sociolaboral, apoyo a la formación profesional, apoyo para la inserción laboral, apoyo y seguimiento para el ajuste y mantenimiento del puesto de trabajo, así como otras actuaciones en materia de promoción de empleo. Cuentan con una plantilla formada por director, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 técnico de apoyo a la inserción laboral, 2/3 maestros de taller y aux admtvo.

## **3. Centros Residenciales: Alternativas residenciales comunitarias**

- a) *Mini-Residencias (MR)*: Son Centros residenciales de en torno a 20/30 plazas destinados a las personas afectadas de enfermedades mentales graves o crónicas y con deterioro en su autonomía personal y social. Proporcionan con carácter temporal o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo a la integración comunitaria, a las personas arriba citadas que no cuenten con apoyo familiar y social y/o que debido a su grado de deterioro psicosocial requieren los servicios de este tipo de centro residencial. Cuentan con una plantilla formada por director/psicólogo, 1 terapeuta ocupacional y educadores que cubrirán las 24 horas del día para asegurar el apoyo y supervisión continuado.
- b) *Pisos supervisados (PS)*: Constituyen un recurso comunitario de alojamiento y soporte social ubicado en pisos o viviendas en los que conviven varias personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica, con un suficiente nivel de autonomía y que no cuentan con apoyo familiar. Ofrecerán con carácter temporal o indefinido según las necesidades de cada caso: alojamiento, apoyo personal y social, apoyo a la rehabilitación e integración, así como una supervisión flexible y continuada. Cuanta con un equipo específico de educadores que ofrecen el apoyo y supervisión flexible necesario.
- c) *Pensiones concertadas supervisadas (PC)* : A través del concierto de plazas en Pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de enfermos mentales con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos intentado evitar procesos de marginación.

---

#### 4. Otros Recursos

— *Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI):*

Se trata de una iniciativa específica dirigida a aquellas personas con enfermedad mental crónica que se encuentran en una situación de marginación sin hogar. Básicamente se dirige a personas con trastornos mentales atendidos en el Centro de Acogida Municipal San Isidro ofreciendo programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario. Asimismo cuenta con varios pisos supervisados para facilitar su proceso de reinserción social. Este proyecto cuenta con un equipo específico formado por un coordinador, 1 psicólogo y 6 educadores.

Esta red de recursos específicos tiene como única vía de entrada, los Servicios de Salud Mental, con quienes trabajarán en estrecha colaboración y coordinación, así como con los Servicios Sociales Generales de las zonas en las que estén ubicados. Los recursos antes citados constituyen un abanico básico que por su polivalencia y flexibilidad pueden servir para atender a la mayor parte del colectivo de personas con trastornos mentales crónicos y que presentan problemáticas y necesidades de rehabilitación y soporte social.

#### **IMPLANTACIÓN DE LOS RECURSOS Y OBJETIVOS DE COBERTURA**

El Programa se había planteado inicialmente como criterio mínimo general para la implantación de la red de recursos antes reseñada, el que cada una de las 11 áreas sanitarias pudiera en principio, contar progresivamente con al menos:

- 1 Centro de Rehabilitación Psicosocial (80/90pl)
- 1 Centro de Rehabilitación Laboral (40/50 pl)
- 1 Mini-Residencia (20/25 pl)
- 4/5 Pisos Supervisados (4pl c/u)
- 4/5 plazas en Pensiones Concertadas (si hay disponibilidad de Pensiones en el Área)

Aunque no había criterios específicos reconocidos internacionalmente o acuerdos sobre los estándares de plazas idóneos sobre los recursos comunitarios de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario, desde el Programa se habían planteado en 1996 unos objetivos de cobertura a través de unos ratios de plazas por 100.000 habitantes de cada uno de los recursos del mismo. Para su estimación nos hemos basado en algunos estudios en otros países que ofrecen alguna indicación a esta línea. Así, por ejemplo, el documento o libro blanco publicado en 1981 y titulado "Better Services for Mentally Ill" elaborado por las autoridades sanitarias y sociales del Reino Unido, establecía una guía de plazas necesarias por cada 100.000 habitantes de los distintos recursos sociales y sanitarios básicos para la adecuada atención a esta población, en lo relativo a recursos sociales de rehabilitación y soporte social y de alojamiento y atención residencial establecían los siguientes estándares de plazas necesarias:

<i>TIPO DE RECURSOS</i>	<i>Nº de Plazas x 100.000 h.</i>
CENTROS DE DÍA	60 Plazas
RESIDENCIAS CON PERSONAL DE APOYO 24 H. (Staffed Homes)	6-10 Plazas
OTROS DISPOSITIVOS DE ALOJAMIENTO CON APOYO (Unstaffed Accommodation)	9-14 Plazas

Sobre esta base y reduciendo de un modo conservador estos ejemplos de estándares, desde el Programa se había estimado en 1996, tentativamente, como guía de mínimos de plazas para cada uno de los recursos diseñados, lo siguiente:

Recursos Sociales del Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica: Estándares de plazas x 100.000 habitantes (1996/1997).

<i>TIPO DE RECURSO</i>	<i>RATIO DE PLAZAS X 100.000 HAB.</i>		<i>N TOTAL APROXIMADO PLAZAS (*)</i>	
	<i>MÍNIMO</i>	<i>ÓPTIMO</i>	<i>MÍNIMO</i>	<i>ÓPTIMO</i>
<b>CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)</b>	15	30	750	1500
CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)	6	10	300	500
MINI-RESIDENCIA (MR)	6	10	300	500
PISO SUPERVISADO (PS)	6	10	300	500
PENSIONES CONCERTADAS SUPERVISADAS	1	2	50	100

(\*) Calculado sobre el censo de 1996: 5.022.289 habitantes en la CAM

Posteriormente, teniendo en cuenta la experiencia del Programa y el crecimiento de recursos del Programa en los últimos años, las necesidades sociales estimadas de la población, así como los estudios y propuestas de estimaciones de plazas realizados en distintos estudios ("Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad" AEN 2000) se ha planteado la necesidad de actualizar los estándares hacia unos ratios que se consideran razonables como guía para planificar y orientar el desarrollo de una red completa de recursos del Programa. Así hemos estimado, tentativamente, como nueva guía de ratios de plazas x 100.000 habitantes para cada uno de los recursos diseñados, lo siguiente:

## Actualización (2001) Estándares de Plazas de los Recursos del Programa

TIPO DE RECURSO	RATIO DE PLAZAS X 100.000 HAB.		N TOTAL APROXIMADO PLAZAS (*)	
	MÍNIMO	ÓPTIMO	MÍNIMO	ÓPTIMO
CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)	30	50	1.750	2.500
CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)	10	25	500	1.255
MINI-RESIDENCIA (MR)	10	20	500	1.000
PISO SUPERVISADO (PS)	6	10	300	500
PENSIONES CONCERTADAS SUPERVISADAS	1	2	50	100
TOTAL	57	107	3.100	5.355

(\*) Calculado sobre el censo de 1996: 5.022.289 habitantes en la CAM

En el caso de los Pisos supervisados y de las plazas en Pensiones se considera que, dada la experiencia existente, deberían articular su funcionamiento de un modo complementario a las MiniResidencias, de ahí que se plantee que la puesta en marcha de nuevos Pisos o en su caso nuevas plazas en Pensiones deba estar estrechamente vinculado a las nuevas Miniresidencias que se vayan poniendo en marcha y a las que sirvan de apoyo y complemento.

Aunque esta actualización de los ratios o estándares de plazas sigue teniendo un carácter provisional y tentativo, sí que sirve como guía razonable para establecer la programación de recursos y la cobertura de plazas a alcanzar como mínimo. En el siguiente cuadro se ilustra como quedaría la red completa de recursos del Programa teniendo en cuenta estos estándares actualizados de plazas. En el cuadro siguiente se incluyen los diferentes tipos de centros pero dado su carácter específico no se incluye el Proyecto PRISEMI de rehabilitación e inserción social de enfermos mentales crónicos sin hogar.

### SITUACIÓN ACTUAL DEL PROGRAMA Y PERSPECTIVAS

Desde 1988 hasta el momento actual, el Programa ha ido avanzando en la puesta en marcha de recursos aunque su desarrollo es aún insuficiente y desigual en relación a las necesidades existentes y a la planificación establecida. Durante el año 1998, 1999 y 2000 se ha producido un significativo incremento de recursos del Programa. La evolución y crecimiento del Programa producido en estos 3 últimos años se exponen en los siguientes cuadros, donde se resume el crecimiento de plazas y recursos experimentado por el Programa desde el año 1998.

## CUADRO RESUMEN RED DE RECURSOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA.

Estimación de la red completa y situación actual. Actualización 2001 estándares de ratios de plazas por cada recurso

TIPO DE RECURSO	FUNCIONES	SECTORIZACIÓN		Ratios/plazas x 100.000 h		Nº total plazas necesarias		Nº de Centros		Nº de Centros actualmente existentes (Dic. 2002)
		Min.	Opt.	Min.	Óptimo	Min.	Ópt.	Min.	Ópt.	
<b>CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reh. Psicosocial y Apoyo a la Int. social.</li> <li>- Activ. de día de apoyo y soporte social</li> <li>- Seguimiento comunitario</li> <li>- Apoyo a las familias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 CRPS por 2/3 Dist. (90 pl)</li> <li>1 CRPS por cada 250.000 h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 CRPS por cada Dist. (60 pl)</li> <li>1 CRPS por cada 150.000 h</li> </ul>	30	50	1.750	2.500	20/22	35	<b>9 CRPS (785 plazas)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRPS "Alcalá de H." (90 pl)</li> <li>- CRPS "La Elipa." (90 pl)</li> <li>- CRPS "Retiro" (85 pl)</li> <li>- CRPS "Los Cármenes" (90 pl)</li> <li>- CRPS "Mtez. Campos" (90 pl)</li> <li>- CRPS "Getafe" (90 pl)</li> <li>- CRPS "Vázquez de Mella" (90 pl)</li> <li>- CRPS "Arganda" (80 pl)</li> <li>- CRPS "Alcobendas" (80 pl)*</li> </ul>
<b>CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reh. Laboral</li> <li>- Apoyo a la inserción y mantenimiento laboral.</li> <li>- Contacto y coord. Mercado laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 CRL por cada 2/3 Área</li> <li>La capacidad de atención de un CRL será de 50 plazas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 CRL por cada Distrito</li> </ul>	10	25	500	1.255	11	20/25	<b>4 CRL (190 plazas)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRL "Nueva Vida" (50 pl)</li> <li>- CRL "V. de Mella" (50 pl)</li> <li>- CRL "Atap-Pedrezuela" (40 pl)</li> <li>- CRL "Getafe" (50 pl)*</li> </ul>
<b>MINI-RESIDENCIA (MR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alojamiento, manutención y apoyo rehábil</li> <li>- Atención flexible y polivalente: estancias cortas, medias y largas.</li> <li>- Superv. y apoyo 24 h.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 MR por cada Área o 3 Dtos. Dtos. como mínimo</li> <li>1 MR por cada 150.000 h. como óptimo</li> <li>La capacidad de atención de un MR será en torno a 25/30 usuarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 MR por cada Área o 3 Dtos. Dtos. como mínimo</li> <li>1 MR por cada 150.000 h. como óptimo</li> <li>La capacidad de atención de un MR será en torno a 25/30 usuarios</li> </ul>	10	20	500	1.000	20	40	<b>9 MR (180 plazas)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MR "Retiro" (22 pl)</li> <li>- MR "Carabanchel" (24 pl)</li> <li>- MR "Aravaca" (30 pl)</li> <li>- MR "Navalcarnero" (18 pl)</li> <li>- MR "Alpedrete" (15 pl)</li> <li>- MR "Cobaña" (10 pl)</li> <li>- MR "Alcobendas" (26 pl)*</li> <li>- MR "Getafe" (26 pl)*</li> </ul>
<b>PISOS SUPERV.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altern. estable y normalizado de alojamiento y apoyo</li> <li>- Superv. Flexible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4/5 pisos por Área</li> <li>Los Pisos han de complementar a la MR</li> <li>La capacidad de cada piso será de 4/5 plazas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 pisos por Dist.</li> </ul>	6	10	300	500	50	100	<b>10 pisos (41 plazas)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 piso supl (3 pl) en Vallecas.</li> <li>- 5 pisos (20 pl) cedidos por la Obra social de Caja Madrid.</li> <li>- 4 pisos (18 pl) del Proyecto PRISEMI</li> </ul>
<b>PENSIONES CONCERTADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alojamiento y cobertura neces. básicas.</li> <li>- Prev. marginación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4/5 pl por área por dist.</li> <li>Las pl. de pensiones complementan a MR y Pisos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 plazas por dist.</li> </ul>	1	2	50	100	50	100	<b>11 plazas concertadas en 3 Pensiones del Dist. Centro</b>
<b>TOTALES</b>				<b>57</b>	<b>107</b>	<b>3.100 pl</b>	<b>5.355 pl</b>			<b>1.207 plazas</b>

\* Estos son los 4 nuevos centros puestos en marcha a final de 2002

CUADRO: EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DEL PROGRAMA 1997/ 2001

<i>Recursos existentes</i>	<i>Total Recursos existentes en 1997</i>	<i>Incremento de plazas 1997/2001 En 2001</i>
- 5 CRPS (445 pl) - 1 CRL (40 pl) - 1 MR (22 pl) - 1 Piso sup (3 pl) - 11 plazas en 3 Pensiones - Proyecto PRISEMI (80 pl) <b>TOTAL PLAZAS PROGRAMA EN 1997: 601 PLAZAS</b>	- 8 CRPS (705 plazas) - 3 CRL (130 plazas) - 7 MR (128 plazas) - 6 Pisos superv (23 plazas) - 11 Plazas en 3 Pensiones - Proyecto PRISEMI (80 plazas) que incluye un equipo de rehab y apoyo y 4 pisos superv. específicos con 18 pl. TOTAL PLAZAS: 1077 en 32 recursos o dispositivos.	Desde el año 1998 hasta Enero 2001 se han puesto en marcha: - 3 nuevos CRPS (260 nuevas plazas) - 2 nuevos CRL (90 nuevas plazas) - 6 nuevas MR (106 nuevas plazas) - 5 nuevos Pisos superv (20 nuevas plazas)  Total nuevas plazas: 476
	<b>TOTAL PLAZAS 2001 en Centros y Recursos del programas: 1077 plazas</b>	<b>Incremento 1997/2001 476 nuevas plazas 79 % de crecimiento de plazas</b>

El importante crecimiento de recursos producido desde 1998 se refleja en el incremento presupuestario del Programa.

CUADRO RESUMEN COMPARATIVO COSTES DEL PROGRAMA 1997/2001.

<i>COSTE TOTAL 1997</i>	<i>COSTE TOTAL 1999</i>	<i>COSTE 2001</i>	<i>COSTE PREVISTO 2002</i>
402.750.273 PTS	724.354.818 PTS	1.001.718.148 PTS	COSTE TOTAL ANUAL PREVISTO AÑO 2002
		BALANCE 1997/2001	
		598.967.875 pts de aumento	1.042.612.650 pts
		148% de incremento	6.266.228 €

Asimismo podemos ver la evolución en el desarrollo del Programa desde 1997 mostrando la evolución en el nº total de usuarios atendidos anualmente.

CUADRO RESUMEN USUARIOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA 1997/2001.

<i>AÑO</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
Nº Total de Usuarios atendidos en los recursos del Programa	750	945	1435	1460	1607

En resumen, el Programa ha tenido un incremento muy importante desde 1998 tanto en nuevos recursos y plazas como también en presupuesto. A final del presente año 2002 el Programa ha puesto en marcha 4 nuevos centros con un total de 182 nuevas plazas. Pero el desarrollo del Programa aún resulta insuficiente y desigual y por tanto es preciso continuar avanzando en la ampliación de recursos que permita disponer de una red suficiente y bien distribuida territorialmente de recursos de apoyo social para la población enferma mental crónica.

PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL  
CRÓNICA

Cuadro Resumen de los Recursos existentes actualmente (Noviembre/Diciembre 2002)

Nº TIPO DE RECURSO	Nº PLAZAS	TOTAL PLAZAS
<b>9 CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)</b>	785 en total	CENTROS REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
<input type="checkbox"/> CRPS "Alcalá de Henares"	90	
<input type="checkbox"/> CRPS "La Elipa"	90	785
<input type="checkbox"/> CRPS "Retiro"	85	
<input type="checkbox"/> CRPS "Los Carmenes"	90	
<input type="checkbox"/> CRPS "Martínez Campos"	90	
<input type="checkbox"/> CRPS "Getafe"	90	
<input type="checkbox"/> CRPS "Vázquez de Mella"	90	
<input type="checkbox"/> CRPS "Arganda"	80	
<input type="checkbox"/> CRPS "Alcobendas"*	80	
<b>9 MINI-RESIDENCIAS (MR)</b>	180 plazas total	ALTERNATIVAS RESIDENCIALES
<input type="checkbox"/> MR "Retiro"	22	
<input type="checkbox"/> MR "Carabanchel"	24	
<input type="checkbox"/> MR "Aravaca"	30	214
<input type="checkbox"/> MR "Alcalá de Henares"	9	
<input type="checkbox"/> MR "Navalcarnero"	18	
<input type="checkbox"/> MR "Río Sil-Alpedrete"	15	
<input type="checkbox"/> MR "Ceteva-Cobeña"*	10	
<input type="checkbox"/> MR "Alcobendas"*	26	
<input type="checkbox"/> MR "Getafe"*	26	
<b>6 PISOS SUPERVISADOS (PS)</b>	23 plazas total	
<input type="checkbox"/> PS "Vallecas"	3	
<input type="checkbox"/> Pisos Sup. "Caja Madrid" (5 pisos) (1 Carabanchel, 1 Villaverde, 1 Latina, 1 Vallecas Villa y 1 Moratalaz).	20 (4pl c/u)	
<b>3 PENSIONES CONCERTADAS (PC)</b>	11 plazas total	
<input type="checkbox"/> Pensión "La Estrella"	4	
<input type="checkbox"/> Pensión "La Purísima"	4	
<input type="checkbox"/> Pensión "Mariano"	3	
<b>4 CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)</b>	190 plazas en total	CENTROS REHABILITACIÓN LABORAL
<input type="checkbox"/> CRL "Nueva Vida"	50	190
<input type="checkbox"/> CRL "Vázquez de Mella"	50	
<input type="checkbox"/> CRL "Afap-Pedrezuela"	40	
<input type="checkbox"/> CRL "Getafe"*	50	
<b>PROYECTO DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN SOCIAL DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS SIN HOGAR (PRISEMI)</b>	80 plazas en total	PRISEMI
- 1 Equipo de Rehabilitación y Apoyo en el Centro de Acogida San Isidro.		80
- 4 pisos supervisados (18 plazas)	18 pl. en pisos	
		<b>TOTAL PLAZAS RECURSOS Diciembre 2002</b>
		<b>1.269 PLAZAS</b>

\* Estos son los nuevos centros que serán puestos en funcionamiento al final del año 2002

PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL  
CRÓNICA.  
CUADRO RESUMEN GLOBAL RECURSOS EXISTENTES Y USUARIOS ATENDIDOS  
2001

TIPO DE RECURSO	CAPACIDAD	VINCULACIÓN	USUARIOS ATENDIDOS 2001	OBSERVACIONES
CRPS "ALCALA DE H."	90	PROPIO	143	
CRPS "LA ELIPA"	90	PROPIO	147	
CRPS "RETIRO"	85	CONCERTADO	123	
CRPS "LOS CARMENES"	90	PROPIO	131	
CRPS "MTNEZ CAMPOS"	90	PROPIO	132	
CRPS "GETAFE"	90	PROPIO	125	
CRPS "V. DE MELLA"	90	PROPIO	123	
CRPS "ARGANDA"	80	PROPIO	50	Abierto a final de diciembre de 2000, inicia la atención a usuarios en el año 2001
<b>TOTAL 8 CRPS</b>	<b>705 plazas</b>		<b>974</b>	
CRL "NUEVA VIDA"	40	CONCERTADO	64	
CRL "V. DE MELLA"	50	PROPIO	84	
CRL "AFAP-PEDREZUELA"	40	CONCERTADO	35	Abierto a final de diciembre de 2000, inicia la atención a usuarios en el año 2001
<b>TOTAL 3 CRL</b>	<b>130 plazas</b>		<b>183</b>	
MR "RETIRO"	22	CONCERTADA	71 (60)	
MR "CARABANCHEL"	24	PROPIA	87 (72)	
MR "ARAVACA"	30	CONCERTADA	62 (58)	A final de diciembre se concertan 5 nuevas plazas con lo que pasa de 25 a 30 plazas
MR "1º DE MAYO-ALCALA DE HENARES"	9	CONCERTADA	43 (36)	
MR "NAVALCARNERO"	18	CONCERTADA	46 (45)	
MR "RIO SIL-ALPEDRETE"	15	CONCERTADA	28 (25)	Concertada a final de diciembre de 2000, inicia la atención a usuarios en el año 2001
MR "CETEVA-COBEÑA"	10	CONCERTADA	15 (15)	Concertada a final de diciembre de 2000, inicia la atención a usuarios en el año 2001
<b>7 MR</b>	<b>128</b>		<b>352 (311)*</b>	
1 PISO SUPERV "VALLECAS" concertado HH.HOSP.	3	CONCERTADO	5	
5 PISOS SUPERVISADOS CEDIDOS POR CAJA MADRID	20	PROPIOS	18	
<b>6 PISOS SUPERVISADOS</b>	<b>23</b>		<b>23</b>	
<b>3 PENSIONES CONCERTADAS</b>	<b>11</b>	<b>CONCERTADO</b>	<b>15</b>	
<b>PROYECTO PRISEMI</b>				
- Equipo específico de rehabilitación y apoyo en el Centro de Acogida S. Isidro	80	PROPIO	60	(15 de ellos viven o han vivido en los 4 pisos sup. del Proyecto)
- 4 pisos supervisados (18 plazas)				
<b>TOTALES</b>	<b>1077</b>	<b>1607</b>		

\* En el caso de las MR se distingue entre nº total de atenciones realizadas en el año y nº de usuarios diferentes que han recibido atención (que se indica entre paréntesis) dado que una misma persona puede haber entrado y salido de la MR varias veces a lo largo del año

---

El conjunto de recursos existentes y los datos de atención de los mismos se han resumido en los dos cuadros anteriores. En general se puede afirmar que se trata de un Programa que aún debe ampliar y completar su desarrollo, pero que ha demostrado su relevancia y eficacia y también su eficiencia en cuanto a los costes. Asimismo, el funcionamiento de los recursos se ha caracterizado por su coordinación fluida y su colaboración con los Servicios de Salud Mental de referencia, asegurando con ello la necesaria complementariedad entre ambos recursos y la continuidad de cuidados en la atención comunitaria al enfermo mental crónico. La coordinación con los Servicios de Salud Mental se ha articulado tanto a través de las Comisiones de Rehabilitación de área como en la coordinación continua con cada distrito. En la misma línea se ha producido la colaboración y coordinación con servicios sociales generales y otros recursos comunitarios (Centros Sociales, Centros Juveniles, Escuelas de Adultos, Polideportivos, Cursos de Formación Ocupacional, etc.), avanzando así en la normalización del proceso de rehabilitación de los usuarios y en su progresiva integración social.

Si tenemos en cuenta los recursos actualmente existentes, las ratios de plazas x 100.000 hb, de los principales recursos del Programa (CRPS; CRL y MR) son actualmente las siguientes:

- Hay una ratio media de 22 plazas x 100.000 hb de CRPS
- Hay una ratio media de 4,5 plazas x 100.000 hab de CRL
- Hay una ratio media de 3,5 plazas x 100.000 hab de MR

Como se advierte, aún se esta en una situación de insuficiencia en relación a las ratios mínimas de plazas x 100.000 hb establecidas como guía mínima de planificación por el Programa. Continuando el necesario crecimiento del Programa se prevé que para el final de este año 2002 se pondrán en marcha 4 nuevos recursos con un total de 182 nuevas plazas. Así se pondrán en marcha 2 nuevas MiniResidencias de 26 plazas cada una en los municipios de Getafe y Alcobendas, junto con un nuevo Centro de Rehabilitación Psicosocial en Alcobendas (80 pl) y un nuevo centro de Rehabilitación Laboral en Getafe (50 pl). Con la puesta en marcha de estos nuevos recursos a final de 2002, el programa pasaría de las actuales 1.077 plazas a un total de 1.269 plazas.

A pesar de los esfuerzos y avances realizados, el desarrollo del Programa es aún insuficiente, y se hace necesario continuar la implantación de los recursos citados en todas las áreas de la Comunidad de Madrid. Es necesario enfatizar la necesidad de potenciar los esfuerzos técnicos y financieros para poder avanzar en la mejora de la atención y la calidad de vida de esta población y en la implantación, en coordinación y complementariedad con los servicios sanitarios y de salud mental, de una red comprensiva de servicios comunitarios que permitan su efectiva integración social. La atención comunitaria y la integración de las personas con enfermedad mental crónica son un reto de todos y de un modo muy importante también de los servicios sociales.

## **LA EXPERIENCIA DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)**

Como se ha indicado, a pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la

---

atención de salud mental, muchos de las personas que sufren esquizofrenia u otras psicosis presentan variados déficit y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria. Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad, y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares

La Comunidad de Madrid, desde la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Servicios Sociales, está desarrollando, desde su actual Servicio de Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad, el *Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica* cuya misión consiste en desarrollar una gama de recursos sociales específicos para apoyar la rehabilitación e integración social de la población enferma mental crónica. Entre los recursos que se han diseñado y se están implantando se incluyen: Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, así como distintas alternativas residenciales comunitarias: MiniResidencias, Pisos supervisados y Pensiones concertadas. Esta red de recursos del Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica, trabaja en estrecha coordinación y complementariedad con los servicios de salud mental encargados del tratamiento y seguimiento psiquiátrico y que son los encargados de la derivación de usuarios a los distintos recursos del citado programa

Para atender el ámbito de intervención de la Rehabilitación Psicosocial, soporte social y apoyo a la integración sociocomunitaria, el Programa ha diseñado un tipo de recurso denominado "*Centro de Rehabilitación Psicosocial*" (CRPS). A continuación sintetizaremos las principales características y actividades que se desarrollan en un Centro de Rehabilitación Psicosocial para apoyar a personas con enfermedades mentales crónicas en la mejora de su autonomía y funcionamiento psicosocial y en su mantenimiento e integración comunitaria.

Este documento técnico busca ofrecer de un modo sintético y práctico la metodología y contenidos principales de los programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario con personas enfermas mentales graves y crónicas. Para ello se basa en la experiencia que vienen desarrollando los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica, por lo que como contexto general resulta relevante explicitar cuáles son las principales características, funciones y actividades de este tipo de recursos.

## **CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS): DEFINICIÓN Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS**

*Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)* son un recurso específico de servicios sociales especializados, un tipo de Centros de Día destinados a las personas con enfermedades mentales crónicas para ayudarles a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Así como apoyar y asesorar a sus familias. Su capacidad de atención se sitúa entre 80/90 usuarios.

---

Los CRPS trabajan en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental encargados de la atención psiquiátrica y seguimiento de estas personas, así como con los Servicios Sociales Generales y con los recursos sociocomunitarios normalizados para favorecer la integración de los usuarios atendidos.

Los CRPS tienen las siguientes *funciones*:

- Desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial individualizados e integrales que favorezcan y posibiliten la adquisición o recuperación y utilización de aquellas habilidades y competencias personales y sociales que cada uno de los usuarios requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio familiar y social.
- Posibilitar el mayor grado posible de ajuste e integración social de cada usuario en su entorno comunitario ofreciéndole el apoyo y soporte social flexible que necesite durante el tiempo que necesite. Así como posibilitar el mantenimiento del nivel de autonomía y funcionamiento psicosocial alcanzado ofreciéndole el seguimiento, apoyo comunitario y el soporte social necesario.
- Ofrecer actividades de día de apoyo y soporte social (culturales, sociales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.) para facilitar la estructuración de la vida cotidiana y ofrecer el soporte social que los usuarios puedan necesitar, especialmente con aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación..
- Apoyar, asesorar y entrenar a las familias tanto individualmente como a través de programas de psicoeducación, de manera que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas de cuidado, comunicación y convivencia con su familiar enfermo mental crónico, así como promover su implicación y colaboración activa en el proceso de rehabilitación e integración social de su familiar. Se apoyará asimismo el desarrollo de asociaciones y grupos de auto-ayuda entre las familias.
- Apoyar, colaborar y coordinarse con los Servicios de Salud Mental de referencia y con los Servicios Sociales Generales para favorecer y articular una atención integral a los usuarios que posibilite procesos de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario ajustados a las necesidades de cada usuario.
- Apoyar y coordinarse con los recursos socio-comunitarios en los que puedan participar los usuarios o que puedan ser útiles de cara a su integración social de acuerdo con el principio de normalización.
- Apoyar, colaborar y coordinarse con otros recursos del Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales, que existan o se creen en la zona cubierta por el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

## **POBLACIÓN DIANA: CARACTERÍSTICAS GENERALES**

Los CRPS tienen como población diana a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresivas, trastornos paranoides, otras psicosis, etc.) que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social normalizada y necesitan un apoyo específico y estructurado para avanzar en su rehabilitación e integración en la comunidad.

---

El perfil general de la población a atender en los CRPS es el siguiente:

- Personas, de edad entre 18 y 65 años de ambos sexos, con enfermedades mentales graves y crónicas que presenten deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.
- Estar siendo atendido y ser derivado desde uno de los Servicios de Salud Mental del área o distritos sanitarios de referencia asignadas al Centro.
- Estar en una situación psicopatológica estabilizada y por tanto no estar en una situación de crisis psiquiátrica.
- No presentar patrones comportamentales agresivos o peligrosos para si mismo o para los demás, ni problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el Centro.

## **OBJETIVOS**

La organización y funcionamiento de los CRPS busca servir a la consecución de los siguientes Objetivos generales:

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.
- Potenciar y apoyar su integración social facilitando el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Ofrecer apoyo, asesoramiento y formación a las familias.
- Apoyar, colaborar y coordinarse con los Servicios de Salud Mental de referencia, Servicios Sociales Generales y otros recursos sociocomunitarios para favorecer y articular una atención integral que posibilite procesos de rehabilitación y apoyo comunitario ajustados a las necesidades de cada usuario.

## **ÁREAS DE ACTUACIÓN Y ACTIVIDADES DE LOS CRPS**

La atención que se presta en los CRPS se organiza en torno a las siguientes áreas de actuación en las que se desarrollan diferentes actividades:

— *Programas individualizados de Rehabilitación Psicosocial y apoyo a la Integración Social:* se ofrecen diferentes actividades de entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades para ayudar a estas personas a mejorar su autonomía y nivel de funcionamiento en las distintas áreas de la vida personal y social, orientándose siempre a favorecer y apoyar su integración en su entorno comunitario y potenciando el desempeño de roles sociales normalizados. Para ello se trabaja entre otras cosas, apoyando el uso de recursos sociocomunitarios y el desarrollo de redes sociales de apoyo.

---

Las principales áreas de intervención son las siguientes:

- Autocuidado (aseo e higiene personal, vestido, hábitos saludables)
- Psicomotricidad.
- Actividades de la vida diaria (manejo de la vivienda, hábitos domésticos, manejo social, uso de transportes, realización de tramites, manejo del dinero, etc.)
- Psicoeducación (conocimiento y manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento, autoadministración de la medicación, factores de riesgo, prevención de recaídas, etc.)
- Autocontrol y manejo del estrés.
- Habilidades sociales.
- Déficit cognitivos.
- Ocio y tiempo libre.
- Integración comunitaria (uso de recursos sociocomunitarios, promoción y desarrollo de redes sociales, etc.).
- Orientación laboral y apoyo a la inserción en el mundo laboral
- Apoyo a la integración social y soporte comunitario.
- Seguimiento en la comunidad

— *Actividades de Apoyo y soporte social*: el desarrollo del proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social, arriba indicado, se llevará a cabo, además, sin perder de vista las necesidades de apoyo y soporte social específicas de cada usuario asegurando su adecuada atención tanto dentro como fuera del centro, especialmente con aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación. Para lo cual se organizarán y promoverán un abanico de *actividades de día de apoyo y soporte* (sociales, culturales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.) que sirvan de contexto de socialización y estructuración de la vida cotidiana, así como de apoyo y soporte para los usuarios que lo puedan necesitar, especialmente aquellos con mayores niveles de deterioro y dificultades de integración. Estas actividades se desarrollarán tanto dentro como fuera del centro optimizando, de acuerdo al principio de normalización, el uso de recursos sociocomunitarios y la implicación y potenciación de las redes sociales comunitarias, así como trabajando en estrecha coordinación con los programas de rehabilitación y seguimiento de los Servicios de Salud Mental de referencia.

— *Seguimiento y apoyo comunitario*: una finalizado el proceso específico de rehabilitación y/o alcanzados los principales objetivos establecidos en el plan individualizado de cada usuario, los CRPS desarrollan un proceso flexible de seguimiento y apoyo comunitario que asegure el mantenimiento del nivel de funcionamiento e integración alcanzado, con especial énfasis en aquellos usuarios con mayores dificultades o dependencia ofreciéndoles el apoyo necesario a través de actividades de soporte social en el propio centro y en el entorno comunitario. Este seguimiento, apoyo comunitario y soporte, se desarrolla desde los CRPS trabajando en estrecha colaboración con los Servicios de Salud Mental de referencia y con los Servicios Sociales generales, así como optimizando el uso de recursos sociocomunitarios normalizados.

- *Apoyo a las Familias*: se ofrecerá a través de:
- Apoyo y asesoramiento individualizado con cada familia de cada usuario.
- Programas grupales de “Escuela de Familias” en los que se ofrece información, psicoeducación y formación en estrategias prácticas de manejo, comunicación y

---

solución de problemas. Su objetivo es enseñarles los conocimientos y habilidades necesarias para entender la problemática de la enfermedad mental, mejorar la convivencia y apoyar positivamente el proceso de rehabilitación de su familiar enfermo mental crónico.

- Apoyo al desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones de familiares.

## **PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN LOS CRPS**

La atención que se ofrezca en los CRPS debe tener siempre presente la necesidad de trabajar con una visión global del usuario y de su entorno así como de su problemática, demandas, y posibilidades, y actuar siempre desde una orientación de rehabilitación comunitaria comprometida en el apoyo, de un modo relevante, a cada persona (de acuerdo a sus necesidades y posibilidades) para la mejora de su autonomía y de su funcionamiento psicosocial y para ayudarlo a alcanzar el mayor grado posible de integración y calidad de vida en su entorno social. Con cada usuario, por tanto, se desarrollará un proceso individualizado e integral de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario encaminado a favorecer la adquisición o recuperación del mayor grado posible de autonomía personal y social y a asegurar su mantenimiento en el entorno comunitario en las mejores condiciones posibles de normalización y calidad de vida promoviendo y potenciando su integración social.

El proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario se organiza de un modo flexible, continuado y progresivo adaptándose a las características, problemáticas y necesidades específicas de cada usuario y de su entorno socio-comunitario concreto. Y se desarrolla a través de un proceso articulado esquemáticamente en 3 fases estrechamente relacionadas: Evaluación, Intervención y Seguimiento, que no deben entenderse ni ejecutarse de un modo consecutivo rígido sino más bien como diferentes momentos en el proceso global de atención, intervención y apoyo.

Desde los CRPS se trabaja activa y específicamente para asegurar el adecuado *enganche* de los usuarios que les sean derivados desarrollando para ello las actividades que resulten pertinentes (información, acogida, asesoramiento, acompañamiento, visitas a domicilio, apoyo social, etc.), buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de rehabilitación y apoyo comunitario.

La *evaluación* ha de ser una pieza clave de todo el proceso de rehabilitación, no sólo en el momento inicial sino a lo largo de todo el proceso de intervención y seguimiento. Se desarrollará una evaluación funcional conductual y social que permita conocer de un modo global las características, problemáticas, dificultades y habilidades que presenta el usuario en las diferentes áreas del funcionamiento personal y social así como sus demandas, objetivos y expectativas; asimismo se tratará de conocer las características, exigencias, posibilidades y demandas de su medio familiar y social. La evaluación no deberá realizarse, de un modo rígido, sólo como una fase previa a la intervención sino que deberá articularse como una dimensión esencial de todo el proceso de intervención guiando, orientando y sirviendo de criterio de reajuste de las diferentes estrategias de intervención y apoyo. La metodología de evaluación en los CRPS se servirá de cuantos métodos o instrumentos (entrevistas, cuestionarios, escalas, observación en contextos naturales,

---

etc.) resulten útiles y relevantes de acuerdo a las características del usuario y su medio y a los objetivos del proceso de rehabilitación psicosocial. En el desarrollo de la evaluación participan específicamente el psicólogo y el trabajador social del equipo del Centro, pero contarán con la colaboración activa del resto de los profesionales.

El proceso de intervención se estructura a través del diseño de un *plan individualizado de rehabilitación* que establecerá de un modo concreto y relevante los objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de trabajo dentro del proceso global de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario de cada usuario, así como articulará el tipo de intervenciones a desarrollar. Este plan deberá realizarse por escrito y ser presentado y consensuado con el usuario y su familia. El psicólogo responsable de cada usuario deberá enviar por escrito al Servicio de Salud Mental de referencia un informe donde se resuma la evaluación realizada y se especifique el plan individualizado de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario propuesto. Todo ello sin perjuicio de cuantos contactos personales o telefónicos se realicen para una adecuada coordinación. En esta línea, se enviará copia también de los informes periódicos que se realicen para valorar el proceso de rehabilitación que esté realizando el usuario. Cada usuario tendrá asignado un “tutor” que será su profesional de referencia, encargándose de la supervisión y coordinación global de todas las actividades implicadas en su plan individualizado, de las intervenciones individuales necesarias, de su seguimiento así como de las actuaciones de apoyo y asesoramiento puntual a la familia.

La *intervención* se realizará utilizando diferentes estrategias tanto con el usuario (psicoeducación, entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades, orientación y asesoramiento, acompañamiento y apoyo social, actividades de soporte social, etc.), con su familia (asesoramiento, psicoeducación, entrenamiento en habilidades de comunicación, manejo y solución de problemas, desarrollo de grupos de autoayuda y promoción del asociacionismo) como con (y en) el entorno social en el que vive o puede vivir el usuario (información, apoyo comunitario, utilización y coordinación de recursos socio-comunitarios, ampliación y mejora de las redes sociales de apoyo, soporte social, etc.). Todas estas estrategias de intervención se irán combinando y organizando específicamente de acuerdo a las características y necesidades de cada usuario a través de su plan individualizado de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario, con el fin primordial de mejorar su autonomía y competencia personal y social y de posibilitar y avanzar en su integración social normalizada, ofreciéndole el apoyo necesario para optimizar su nivel de funcionamiento y desempeño psicosocial y su mantenimiento en la comunidad. La intervención se realizará tanto de un modo individual como en grupos teniendo en cuenta lo establecido en el plan individualizado de rehabilitación de cada usuario. Asimismo y en la medida de lo posible se lleva a cabo en los diferentes contextos reales de la vida cotidiana y comunitaria del usuario o, si ello no fuera factible, se programará la generalización a las situaciones reales en las que el usuario presenta problemas o dificultades, de los aprendizajes o resultados de las intervenciones realizadas.

Los CRPS funcionan en régimen de atención diurna en jornada partida de mañana y tarde. Los usuarios asisten al CRPS en función de sus objetivos y necesidades de

acuerdo a su plan individualizado de rehabilitación. Asimismo la duración de la estancia será variable ajustada a las necesidades de cada caso. Recordar que el acceso a un CRPS se realiza siempre a través de la derivación desde el SSM de cada distrito de referencia que son los responsables del tratamiento y seguimiento psiquiátrico de los usuarios.

### **EQUIPO PROFESIONAL DE LOS CRPS**

Los CRPS cuentan con un equipo multiprofesional específico compuesto por: un director, 2/3 psicólogos, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 3/4 educadores y 1 auxiliar administrativo.

**CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS):** Resumen de datos de atención y valoración de la experiencia de los CRPS.

El Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica lleva desde 1989 desarrollando y poniendo en funcionamiento Centros de Rehabilitación Psicosocial

Actualmente están en funcionamiento 8 CRPS con un total de 705 plazas que el pasado año 2001 atendieron a 974 usuarios.

### **DATOS GLOBALES ATENCIÓN 2001 CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)**

<i>DENOMINACION</i>	<i>PLAZAS</i>	<i>USUARIOS 2001</i>	<i>VINCULACION</i>
CRPS "ALCALA DE HENARES"	90	143	PROPIO
CRPS "RETIRO"	85	123	CONCERTADO
CRPS "MARTINEZ CAMPOS"	90	132	PROPIO
CRPS "LOS CARMENES"	90	131	PROPIO
CRPS "LA ELIPA"	90	147	PROPIO
CRPS "VAZQUEZ DE MELLA"	90	123	PROPIO
CRPS "GETAFE"	90	125	PROPIO
CRPS "ARGANDA DEL REY" *	80	50	PROPIO
<b>8 CRPS</b>	<b>705</b>	<b>974</b>	

\* A finales de diciembre de 2000 se puso en marcha 1 nuevo CRPS en Arganda del Rey por lo que la atención a usuarios no se inicio hasta principios de 2001

En el siguiente cuadro resumimos la sectorización de los CRPS existentes a mediados de 2001, sin incluir el nuevo CRPS que al final del año se pondrá en marcha en Alcobendas.

CUADRO RESUMEN GLOBAL SECTORIZACIÓN DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS) DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA. Julio 2002

<i>Recurso CRPS</i>	<i>Sectorización- Áreas Sanitarias de Salud Mental de Referencia</i>	<i>Media de plazas de CRPS por 100.000 hab</i>
<b>CRPS"ARGANDA" (80 pl)</b>	40/50 plazas para Dto de Arganda (88.198 hab) del ÁREA 1 y el resto como apoyo al resto de distritos del Área 1 (Vallecas, Moratalaz y Retiro)	40 Pl x 100.000 hab
<b>CRPS "GETAFE" (90 pl)</b>	- ÁREA 10: (249.045 hb.) Getafe (143.153 hb.) Parla (105.892 hb) TOTAL POBLACIÓN: 249.045 hb	37 Pl x 100.000 hab.
<b>CRPS "VAZQUEZ DE MELLA" (90 pl.)</b>	- ÁREA 7 (menos do de Chamberí) Centro (122.615 hb.), Latina (255.741 hb) - Arganzuela (114.700 hb) del AREA 11 TOTAL POBLACIÓN: 493.056 hb	18 Pl x 100.000 hab.
<b>CRPS "ALCALA DE HENARES" (90 pl)</b>	- ÁREA 3 (269.734 hb) Alcalá H. (180.913 hb) y Torrejón (88.821 hb) - Dto de Coslada (124.963 hb) del ÁREA 2 TOTAL POBLACIÓN: 394.697 hb	22 Plz x 100.000 hb
<b>CRPS "LA ELIPA" (90 pl)</b>	- ÁREA 4: (507.409 hab) Ciudad Lineal (213.705 hb), San Blas (119.395 hb) Hortaleza (140.517 hb) y Barajas (33.792 hb.)	18 Plz x 100.000 hb
<b>CRPS "RETIRO" (85 pl.)</b>	-ÁREA 1 Menos Dto de Arganda: Retiro (120.445 hb.), Vallecas (285.265 hb.) Y Moratalaz (146.792 hb) TOTAL POBLACIÓN: 552.502 hb	15 Plz x 100.000 hb
<b>CRPS "MTNEZ CAMPOS" (90 pl.)</b>	- AREA 6 (420.747 HB.) Moncloa (106.802hb.), Collado-V. (135.120hb.) y Majadahonda (178.825hb.) - Chamberi (144.889 hb.) del AREA 7 TOTAL POBLACIÓN: 565.636 hb	16 Plz x 100.000 hb
<b>CRPS " LOS CARMENES" (90 pl.)</b>	- AREA 11 (menos dto de Arganzuela) Carabanchel (217.868 hb.),Usera (113.706 hb.) Villaverde (123.476 hb.) y Aranjuez (95.392 hb.) TOTAL POBLACIÓN: 550.442 hb	16 Plz x 100.000 hb
<b>TOTAL 8 CRPS (705 Plazas)</b>	TOTAL POBLACIÓN ATENDIDA EN LAS 9 AREAS DE REFERENCIA PARA LOS 8 CRPS: 3.393.214 HB. MEDIA GENERAL	21 PL. X 100.000 HB

\* A final de 2002 se pondrá en marcha un nuevo CRPS en Alcobendas con lo que el Programa contará con un total de 9 CRPS con 785 pl.

Asimismo a continuación sintetizamos el movimiento asistencial producido en el pasado 2001 en los 8 CRPS del Programa:

**DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN Y MOVIMIENTO DE USUARIOS 2001 EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS) DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA.**

DATOS 2001 USUARIOS		8 CENTROS DE REH. PSICOSOCIAL
Atendidos en el año 2001		<b>974</b>
ENTRADAS		<b>243</b>
-inician	218	
-reinician	25	
SALIDAS		<b>216</b>
- Altas (1)	89	
- Bajas (2)	56	
-Abandonos (3)	71	
Atendidos a 31/12/2001		<b>758</b>

(1) **ALTA:** Usuario que sale del centro por cumplimiento de los objetivos previstos.

(2) **BAJA:** Usuario que sale del centro sin haber cumplido los objetivos debido a diferentes motivos: traslado de domicilio, derivación a otro recurso, no adecuación al centro, fallecimiento, etc.

(3) **ABANDONO:** Usuario que deja de asistir al centro sin haber cumplido objetivos, por decisión propia o de la familia.

Como se resume en el cuadro anterior, a lo largo de todo el año 2001 fueron atendidos un total de 974 usuarios. Durante el año 2001 entraron en los 8 CRPS, es decir iniciaron su atención e intervención, un total de 243 usuarios, de los cuales 218 fueron inicios de casos nuevos y 25 fueron reinicios (usuarios que ya habían estado anteriormente en atención en el centro). En cuanto a las salidas, un total de 216 usuarios dejaron de ser atendidos en los 8 CRPS en el pasado año 2001, de los cuales 89 fueron dados de alta por haber cumplido los objetivos previstos, 56 fueron bajas por otros motivos (traslado de domicilio, no adecuación al recurso, etc.) y un total de 71 abandonaron la atención por decisión propia o de sus familias.

Las características sociodemográficas y clínico-psiquiátricas de los usuarios atendidos en los 8 CRPS, aunque tienen variaciones entre ellos, presentan un patrón muy similar que permite establecer *un perfil tipo de usuario de CRPS* que tendrían las siguientes características generales:

- Mayoritariamente varones (en torno al 70 %)
- Con una edad media entre 30/35 años.
- Solteros (en torno al 85/90%)
- Viven fundamentalmente en el domicilio familiar con sus padres
- El nivel socioeconómico familiar es medio-bajo (50%) y bajo (20%)
- Con un nivel de estudios de EGB o equivalente a la actual ESO en su mayoría (50/60%)
- Con bajos niveles de cualificación profesional; en torno al 30% sin profesión.
- Más de la mitad tiene ingresos económicos propios que en su mayoría ascienden a un importe mensual de entre 240 y 360. y que suelen proceder de Pensiones (Pensiones No Contributivas y Pensiones contributivas de la Seg. Social)

- 
- En torno al 40/ 50 % de los usuarios tienen Certificado de Minusvalía.
  - En cuanto al diagnóstico, la gran mayoría (70 %) presenta Esquizofrenia en sus distintas formas, siendo de tipo paranoide en torno a 50%.
  - La evolución media de la enfermedad oscila entre los 7 y los 10 años.. Desde el inicio del trastorno hasta la derivación y acceso al CRPS suelen pasar una media de en torno a 6/7 años
  - Se sitúa en 3 la media de hospitalizaciones que los usuarios han tenido a lo largo de su evolución.

La organización de la atención en los CRPS se organiza de un modo muy flexible combinando actividades grupales con intervenciones y seguimientos individualizados siempre sobre la base del plan individualizado establecido con cada usuario atendido y orientando hacia el logro del máximo nivel de autonomía y funcionamiento en el entorno que en cada caso sea posible.

Un CRPS se conforma no tanto como un fin en sí mismo sino sobre todo como un medio, como un espacio de apoyo y una ocasión para ayudar y acompañar a cada usuario en la mejora de su funcionamiento psicosocial y en su desenvolvimiento normalizado en la comunidad ofreciendo siempre el apoyo y soporte que cada caso requiera.

La duración de la estancia o mejor dicho del proceso de atención, intervención y apoyo que recibe cada usuario en un CRPS es muy variable y muy flexible, pero en general podemos indicar que es un proceso largo que en muchos de los casos supone una estancia de más de tres años. Lo que varía es el tipo de intervención y su intensidad en función del momento y de las circunstancias del usuario y de los logros y objetivos a alcanzar establecidos en su plan individualizado de rehabilitación. Ofreciendo, en todo caso, el apoyo que cada usuario necesita, potenciando, asimismo, el uso de recursos comunitarios y el desempeño de roles y actividades normalizadas que promueva la mejora de su autonomía y su participación activa e integrada en la comunidad.

La experiencia de más de 10 años desarrollando y funcionando los CRPS, nos permiten afirmar que se trata de un recurso útil y relevante en el marco de la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y crónica, y que ha demostrado su eficacia en relación a distintos aspectos e indicadores: los usuarios atendidos mejoran su nivel de funcionamiento personal y social, aumentan su participación y la utilización de recursos sociocomunitarios (culturales, formativos de ocio, deportivos, etc.), incrementan sus relaciones sociales y su red social, se reduce la ansiedad y la sobre carga familiar, se reduce drásticamente la tasa de recaídas y de hospitalizaciones psiquiátricas, aumenta la adherencia a los tratamientos y la conciencia y manejo de la enfermedad, etc.

Todo estos datos y la experiencia acumulada nos permiten asegurar que los CRPS son un recurso eficaz y necesario que contribuye a mejorar la autonomía y nivel de funcionamiento de los usuarios atendidos y que les ayuda a mejorar su calidad de vida y su participación e integración en la comunidad.

Asimismo de acuerdo a los datos que tenemos, los usuarios muestran un alto nivel de satisfacción con la atención y el trato dispensado en los CRPS. Desde hace varios años en cada CRPS se viene evaluando el nivel de satisfacción mediante una escala

---

de satisfacción elaborada al efecto (López, A, 1994) y que a través de 14 ítems mide, mediante una escala tipo "likert" de 1 (nada) a 6 (muy satisfecho), la satisfacción en los distintos aspectos desde el trato dispensado por los profesionales, hasta las instalaciones y que se pueden agrupar en 3 grandes factores: I satisfacción con los profesionales (estilo de atención, trato, interés y apoyo), II Satisfacción con la Intervención (actividades, objetivos, frecuencia, etc.) y III Satisfacción con las Instalaciones (limpieza, espacios, accesibilidad, etc.). Pues bien la satisfacción de los usuarios de los CRPS en los distintos centros es muy alta, con una media de mas de 5 puntos.

En conclusión, los problemas y dificultades de autonomía, funcionamiento e integración que sufren muchas de las personas con enfermedades mentales graves y crónicas exigen el desarrollo de adecuados programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que les ayuden a recuperar el máximo nivel de autonomía y desempeño psicosocial y les ofrezcan el apoyo necesario para el desarrollo de itinerarios individualizados de inserción sociocomunitaria. La rehabilitación psicosocial es un componente esencial en el marco de una atención integral a esta población y clave para facilitar la mejora de su calidad de vida e integración en el entorno comunitario de este colectivo.

Dado que la rehabilitación psicosocial se conforma como un componente básico para compensar las discapacidades y mejorar la autonomía y funcionamiento personal y social de muchos enfermos mentales crónicos, es esencial que se conozcan y divulguen los componentes fundamentales de este campo.

Con este objetivo en el presente documento técnico se ofrecen los fundamentos teóricos y metodológicos y se describen los programas básicos que han de conformar un adecuado proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo para este colectivo; tomando como base la experiencia desarrollada en el trabajo de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) del Programa de Atención Social a persona con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad.



---

## **CAPÍTULO 3: EL CAMPO DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y ESTILO DE ATENCIÓN**

*Autor: Juan Ignacio Fernández Blanco  
Psicólogo C.R.P.S. Alcalá de Henares*

### **1. ¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL?**

Históricamente se puede considerar la rehabilitación psicosocial como resultante de la colisión de dos modelos antagónicos de atención a las personas con enfermedad mental crónica. El modelo institucionalista o manicomial, dominante hasta la década de los sesenta, y el modelo comunitario que desde entonces a hoy ha ido consolidándose como hegemónico.

El modelo institucionalista, para decirlo con pocas palabras, es un modelo ideológicamente estructurado en función de principios tales como el paternalismo, lo asilar y lo custodial, que organiza todas sus praxis en torno al manicomio u otras formas más modernas de institucionalización y propende por ello a la segregación manifiesta o encubierta del que sufre un trastorno mental.

El modelo comunitario, para decirlo también en pocas palabras, es un modelo estructurado acorde al principio ideológico de la normalización, que hace pivotar todas sus praxis en la comunidad y persigue la integración autónoma y competente del que sufre un trastorno mental en su entorno social y familiar. Tal integración no sería posible ni concebible, al margen de lo que desde hace décadas se ha ido dando en llamar rehabilitación psicosocial.

La reforma psiquiátrica, como cobertura ideológica y política del modelo comunitario, difícilmente puede ser llevada a término si no incluye, junto a la prevención y a la intervención clínica, la rehabilitación psicosocial. Este modelo de atención integral, para dar respuesta al carácter biopsicosocial de las problemáticas psiquiátricas severas y crónicas, necesariamente ha de ofertar prestaciones que aborden esas tres dimensiones (biológica, psicológica y social).

La rehabilitación psicosocial se propone, entonces, como una de esas prestaciones básicas y se define como un proceso integral e individualizado en el que se conjugan estrategias complejas, y diversas prácticas psicológicas y sociales debidamente estructuradas y sistematizadas. Pretende enseñar o recuperar (rehabilitar) en las personas afectadas por este tipo de problemáticas, las habilidades físicas, emocionales e intelectuales que les capaciten para vivir, aprender y trabajar en su propio ambiente particular (Anthony y Nemeck, 1984).

“La rehabilitación psicosocial debe apoyarse en una concepción amplia y globalizadora de los Derechos Humanos, que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedad mental crónica a una ciudadanía plena(…)” (Fernández Aguirre y otros, 1997, p. 90).

El llamado modelo comunitario no tiene razón de ser al margen de la rehabilitación psicosocial, la cual se constituye en uno de sus componentes esenciales y definitorios.

---

Es por esto por lo que su filosofía, sus objetivos y su praxis no han de circunscribirse a los recursos específicos (integrados en una red de salud mental) y sí recorrer todos los servicios de atención comunitaria de los que el afectado por un problema psiquiátrico crónico puede beneficiarse.

Hacer realidad esa filosofía, esos objetivos y esa praxis rehabilitadora no sólo tiene que ver con la labor profesional y técnica, con el esfuerzo de los interesados y la bondad del modelo de atención. Poder hacer realidad esa filosofía, esos objetivos y esa praxis depende, preliminarmente, de factores socioestructurales y políticos. Desde estos factores es desde donde mejor se entiende en todo su sentido la rehabilitación psicosocial y desde los que se llega a comprender su verdadero alcance. De poco sirven modelos de atención ni estrategias y prácticas técnicas, sin valores sociales que favorezcan la aceptación de quienes sufren estos problemas, sin una legislación y actuaciones concretas de las administraciones públicas que promuevan su integración laboral, y sin unas decisiones políticas imprescindibles para crear una red con los necesarios recursos de atención debidamente financiados.

En este sentido, los resultados que se pueden alcanzar con la rehabilitación están condicionados por las distribuciones presupuestarias, la organización de los servicios y las medidas legislativas que legitimen e impulsen el modelo de atención comunitaria. Muchas veces no son las limitaciones funcionales o las discapacidades de los enfermos mentales lo que hipoteca su rehabilitación. Es la inexistencia de oportunidades sociales lo que dificulta la mejora de su calidad de vida, e impide una integración real en la sociedad (Rodríguez, 1997).

## **2. ¿CUÁNDO UNA INTERVENCIÓN ES REHABILITADORA?**

Una intervención es rehabilitadora cuando tiende a conseguir que las personas con enfermedad mental crónica accedan al mayor nivel de autonomía e independencia posible, para que así puedan desarrollar pautas y estilos de vida o idénticos, o similares a las pautas y estilos de vida propios de su cultura y de su sociedad de referencia. Una intervención que produzca esos resultados es por definición una intervención rehabilitadora, en tanto en cuanto hace posible que estas personas se integren adaptadamente en su entorno sociocomunitario.

¿Cómo entonces la rehabilitación psicosocial va a ser cualquier tipo de intervención que se reivindique como tal, por el mero hecho de ser realizada con personas con enfermedad mental crónica? Ha de saberse que no son pocas las veces que bajo ese epígrafe se encubren prácticas espurias. “La mala utilización del término rehabilitación puede hacer pensar que la intervención rehabilitadora ocurre, cuando de hecho, sólo existe de nombre” (Anthony, Cohen y Cohen, 1983).

Incluso, para hacer rehabilitación no es suficiente con atender a estas personas en la comunidad. No rehabilita quien consigue que el enfermo viva en una casa cualquiera de una ciudad cualquiera. Ésta, a buen seguro que es una condición necesaria, pero nunca suficiente; ni tan siquiera se puede decir que rehabilitar sea someter a los usuarios a paquetes estandarizados de entrenamiento en distinto tipo de habilidades.

---

Ya alertaba Anthony (1977) sobre lo equivocado que puede resultar pensar que se hace rehabilitación por el mero hecho de trasladar a una persona a un ambiente no institucional. De poco sirve llevar a los afectados por un problema psiquiátrico crónico a espacios comunitarios para que realicen actividades, si éstas no son normalizadas y si las realizan bajo la tutela de los profesionales. Promover la plena ciudadanía de los enfermos mentales, implica hacerles competentes y autónomos para que puedan ocupar y disfrutar de los espacios comunitarios en interacción con otros ciudadanos, como otro ciudadano más. Sólo se hará realidad este principio, cuando los afectados hayan aprendido los repertorios conductuales pertinentes y se hayan sacudido el tutelaje de los profesionales.

Si rehabilitar es volver a habilitar para con-vivir y trabajar en la propia comunidad de referencia, están por demás praxis profesionales que convierten los centros en los que se atiende a estas personas en instituciones que tienen sentido en sí mismas. Desde una perspectiva acorde con el principio de normalización, los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) no deben ofrecerse a las personas con enfermedad mental crónica como sustitutos de los recursos normalizados. Su función es capacitarlas para que accedan a ellos y los utilicen adecuadamente según sus intereses y necesidades.

De acuerdo a la filosofía que aquí se viene exponiendo, es un contrasentido que los CRPS acojan a los afectados durante gran parte del día, emplazándoles a realizar distinto tipo de actividades estandarizadas que terminan siendo una suerte de hacer por hacer, o hacer para entretenerse. "(...) la rehabilitación comienza cuando se acaba todo este proceso de entretenimiento: la arte-terapia, la ludoterapia, la terapia ocupacional. (...) la rehabilitación lo que persigue es la recuperación de capacidad hacia la plena ciudadanía de los pacientes, recuperación para actividades de valor social (...)" (Sarraceno, 1995).

Asumir con coherencia la cita de Sarraceno en la práctica profesional, califica y cualifica inequívocamente dicha práctica como rehabilitadora. De tal modo que su ejercicio tiende a conseguir con todas y cada una de las personas con las que se trabaje lo siguiente:

- La dependencia de las capacidades propias y no la capacidad de depender
- La posibilidad de tutelar por sí mismos la normalidad y no la normalidad tutelada
- Decidir por sí mismos cómo, cuando y en qué han de ocupar su tiempo y no que su tiempo se lo ocupen
- Custodiar la propia libertad y no tener la libertad custodiada

Como se está viendo, la filosofía de la rehabilitación psicosocial se basa en principios tales como la normalización, la individualización, la integración, la autonomía y la independencia. Principios que se ponen al servicio de la persona con enfermedad mental para que pueda vivir en su entorno comunitario.

"La palabra rehabilitación tiene un significado único para cada persona. Para algunos, tendrá un significado relacionado con la reinserción y la plena autonomía, y para otros, tendrá un contenido más modesto" (Anthony y Liberman, 1992). En suma, lo que verdaderamente importa es defender una adecuada concepción de lo que significa

---

rehabilitar, porque de lo contrario se producen consecuencias tan desafortunadas como “la tendencia a intentar la rehabilitación sólo con aquellos para los que existe esperanza de reubicación” (Watts y Bennett, 1983). (Fernández Aguirre y otros, 1997, p.90).

De todo lo dicho se colige que la rehabilitación está presente en la medida en que se coadyuva a proveer la autosuficiencia en las personas con enfermedad mental crónica, propendiendo, todo lo que sea posible, a su independencia respecto de los técnicos que les atienden y de los recursos en los que se les presta atención.

Como conclusión final habría que decir que rehabilitar es articular procesos individualizados de adquisición, extinción y modificación de conductas para lograr funcionamientos psicosociales eficientes. Procesos en los que tampoco han de faltar las oportunas intervenciones en el entorno comunitario y los soportes sociales pertinentes, que favorezcan, faciliten y apoyen el eficaz funcionamiento psicosocial. Tales intervenciones conductuales y comunitarias, tales soportes, nada o muy poco tienen que ver con múltiples prácticas difusas, contradictorias y confusas, mayormente fundamentadas en el voluntarismo, el “feeling”, la ingeniosidad mundana o el desnudo sentido común.

### **3. ESTILO DE ATENCIÓN**

En rehabilitación psicosocial se interviene para lograr que las personas afectadas por un trastorno mental severo y crónico, posean distinto tipo de habilidades necesarias para normalizar, todo lo que sea posible, su vida. Alcanzar esa meta no es ajeno a un conjunto de aspectos formales que de inicio a fin envuelven el proceso a seguir.

La vida de los centros en los que se hace de rehabilitación psicosocial (CRPS) ha de tener un carácter propio, una dinámica típica, diferente de la típica dinámica que caracteriza a otros dispositivos de atención a problemas de salud. Por eso, el modo o la manera de hacer de los profesionales será absolutamente permeable a ese estilo singular de atención.

El usuario, desde el momento en que por primera vez llega al CRPS, ha de encontrar un ambiente agradable y acogedor; ambiente que invite más a quedarse que a irse. Es importante que los profesionales sepan crear con sus actitudes, una atmósfera de cordialidad y cercanía. Es importante que, en ese ámbito, quien recibe atención perciba que antes que como enfermo se le ve como persona y que se le trata como persona antes que como enfermo.

“Personalizar” a cada usuario obliga a normalizar la relación con él. “Personalizar” a cada usuario abstrae de pre-juzgarlo como sujeto pasivo e indolente y como tal tratarlo. La cuestión no está en acercarse al enfermo que por ende es persona. La cuestión es acercarse a la persona que tiene una enfermedad. La diferencia es sustancial y determinante. Quién así no lo perciba, caerá en el equívoco de homologar enfermo a tener una enfermedad. Y lo peor no es ya equivocarse. Lo peor es que yerros de esa naturaleza provocan un inconveniente modo de concebir a quién sufre un trastorno mental, y dan lugar a una praxis pseudorehabilitadora. Praxis que se caracteriza más por el acompañar que por el facilitar, por el cuidar que por el enseñar, por el entretener que por el capacitar, y por el guiar que por el apoyar.

---

Precisamente ese estilo de atención que se desliza hacia el acompañamiento como norma, a cuidar por sistema, a la lógica de entretener y a la costumbre de guiar, provoca la des-personalización de los que, de facto, son considerados como “los otros”. Por tanto, es a través de la negación apriorística de la posibilidad de re-habilitarse como sujeto autónomo y capaz, como se llega a la des-personalización. Así, explícita o implícitamente, se valida y convalida, una y otra vez, la tautología de que la persona con un trastorno mental crónico, ni sabe, ni quiere, ni puede disponer de su tiempo ni proponer acerca de su vida. El resultado no es otro que la usurpación de su futuro por quienes deberían ayudarle a componerlo, y el gobierno de su presente por quienes deberían enseñarle a gobernarlo.

La prevención ha de ser máxima. No basta con buenas intenciones y voluntarismo. Adoleciendo de principios claros, las actitudes profesionales pueden deslizarse hacia estilos de atención tan impertinentes como los descritos en el párrafo anterior. Téngase siempre bien presente que los principios que confieren pertinencia a un estilo de atención, son los propios de la “filosofía de la rehabilitación” y de concepciones ideológicas normalizadoras.

Cuando se crea un marco de interacciones en el que los usuarios principalmente se sienten personas, cuando la cercanía y la cordialidad son la norma y no la excepción, la confianza está servida. Sólo desde ella será posible que el usuario y su familia, colaboren y se impliquen activamente en el proceso de rehabilitación; proceso que todo ha de presidir y al que todo ha de subordinarse.

Siendo como se ha dicho la confianza obligada necesidad, no es ésta garantía suficiente que permita ignorar otras actitudes y disposiciones irrogantes de la cooperación e involucración en los planes de rehabilitación, de aquellos a los que van destinados.

Cómo preterir la disposición de los profesionales a procurar vías de comunicación, con usuarios y familiares, ágiles y desburocratizadas. Sabido es que tal actitud canaliza con fluidez la necesidad imperativa de informar a los interesados. Uno de los mensajes primordiales a trasladar, es aquel que versa sobre los objetivos de rehabilitación programados, y sobre las intervenciones y actuaciones que han de llevarse a cabo para conseguirlos.

Los objetivos de rehabilitación serán consensuados con el usuario y con su familia. El consenso es otro de los rasgos diferenciales del estilo de atención que aquí se viene proponiendo. Lo es, porque su ejercicio imposibilita dejar a las personas atendidas al margen de cualquier ámbito del proceso rehabilitador. No ha de dar pereza repetir las veces que haga falta que el modo y la manera de hacer en rehabilitación no pueden consentir la disociación y asintonía de los estamentos implicados en ella.

Tanto la atmósfera que se respire en los CRPS como el trato que dispensen los profesionales, deberán ser normalizantes y normalizadores. Defender que los profesionales adopten un estilo interactivo de intermediación y accesibilidad no conlleva necesariamente, como podría temerse, a que su rol se desdibuje y confunda. Cuando la autoridad profesional dimana del rigor técnico, del saber especializado y de la alta cualificación, sobra la necesidad de demostrarse y mostrar autoridad a través de exhibir con contumacia, más que de ejercer con oficio, el rol de profesional.

---

Cuando todos los profesionales se muestran próximos y accesibles, aquellos a los que prestan un servicio se sienten cómodos y suficientemente confiados como para aceptar y colaborar con las distintas estrategias, y los diversos procedimientos de intervención que el equipo de técnicos vaya entreverando. Este particular estilo de atención, lo más fácil es que se constituya en acicate que motive al usuario a participar activamente en la vida del centro. Si se consigue esa activa participación, se conseguirá, por añadidura, que las personas atendidas perciban el CRPS como algo cercano y propio, y no como algo lejano y ajeno. La percepción de cercanía y propiedad, por otra parte, es una condición necesaria para el enganche del usuario al CRPS y a las prácticas que en él se siguen. Y es el enganche el elemento insoslayable que pre-dispone al usuario para el aprendizaje y la modificación de conducta, verdadera columna vertebral de la rehabilitación.

Los profesionales de la rehabilitación, trabajando en equipo, han de hacer realidad el aprendizaje y la modificación de conducta. Siempre que lo consigan economizarán y racionalizarán esfuerzos, y harán más probable el logro de los objetivos de rehabilitación. Trabajar en equipo no ha de confundirse ni con un equipo de trabajo, ni con hacer lo mismo profesionales con cualificaciones diferentes, ni con repartirse equitativamente, como si de una presa o de un botín se tratase, las múltiples y distintas labores que hay que llevar a cabo para rehabilitar a una persona con enfermedad mental crónica.

Además, el trabajo en equipo ha de realizarse desde la comunidad, para la comunidad y con la comunidad. Esa proyección comunitaria evita el aislamiento de los centros y la endogamia de sus profesionales. Aislamiento y endogamia operan como obstáculos insalvables para conseguir los objetivos buscados al producir desvinculación respecto de la vida cotidiana. Si tal desvinculación se da, los centros de rehabilitación entran en una perniciosa dinámica de retroalimentación, que los vuelve un fin en sí mismos cuando deben ser un medio.

Otro de los rasgos característicos del estilo de atención es la flexibilidad. Con ella se logra la adaptación a la particularidad de cada caso. Ajustar el modo de hacer a las características y necesidades de la población con la que se trabaja, resulta ineludible. Todos los recursos, tanto humanos como materiales, han de estar al servicio de los usuarios y de sus familias, y no estos al servicio de aquellos. Es el CRPS y la labor que en él realizan los profesionales, los que han de adaptarse a las demandas de los usuarios y de sus familias, y no a la inversa. Praxis dúctiles son por tanto obligadas si se pretende el acomodo a la realidad concreta de cada persona atendida.

La atención que se dispense en los CRPS ha de sujetarse a un estilo en el que la particularidad sobresale siempre respecto a la generalidad. Por eso la individualización de la atención es una máxima inexcusable, imprescindible y perenne. Desacertados están los profesionales que se dejan embargar por la tendencia a utilizar, con todas las personas que son sujetos de rehabilitación, los mismos paquetes estandarizados de habilidades. Esa tendencia es deudora de un hacer rutinario y acomodaticio, que ignora u olvida el ineluctable requerimiento de proceder acorde a un plan individualizado de rehabilitación.

Resáltese, ya para terminar que aquello que se ofrece en un dispositivo de rehabilitación, no ha de estar hecho a imagen y semejanza de los intereses y conocimientos de los profesionales, ni de la conveniencia del dispositivo como institución. Muy al contrario, son éste y aquellos los que han de ponerse al servicio de los derechos de los usuarios, legítimos depositarios de la razón de existir de los CRPS.

---

# **ÁREA II: EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

**Capítulo 4: Evaluación y planificación de la intervención  
en rehabilitación psicosocial. (*Juan Fernández  
Blanco*)**



---

## **CAPÍTULO 4: EVALUACIÓN Y PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)**

*Autor: Juan Ignacio Fernández Blanco  
Psicólogo C.R.P.S. Alcalá de Henares*

Podrá observarse que a lo largo de este escrito no se cita bibliografía. Se ha tomado esta decisión pensando en las características y el propósito de la publicación.

Sí se ha valorado la necesidad e importancia de aportar una bibliografía básica de referencia. Esta bibliografía permitirá al lector interesado ampliar conocimientos sobre la materia. Asimismo, se ha procurado que cualquiera de los contenidos sobre los que se trata o a los que se alude, estén desarrollados ampliamente en la bibliografía sugerida.

### **POR QUÉ Y PARA QUÉ EVALUAR EN REHABILITACIÓN**

La rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos tiene como objetivo conseguir la re-integración normalizada, por tanto autónoma y competente, de estas personas en su entorno social y familiar. Ha de ser así, ya que los trastornos mentales crónicos cursan con deterioros funcionalmente observables en la pérdida de conductas hábiles (habilidades).

Hablar de re-integración social y familiar, en definitiva, es hablar de interacción persona-ambiente. Tal interacción pasa obligadamente por poseer las capacidades y habilidades que la haga posible.

Si se quiere conseguir que las personas afectadas por un trastorno mental crónico se reintegren normalizada y autónomamente en su entorno, por tanto si se quiere alcanzar el objetivo máximo de la rehabilitación psicosocial, habrá que conocer el modo y la manera en que estas personas interactúan con los eventos y circunstancias que conforman el ambiente en el que viven. Esto sólo podrá lograrse evaluando si poseen las capacidades y habilidades necesarias para hacerlo y si las emplean de un modo adaptado y adaptativo.

Como se ha dicho, la evaluación en rehabilitación psicosocial se centra en las capacidades y habilidades necesarias para desenvolverse adaptada y autónomamente en distintos contextos sociocomunitarios. La evaluación en rehabilitación, por tanto, no puede ser una evaluación diagnóstica. No puede serlo, pues no pretende reconocer síntomas como patrones que filian una categoría nosográfica, ni atender a cuestiones de tipo semiótico, estructural o longitudinal, o a las combinaciones que puedan hacerse entre ellas.

La distinción entre la evaluación en rehabilitación y el diagnóstico psiquiátrico se comprenderá mejor si, además de lo dicho, se entiende que ambas son diferentes en el proceso que siguen, en la meta que persiguen y en las herramientas que utilizan. El diagnóstico tiene su razón de ser en lo patológico y se centra en el desarrollo de los síntomas a lo largo del tiempo. La evaluación en rehabilitación, por contra, se interesa por las habilidades actuales y los recursos ambientales.

---

En definitiva, cuando se trabaja en rehabilitación psicosocial es inexcusable evaluar. Lo es, porque resulta imprescindible conocer a la persona a la que se pretende rehabilitar y el ambiente específico en el que se desenvuelve y opera. Cuando tal conocimiento es alcanzado, se está en condiciones de elaborar o diseñar las estrategias de intervención que satisfagan lo pretendido.

## **CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS**

Los dos apartados anteriores han servido para situar la evaluación en rehabilitación psicosocial dentro de unas determinadas coordenadas. Desde esas coordenadas es obligado entenderla como un proceso. En el momento en que así se entiende o define, se acepta que la evaluación:

- es continua y no puntual, por eso se mantiene el tiempo que dure la rehabilitación y no se circunscribe a un periodo predefinido por un protocolo estandarizado
- es abierta y no cerrada, por eso los resultados a los que se llega varían y se modifican a tenor del devenir del sujeto evaluado.

La evaluación en rehabilitación supone un análisis (funcional) individualizado de conductas concretas (manifiestas) que han de describirse operativamente, esto es, en términos precisos, específicos y observables, utilizando dimensiones como frecuencia, intensidad, duración y adecuación. Cuando así se hace y si se hace bien, no es necesario hacer inferencias, ni especulaciones, ni interpretaciones sobre el comportamiento.

Para hacer ese análisis individualizado de conductas concretas, hemos de tener presente que se emiten en contextos ambientales en los que ocurren eventos y circunstancias que las preceden (antecedentes) y las suceden (consecuentes). Vulgarizando mucho diríamos que en la interacción de estos antecedentes y consecuentes con la conducta, y en la interacción de antecedentes y consecuentes entre si, se hallan las claves para entenderla y explicarla.

Los eventos antecedentes, respecto de la conducta, pueden tomar un valor de estímulo discriminativo cuando señalan discriminadamente esa conducta específica en un contexto concreto. Los eventos consecuentes, dependiendo de que sean reforzantes (“apetitivos”, permítase la licencia semántica) o castigantes (aversivos), aumentan o disminuyen la probabilidad de que la conducta vuelva a ser emitida en un futuro bajo condiciones estimulares análogas.

Se dirá que un evento o contingencia tiene un valor funcional de estímulo discriminativo, cuando determine (indique, señale) la realización de una conducta concreta en múltiples y distintos ensayos en los que aparece antecediéndola.

Se dirá que un evento o contingencia tiene un valor funcional de refuerzo, cuando al presentarse consecuente a la emisión de una conducta bajo unas condiciones estimulares precisas, existe alta probabilidad de que determine la reaparición futura de esa conducta bajo las mismas o similares condiciones estimulares. Los eventos o contingencias que así operan, suelen resultar agradables, apetecibles, satisfactorios, beneficiosos, etc. para el sujeto agente de la conducta.

---

Se dirá que un evento o contingencia tiene un valor funcional de castigo, cuando al presentarse consecuente a la emisión de una conducta bajo unas condiciones estímulares precisas, existe alta probabilidad de que determine que la conducta no vuelva a ser emitida en el futuro bajo las mismas o similares condiciones estímulares. Los eventos o contingencias que así operan, suelen resultar desagradables, inapetecibles, insatisfactorios, perjudiciales, etc. para el sujeto agente de la conducta.

Los eventos y circunstancias ambientales toman un valor de estímulo, refuerzo o castigo no por su topografía, por sus características intrínsecas o por su cualidad, sino por el efecto que tienen sobre la conducta (efecto de discriminarla, efecto de mantenerla y efecto de extinguirla).

*EJEMPLO: Si cada vez que Roberto escucha hablar de temas religiosos hace comentarios estrafalarios y disparatados, se podría hipotetizar que escuchar una conversación sobre dichos temas, actúa como estímulo que discrimina en él la conducta de hacer comentarios estrafalarios y disparatados. Por tanto, hablar de temas religiosos en sí mismo o por sí, no es un estímulo discriminativo de tal conducta. Lo será en tanto en cuanto la mayor parte de las veces que eso ocurra, Roberto emita la conducta de hacer ese tipo de comentarios.*

*¿Y lo que ocurra después de que, por una u otra razón, haya proferido tales comentarios? Lo que ocurra después no es intrascendente. Si las personas que están con él se esfuerzan en convencerle de que lo que dice es estrambótico e ilógico, probablemente Roberto continúe con su actitud y si cabe, con mayor intensidad (refuerzo de la conducta). Además, la próxima vez que vuelva a escuchar hablar de ese tema, probablemente vuelva a hacer lo mismo (la conducta ha quedado reforzada). Adviértase que no se está diciendo que en sí o por sí, tratar de convencer a Roberto de que su discurso es ilógico tiene función reforzante. Lo que sí se está diciendo es que la tendrá, en tanto en cuanto se verifique que es más probable que Roberto dispare, incluso con mayor intensidad, cuando tras haber escuchado hablar de temas religiosos y haber hecho un comentario estrafalario, quienes están con él se empeñen en convencerle de lo inadecuado de su conducta.*

*En una palabra, tratar de convencerle o discutir con él refuerza la conducta de hacer comentarios disparatados ante temas religiosos, si provoca que en el futuro haga esos comentarios más veces o de modo más persistente.*

*Por el contrario, si quienes están con él no le hacen caso (castigo de la conducta), probablemente poco a poco deje de disparar. Si siempre mantienen esta actitud, es muy probable que ese tipo de comentarios se vayan debilitando progresivamente hasta su extinción. Cuando así ocurre, aunque en un futuro se vuelva a hablar de cuestiones religiosas, es muy probable que Roberto no vuelva a emitir la conducta a la que se le retiró la atención (la conducta ha quedado castigada). ¿Esto quiere decir que no hablar con Roberto cuando haga comentarios estrafalarios y disparatados es en sí mismo o por sí castigante? No. Lo que quiere decir es que si desatendiendo esa conducta se verifica que es menos probable que se emita, el hecho de no hablarle cuando haga comentarios estrambóticos al oír hablar de temas religiosos, es, respecto de la conducta de disparar, funcionalmente castigante.*

---

*En una palabra, retirarle la atención o desatenderle castiga la conducta de hacer comentarios disparatados ante temas religiosos, si provoca que en el futuro no haga esos comentarios o los haga muy de vez en cuando.*

Evaluando de acuerdo a la propuesta que se acaba de formular (la interacción entre una conducta los antecedentes y las consecuencias) se obtienen las hipótesis que permiten no sólo decidir que conductas han de ser instauradas en el repertorio conductual del sujeto, en cuales incrementar o disminuir la frecuencia y cuales extinguir, sino cómo estructurar y diseñar las intervenciones para hacerlo.

Ahora se referirán unas claves metodológicas que ayudan a realizar con más tino y rigor el tipo de evaluación bosquejada. Estas claves han de recorrer todo el proceso evaluador y no pueden ser omitidas, pues son de gran utilidad y extrema importancia como a continuación se podrá comprobar.

### **A) DIALÉCTICA SUJETO-ENTORNO**

Para dar cuenta de ella es fundamental conocer con precisión:

- Qué particularidades configuran el entorno en el que la persona se comporta: características físico-arquitectónicas del entorno, ubicación, características de las personas que lo frecuentan, tipo de actividades que en él se pueden realizar, etc.
- Cuáles son las exigencias y demandas del entorno (horario a respetar, instrucciones a seguir, tareas a realizar, personas con las que es obligado interactuar, etc.) y si la persona puede afrontarlas competentemente (tiene las habilidades necesarias, es capaz de ejercitarlas cuando sea preciso y con autonomía).
- Qué soportes y apoyos, humanos y materiales, puede encontrar la persona en el entorno y si sabe y puede rentabilizarlos (preguntar en un punto de información, mirar un panel orientativo, diligenciar una ayuda social o económica, conocer y utilizar recursos socio-comunitarios, etc.).

### **B) HABILIDADES VERSUS DÉFICITS**

Es una equivocación, al menos en rehabilitación psicosocial, que la evaluación esté sesgada hacia los déficits de la persona evaluada. Tan importante como conocer las inhabilidades, incapacidades y las conductas incompetentes es conocer en qué es hábil, aquello de lo que es capaz y en lo que se muestra competente.

Una evaluación que se realiza a partir de datos que sólo informan de carencias es insuficiente. También se han de tomar en consideración los repertorios conductuales que la persona aún conserva. Es muy importante que así sea por tres razones:

- porque los repertorios conductuales que la persona aún conserva aportan un criterio para el pronóstico;
- porque ha de hacerse un esfuerzo para preservarlos, previniendo que aumente el deterioro;
- porque sobre ellos han de pivotar los distintos aprendizajes que han de tener lugar a lo largo del proceso de rehabilitación.

---

### **C) CONSIDERACIÓN SOBRE EL ANTES Y EL DESPUÉS DEL DETERIORO**

Obcecarse centrándose exclusivamente en el análisis de la situación posterior al deterioro es otro de los errores que se puede cometer evaluando en rehabilitación psicosocial. Es un error debido a que el desinterés por el antes del deterioro merma las posibilidades de éxito a la hora de rehabilitar psicosocialmente.

También conviene conocer las habilidades y capacidades anteriores al inicio del deterioro...

- para establecer correlaciones entre el grado de competencia del sujeto pre y post deterioro
- porque es otro criterio para hipotetizar un pronóstico, en tanto en cuanto es más fácil re-habilitar conductas que en el pasado estaban en el repertorio conductual de la persona afectada, que habilitárselas a quién nunca las poseyó.

### **D) AUTONOMÍA DE LA PERSONA**

Quién trate de explicar en qué consiste un proceso de rehabilitación psicosocial o trate de evaluar, no puede abstraerse al concepto de autonomía como uno de los ejes que vertebran tanto el proceso rehabilitador, como el proceso evaluador.

Este concepto se refiere a la competencia de las personas para emitir conductas por sí mismos, sin ayuda y sin necesidad de instigación. Difícilmente se puede decir de alguien que está rehabilitado si depende de otros (si no es autónomo) para satisfacer sus necesidades (de autocuidados, de interacción con los demás, de ocio, de integración comunitaria, etc.).

No se debe concluir este apartado sin llamar la atención sobre cómo la evaluación que aquí estamos presentando pide internamente dos niveles de análisis.

Un primer nivel de análisis como primera aproximación a la realidad a evaluar. Es lo que se denomina evaluación inicial. La evaluación inicial, supone acercarse a las conductas de la persona evaluada de un modo amplio y general. De ella se obtienen datos que permiten formular hipótesis explicativas genéricas, que ayudan a comprender a grandes rasgos los aspectos básicos de la problemática. Es este un nivel de análisis global e integrador de todas aquellas áreas, de las que se tendrá ocasión de hablar, en las que el evaluador puede organizar los distintos repertorios conductuales que va a tener que evaluar.

Un segundo nivel de análisis, que como evaluación continua, sucede a la evaluación inicial a la que toma como referente y desde la que progresa para explicitarla. La evaluación continua supone acercarse a las conductas de la persona evaluada de un modo concreto y particular. Es más exhaustiva, lo que permite profundizar analítica y funcionalmente en los datos obtenidos en la evaluación inicial. Aporta un nivel de análisis molecular y restringido de las conductas que conforman los repertorios conductuales organizados en áreas de evaluación, y permite realizar análisis específicos, más finos y precisos, y por tanto más rigurosos, que los análisis que se pueden realizar en la evaluación inicial.

---

Se concluye este apartado resumiendo, a modo de recordatorio, que la evaluación en rehabilitación es un proceso individualizado, abierto, contextualizado y estructurado en dos niveles. Individualizado desde el momento en que se atiende a la particularidad de un caso concreto. Abierto para permitir los cambios, variaciones y rectificaciones que exija el devenir dinámico del comportamiento a estudio. Contextualizado al someterse metodológicamente a los entornos ambientales en los que la persona evaluada se desenvuelve y opera. Estructurado en dos niveles, el primero de evaluación inicial y el segundo de evaluación continua a partir de los datos y conclusiones obtenidos en la evaluación inicial.

## **ÁREAS A EVALUAR**

A continuación se enumeran, simplificada, las distintas áreas en las que se pueden organizar los repertorios conductuales que mayormente están implicados en el deterioro de las personas con enfermedad mental crónica.

Plantear esta organización responde a la necesidad de estructurar ordenadamente los potenciales contenidos a evaluar, para así facilitar la labor sistematizadora del evaluador.

No se ha de olvidar que la evaluación de los repertorios conductuales propios de cada una de las áreas que se van a mentar, se sujetará a las consideraciones teóricas y metodológicas expuestas en el apartado anterior.

### **1. DATOS BIOGRÁFICO-CLÍNICOS**

No se trata de rastrear, sin más, la biografía de la persona. Se trata de hacerse eco de aquellos datos que informen, evolutivamente, de las habilidades y capacidades previas al inicio de la problemática (adaptación a distintos contextos), y de otros sucesos vitales que puedan ser de interés para el proceso integral de rehabilitación.

Los datos clínicos contemplarán información referente a: inicio de la problemática (primeros síntomas), crisis (características, frecuencia, factores desencadenantes), repercusiones en su vida cotidiana (pérdida de amigos, aislamiento, deterioro, pérdida de trabajo o abandono de estudios, etc.) y antecedentes psiquiátricos en la familia.

### **2. ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD Y LA MEDICACIÓN**

Esta área hace referencia a conductas que tienen que ver con la autoadministración de la medicación y la adherencia al tratamiento, y a lo que se ha dado en llamar conciencia de enfermedad. A saber: si el usuario conoce el nombre de los medicamentos, las dosis y para que sirven; si toma la medicación acorde a lo prescrito por el médico; si es autónomo en la toma, si es autónomo para ir a buscar las recetas y para comprar las medicinas; si tiene intención de abandonar la medicación; si conoce su diagnóstico y lo que quiere decir; si acepta la enfermedad, si es consciente de que es crónica y del alcance que ello tiene para su vida cotidiana...

---

### **3. FACTORES DE RIESGO**

Se trataría de enumerar aquellas situaciones, eventos o acontecimientos que puedan aumentar notablemente el riesgo de crisis o provocar un empeoramiento importante, y conocer si la persona afectada y su familia las detectan y saben cómo reaccionar en caso de que se den.

### **4. FACTORES PROTECTORES**

Se trataría de enumerar y saber si la persona afectada y su familia detectan aquellas situaciones, eventos y acontecimientos que favorezcan la estabilidad del cuadro clínico, y si actúan en consecuencia.

### **5. PRÓDROMOS**

Se trataría de enumerar y conocer si la persona afectada y su familia detectan aquellas conductas que suelen preceder a una crisis o empeoramiento grave, y saben qué han de hacer.

### **6. CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS**

Esta área hace referencia a conductas disruptivas que dificultan y entorpecen la integración normalizada y adaptada en el entorno sociocomunitario. A saber: fugas, conductas suicidas, adicciones, violencia, agresividad, extravagancias o manierismos muy llamativos...

### **7. CAPACIDADES BÁSICAS**

Esta área hace referencia a prerrequisitos conductuales que pre-determinan el funcionamiento adaptado de la persona. A saber: comprensión, atención, memoria, orientación espacio-temporal, lenguaje, repertorios académicos, motricidad...

### **8. AUTOCUIDADOS**

Esta área hace referencia a conductas necesarias para la salud en general y la integración sociocomunitaria en particular. A saber: aseo e higiene personal, conductas relacionadas con el vestirse, hábitos de sueño y alimentación, cuidado de la vivienda...

### **9. HABILIDADES SOCIALES**

Esta área hace referencia al repertorio conductual necesario, aunque no suficiente, para interactuar con otras personas. A saber: iniciar seguir y cerrar conversaciones; hacer peticiones de modo correcto y defender derechos y opiniones sin crear conflicto; resolver problemas y tomar decisiones adecuadamente; emitir y recibir llamadas telefónicas con competencia...

---

## **10. RED SOCIAL**

Esta área hace referencia a compartir y realizar actividades en compañía de otras personas. Al menos se debe registrar: con cuantas personas se hacen actividades, qué tipo de vínculo existe respecto a las personas con las que se realizan las actividades, si se dan entre ellas relaciones de apoyo, qué actividades son, con qué frecuencia se realizan...

## **11. OCIO**

Esta área pretende conocer la cantidad y la calidad de las actividades que la persona evaluada realiza en su tiempo libre, bien sola o en compañía, y las que realizaba antes de iniciarse la problemática.

También se ha de tener en cuenta si la persona es competente para generar alternativas de ocio y si es capaz de traducirlas en hechos.

## **12. MEDIO FAMILIAR**

Esta área hace referencia al tipo de interacciones que se dan entre los miembros de la familia, al ambiente familiar y a cómo la problemática repercute en los miembros de la familia. Por tanto, se ha de recoger información relativa a: las relaciones de apoyo entre los miembros de la familia; posibles conflictos entre los miembros de la familia; interacciones hipercríticas, hostiles, sobreprotectoras; sobreimplicación emocional de los familiares en todo lo que tiene que ver con la problemática psiquiátrica; pérdida de red social de los miembros de la familia; existencia o no de un clima familiar tenso y/o estresante...

## **13. INSERCIÓN LABORAL**

Esta área pretende dar cuenta de:

- Los trabajos que la persona desempeñó antes de iniciarse la problemática.
- Las razones por las que perdió empleos.
- Los intereses laborales que tiene en la actualidad.
- La cualificación profesional que posee.
- Las habilidades que conserva para buscar activamente empleo y para desempeñarlo y mantenerlo.

## **14. DEMANDAS Y EXPECTATIVAS**

Esta área hace referencia a lo que solicitan la familia y la persona afectada, a lo que esperan conseguir, a lo dispuestos que están a implicarse en el proceso de rehabilitación...

---

## 15. INTEGRACIÓN COMUNITARIA

Esta área hace referencia a los repertorios conductuales necesarios para desenvolverse de forma autónoma y con acierto en la comunidad. A saber: transitar por la ciudad, poder desplazarse a ciudades que no se conocen y transitar por ellas, utilizar medios de transporte, utilizar recursos comunitarios, resolver trámites burocráticos, manejar y administrar el dinero...

En otros capítulos de este cuaderno técnico se hará referencia a evaluaciones específicas de diferentes áreas.

Antes de pasar a tratar sobre instrumentos de evaluación, parece apropiado concluir estos apartados anteriores, con un ejemplo sencillo y sinóptico de cómo debería transcurrir un proceso prototípico de evaluación.

*EJEMPLO: Se va a coger como ejemplo de conducta a evaluar "tomar la medicación".*

*Lo primero que se debe hacer es saber si el interesado toma la medicación cuando debe y si lo hace sin que tengan que preparársela, instigarle para que la tome o supervisarle. Este tipo de exploración es útil dentro de las coordenadas de la evaluación inicial (primer nivel de análisis) en la que se busca una primera aproximación a la realidad a evaluar.*

*Si los datos de esta evaluación indican que la persona toma adecuada y autónomamente la medicación, no habría que formular ningún objetivo de cambio y, por tanto, no se continuaría evaluando. Por contra, si la persona evaluada no toma adecuada y/o autónomamente la medicación, sí habría que formular uno o varios objetivos (de rehabilitación), y por tanto, se debe seguir evaluando. La evaluación que debe hacerse ahora, es una evaluación cuyos resultados han de permitir diseñar una intervención para conseguir el o los objetivo/s propuesto/s. Ésta necesariamente ha de ser una evaluación más analítica, exhaustiva, precisa y rigurosa (segundo nivel de análisis o evaluación continua), y ha de ajustarse a la metodología del análisis funcional.*

*La exploración acorde a esta metodología, más o menos, debería hacerse del siguiente modo. Asegurados que el interesado conoce la medicación que debe tomar, primero se ha de averiguar todo aquello que antecede a la toma: lugar donde ingiere las pastillas, sitio donde las guarda, la actividad que está haciendo cuando las toma (por ejemplo cenando), personas con las que está, etc. Segundo, se ha de saber que ocurre cuando no se toma las pastillas: si alguien le dice que se las tome, si se las dan, si se las ponen delante, si nadie dice nada, si no hay nadie en ese momento con él, si le abroncan, si se las dan amablemente, si a partir de ese momento toda conversación gira en torno al hecho de que no se haya tomado las pastillas, si después de lo que ocurra se las termina tomando y todo lo que vuelve a pasar tras habérselas tomado o no. Tercero, habrá que saber que costumbres existen en la familia respecto de la toma de medicinas; si cada familiar se responsabiliza de las pastillas que tenga que tomar, o si la responsabilidad se transfiere a un miembro concreto de la familia, etc.*

---

*A partir de todos estos datos, habrá que realizar el análisis pertinente (encontrar las contingencias que determinan funcionalmente esa conducta y el valor funcional que tienen) y formular la correspondiente hipótesis explicativa que permita plantear objetivos y diseñar estrategias de intervención para conseguirlos.*

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

### **1. LA ENTREVISTA**

Sin duda el instrumento principal y más utilizado. Cuando se emplea en rehabilitación psicosocial hay que observar ciertas prevenciones:

- se hará de forma semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas, tratando de que la persona entrevistada responda con información lo más operativizada posible
- se ajustará a las características del entrevistado: si es la persona afectada o un familiar, el nivel cultural, la edad, que sea o no colaborador, que sea parco en palabras o verborrérico, que se ajuste a las preguntas o que divague, la capacidad de comprensión y de expresión que tenga, su deseo de no aportar información sobre algún tema en particular, su fatigabilidad...
- se cuidará la relación con el entrevistado y el clima (cálido, de aceptación, no invasivo, reforzante, cercano, distendido) en el que ha de hacerse la entrevista, para favorecer la alianza terapéutica y el enganche al proceso rehabilitador.

### **2. LA OBSERVACIÓN**

Es un instrumento de evaluación directa de conductas manifiestas, de los estímulos pertinentes que las preceden y de las circunstancias consecuentes con las que tienen que ver. Se puede efectuar en vivo y en situaciones de prueba o experimentales.

Conviene tener muy claro qué conducta se quiere observar y hacerlo centrando la observación en aquellos datos que nos permitan realizar descripciones exhaustivas de las topografías de conducta y de estímulo.

### **3. LOS REGISTROS**

Como su nombre indica, contabilizan, enumeran, constatan aquello que es de interés de acuerdo a un orden y una sistemática preestablecida. Son un instrumento esencial para evaluar (analizar funcionalmente) la conducta y se pueden dividir en registros cuantitativos y registros cualitativos.

- Los registros cuantitativos han de organizarse al menos en función de dos ítems, la frecuencia y la intensidad. La frecuencia informa sobre el número de veces que (o cuantas veces) aparece una variable (la conducta, un evento, una circunstancia), o sobre el tiempo que tarde en aparecer (cuando), o sobre el tiempo

que transcurre entre aparición y aparición (intervalos) de la variable. La intensidad informa sobre el grado o la vehemencia (por ejemplo ligero, moderado o severo) con el que el informante percibe una variable.

El registro llamado de “línea base” es un registro cuantitativo de gran utilidad. Consiste en computar, antes de la intervención, el número de veces y la intensidad con que se emite una conducta que se quiere reforzar, instaurar o extinguir, para volver a realizar ese mismo registro después de que se haya intervenido. El cotejo de ambos registros nos informa de la eficacia de las técnicas, estrategias y procedimientos empleados en la intervención.

Los registros cualitativos más que buscar la cantidad o el cuándo, como buscan los registros cuantitativos, buscan el por qué. Se podría dar cuenta de un buen número de ellos, pero sólo presentaremos aquel que nos parece esencial y de obligada aplicación para hacer un análisis funcional (evaluación) de la conducta.

Este registro pretende dar cuenta de la triple relación (de contingencias) que se establece entre una conducta, su antecedente y sus consecuencias (ver Tabla I).

TABLA I (triple relación de contingencias)

<i>ANTECEDENTES</i>	<i>CONDUCTA</i>	<i>CONSECUENCIAS</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Dónde estaba?</li> <li>• ¿Cuándo ocurrió?</li> <li>• ¿Con quién estaba?</li> <li>• Acontecimientos y sucesos que pueden discriminar la conducta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una unidad de conducta</li> <li>• Describirla operativamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué ocurrió?</li> <li>• ¿Qué se hizo?</li> <li>• ¿Qué se dijo?</li> </ul>

#### **4. LOS CUESTIONARIOS Y LAS ESCALAS**

Como son tantos los cuestionarios y tantas las escalas que existen sólo se referirán algunos de los más representativos.

##### **SBAS. Escala de Desempeño Psicosocial**

- Evalúa la conducta social del sujeto y su repercusión en la familia.
- Consiste en una entrevista semiestructurada que se realiza a un familiar que viva con el sujeto, preferiblemente el que más tiempo pasa con él.

Esta escala trata de obtener información sobre: la conducta del sujeto, su desempeño social, la carga objetiva que soporta la familia, los apoyos que recibe la persona entrevistada y las características de la vivienda, y las recaídas.

---

### **SAS. Escala de ajuste Social**

- Es un cuestionario que pretende obtener información sobre desempeño general e interpersonal, y satisfacción en 6 actividades instrumentales.
- La información obtenida ayuda a elaborar un plan de rehabilitación.

### **CAMBERWELL. Cuestionario familiar**

- Trata de medir el grado de emoción expresada del familiar al que se le pasa el cuestionario.
- Recoge información objetiva y subjetiva.
- Las preguntas del cuestionario se organizan en torno a cinco constructos que son: criticismo, hostilidad, sobreimplicación emocional, comentarios positivos y calor.
- Tiene una versión abreviada denominada “cinco minutos”.

### **SCHIZOM. Módulo de evaluación de la esquizofrenia**

Es un cuestionario que pretende valorar facetas consideradas como altamente relevantes en cualquier intervención con personas diagnosticadas de esquizofrenia.

Estas facetas tienen que ver con:

- El ajuste previo a la enfermedad.
- La historia familiar de enfermedad mental.
- Los síntomas recientes.
- Las actividades de ocio.
- Las actividades instrumentales de la vida diaria.
- La actividad social, educativa y laboral.
- El abuso de sustancias tóxicas.
- La violencia y la posibilidad de suicidio.
- La adherencia al tratamiento.
- El apoyo familiar.
- El uso de dispositivos y servicios.

## **PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

En rehabilitación psicosocial la intervención se planifica a través de la elaboración de un Plan Individualizado de Rehabilitación. Elaborarlo es posible porque previamente se ha evaluado. Es, entonces, de los datos, de las conclusiones y de las hipótesis explicativas que se infieren del proceso evaluador, de donde se obtienen los criterios necesarios para confeccionar el PIR.

---

## **1. DEFINICIÓN DEL PIR**

El PIR es una programación del trabajo rehabilitador, una propuesta marco que guía la toma de decisiones. Supone la preparación por anticipado de las líneas maestras a seguir por quienes van a estar llamados a traducir dicha programación, en praxis rehabilitadoras concretas. Por eso, cuando se ha hecho una buena evaluación que permite elaborar un PIR factible y ajustado a la realidad de la persona evaluada, se sabrá, en las distintas fases por las que ha de transcurrir el proceso rehabilitador, qué hacer y también se sabrá razonar el por qué de lo que se hace.

## **2. CARACTERÍSTICAS DEL PIR**

- El PIR se legitima y justifica en los resultados y las conclusiones a las que se llega tras la evaluación.
- El PIR ha de ser sistemático; ha de ajustarse a un conjunto de principios que lo organizan y le dan una continuidad como sistema de programación.
- El PIR ha de ser consensuado con la persona interesada y su familia.
- El PIR ha de recoger las demandas y propuestas que la persona interesada y su familia hagan.
- El PIR ha de centrarse en la persona evaluada y en su idiosincrasia.
- El PIR ha de estar estructurado secuencialmente de acuerdo a una lógica de complejidad creciente.
- El PIR, respetando su obligada sistematicidad estructurada secuencialmente, ha de ser lo suficientemente flexible como para admitir cambios y modificaciones en función de la evolución del proceso rehabilitador.
- Los principios que sirven para organizar el PIR tienen que ver con la teoría general de la programación que se centra básicamente en la planificación de un trabajo o intervención a través de la formulación de objetivos, en la forma desde la que se va a intervenir (individual y/o grupal) y en las estrategias de intervención necesarias para conseguir esos objetivos.

## **3. OBJETIVOS DEL PIR**

La formulación de objetivos es el elemento esencial del PIR, por eso se le dedica un apartado. No puede concebirse una intervención programada sin objetivos, pues carecería de intención, de propósito y de razón de ser. Cuando intervenimos en rehabilitación lo hacemos para conseguir algo, para alcanzar unos logros que el proceso de evaluación evidencia como necesarios; ese algo a conseguir, esos logros se concretan y expresan en objetivos de rehabilitación.

Los objetivos de rehabilitación, si están bien formulados, concretan e informan de lo que para una persona con enfermedad mental crónica significa rehabilitarse. En los objetivos de rehabilitación, entonces, se expresa formal y apriorísticamente (en cuanto que son una declaración de intenciones) el hecho material o empírico de estar rehabilitado.

---

### 3.1. Definición de objetivo

Podría definirse un objetivo como la finalidad a la que se encamina una acción o diligencia. Concretándolo al ámbito de la rehabilitación sería, la propuesta de una meta en la que se expresa lo que se espera conseguir con la persona afectada; o dicho de otro modo, un objetivo es el resultado que se pretende alcanzar tras llevar a efecto una intervención elaborada para ese fin.

*Ejemplos de objetivos correctamente definidos:*

- *Adecuar aquellos comportamientos que tengan que ver con la socialización.*
- *Conocer el nombre de los medicamentos que toma y saber para qué sirven.*

### 3.2. Características de los objetivos

- Los objetivos que se propongan no serán definitivos, ya que en función del devenir del proceso de rehabilitación podrán ser rectificadas o modificadas.
- Los objetivos han de proponerse para ser conseguidos por la persona afectada y su familia, y no por el profesional.
- Los objetivos deberán estar claramente diferenciados de las intervenciones. Se extremará el cuidado cuando se formulen objetivos operativos, ya que son los más fácilmente confundibles.
- Los objetivos que se formulen habrán de ser de dos tipos, generales y específicos.

### 3.3. Diferencias entre objetivos generales y objetivos específicos

Los objetivos generales tienen como rasgos definitorios:

- Que tienen que ver con lo ideal o con lo final.
- Que son inespecíficos y vagos.
- Que proponen metas muy ambiciosas.
- Que orientan a la hora de formular metas más concretas.
- Que sólo pueden ser evaluados a través de los objetivos específicos.

Los objetivos específicos tienen como rasgos definitorios:

- Que tienen que ver más con lo real o con lo material.
- Que son precisos y concretos.
- Que suponen una concreción, restricción o especificación de los objetivos generales a los que necesariamente tienen que aludir.
- Que han de ser formulados en términos de conducta, con la suficiente concreción como para demarcar con claridad una meta precisa.
- Que a partir de ellos se elaboren propuestas de intervención.
- Que puedan ser evaluados.

---

*Ejemplos de objetivos generales y específicos:*

*Objetivo general.*

*Recuperar competencias para relacionarse socialmente y ocupar el tiempo libre de modo normalizado.*

*Objetivos específicos.*

- *Mejorar habilidades de conversación.*
- *Utilizar recursos comunitarios de ocio en compañía de otras personas.*
- *Realizar actividades de ocio en compañía de otras personas*
- *Permanecer el tiempo necesario en lugares en los que haya mucha gente.*

Una vez formulados los objetivos generales y sus correspondientes objetivos específicos, se propondrá un rango de prioridades para intentar conseguirlos. Las prioridades que se establezcan no serán gratuitas o arbitrarias. En los resultados de la evaluación se han de encontrar razones y argumentos suficientes para tomar las decisiones de priorización pertinentes. No obstante, se van a proponer aquí cuatro criterios que pueden auxiliar en esta labor.

El orden de prioridad de los objetivos a la hora de intervenir se puede establecer de acuerdo a:

- 1) La urgencia para conseguir el objetivo. Hay objetivos que por sus repercusiones en la vida de la persona afectada conviene conseguir con prontitud.
- 2) La motivación que tenga la persona para la que el objetivo se formula en conseguirlo. Las personas están más dispuestas a alcanzar unas metas que otras.
- 3) La facilidad prevista para conseguir el objetivo. Hay objetivos cuya consecución se prevé que sea más fácil o menos problemática que otros.
- 4) Concurrencia con otros objetivos. Existen objetivos que al conseguirlos, facilitan la consecución de otros.



---

# **ÁREA III: ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: PROGRAMAS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN**

- Capítulo 5: Programa de acogida y enganche.**  
*(Aníbal Cutanda y Mercedes Blanco)*
- Capítulo 6: Autocuidados y actividades básicas de la vida diaria.** *(Ana Abad Fernández y Angélica García Romo)*
- Capítulo 7: Actividades instrumentales de la vida diaria.**  
*(Ana Muñoz Santiago y Ana Abad Fernández)*
- Capítulo 8: Psicomotricidad.** *(M<sup>a</sup> del Carmen Cabanillas y Carmen Fernández)*
- Capítulo 9: Educación para la salud y psicoeducación.**  
*(José Luis Arroyo y Ana Belén Guisado)*
- Capítulo 10: Autocontrol y manejo el estrés.**  
*(Diego Pulido)*
- Capítulo 11: Habilidades sociales.** *(Margarita Rullas y Guadalupe Carretero)*
- Capítulo 12: Rehabilitación de déficit cognitivos.**  
*(Alejandro Florit Robles)*
- Capítulo 13: Ocio y tiempo libre.** *(Milagros Sanz, Olga Gómez y Aníbal Cutanda)*
- Capítulo 14: Integración comunitaria.** *(Belén Lueches, Juan José González y María Jiménez)*
- Capítulo 15: Actividades de apoyo y soporte social.**  
*(Ana M<sup>a</sup> Muñoz, Belén Lueches y Juan José González)*
- Capítulo 16: Apoyo, psicoeducación y asesoramiento a las familias.** *(Juan Fernández y Esther de Grado)*



---

## **CAPÍTULO 5: PROGRAMA DE ACOGIDA Y ENGANCHE**

*Autores: Anibal Cutanda y Mercedes Blanco  
Educadores C.R.P.S. Martínez Campos*

Los programas de acogida y enganche para los usuarios y familiares que acuden por primera vez a los Centros de Rehabilitación Psicosocial tienen por objeto dar a conocer el funcionamiento y los objetivos de trabajo del C.R.P.S., así como integrar al usuario en la dinámica del centro, acompañándole y motivándole durante los primeros meses de estancia.

Además, estos espacios son lugares óptimos para la observación de la conducta de los usuarios durante sus primeros días en el centro, y aportan a los profesionales, de cara al proceso de evaluación, información valiosa para la posterior elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación.

El objetivo final del Programa de Acogida es que el usuario se sienta motivado y pueda llevar a cabo actividades de rehabilitación, y así, optimizar su participación en el C.R.P.S. para un mejor aprovechamiento de los programas que se le ofrece en el centro. En cuanto a las familias, el objetivo es que se sientan protagonistas en el proceso de rehabilitación de su familiar, que son importantes y tengan presente que cuentan con el apoyo y asesoramiento de los profesionales del centro en el proceso que se acaba de iniciar.

### **1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ACOGIDA**

#### **1.1. OBJETIVOS DEFINIDOS PARA USUARIOS**

1. Integrar a los usuarios que acuden por primera vez al C.R.P.S en el funcionamiento cotidiano del Centro.
2. Enseñar al usuario las diferentes posibilidades de acceso al Centro en transporte público, así como entrenarle en el uso del mismo en caso de existir dificultades en su utilización.
3. Potenciar la participación en las actividades lúdicas, sociales, culturales, etc... que ofrece el Centro.
4. Dar a conocer al usuario los horarios y normas del funcionamiento del Centro, así como los recursos que existen cerca del mismo (cafeterías, estancos, autobuses y metro, puesto de prensa donde se compra el periódico del Centro, etc...).
5. Ajustar las expectativas del usuario que acude al C. R. P. S. explicándole tanto las características del proceso de rehabilitación como los programas de soporte y apoyo social.
6. Recoger información, por medio de la observación, sobre el comportamiento de los usuarios en las primeras etapas de incorporación al Centro.
7. Acompañar y motivar a los usuarios en las primeras semanas de incorporación al centro.

---

## **1.2. OBJETIVOS DEFINIDOS PARA FAMILIAS**

1. Conocer el funcionamiento del C. R. P. S., su espacio físico, los profesionales, objetivos y metodología de trabajo.
2. Motivar a las familias para que colaboren y participen en el plan individualizado de rehabilitación.
3. Disminuir las resistencias de la familia de cara a la participación de su familiar en las actividades que se programen en el centro.
4. Ajustar las demandas y expectativas que traen los familiares en relación a lo que el C.R.P.S. puede ofrecer a los usuarios que acuden al centro.
5. Informar y poner en contacto con otros familiares a través de la Asociación de familias, así como potenciar la participación en programas específicos para ellos.

## **2. PROCESO DE ACOGIDA**

El proceso de acogida se inicia con un primer contacto con el usuario y su familiar a través de la primera entrevista realiza con el/la director/a del centro y el psicólogo de referencia (tutor).

En ese primer encuentro se realiza una aproximación de las características del centro, del plan de trabajo, profesionales, instalaciones, información básica del usuario y familia, etc.

Tras esta primera entrevista, el usuario es derivado al programa de Acogida por medio por medio de una ficha de derivación, donde se recogen los datos personales del usuario, el horario en el que va a ser atendido y si se debe realizar de forma individual o en grupo. También aparecen observaciones y datos a tener en cuenta.

El psicólogo se pondrá en contacto con un Educador Social, el cual será responsable de la acogida en función de criterios de idoneidad. Conjuntamente se cierra la primera entrevista con el usuario.

Durante la primera cita se le ofrece información, con el apoyo del material de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, (Guía Informativa Básica y folletos del programa de atención social para personas con enfermedad mental crónica) y tríptico de acogida para usuarios (anexo 1: *Tríptico acogida usuarios*).

En las siguientes citas se le presentará a los profesionales y a los usuarios que acuden al centro, se le dará a conocer el entorno, actividades en las que puede participar, etc. dejándole abierta la posibilidad a la participación e implicación en alguna de ellas.

Si el usuario que participa en el programa de Acogida tiene especiales dificultades de enganche, falta de motivación, problemas con el transporte, etc., el educador social se trasladará a su domicilio para comenzar en su entorno más próximo el proceso de Acogida.

---

El programa de Acogida suele durar un mes, y en algunos casos, se extiende o se acorta el tiempo debido a: no asistencia continuada, lentitud en la implicación en actividades, características individuales del usuario, sintomatología positiva de la enfermedad, facilidad de integración, buena disponibilidad del usuario, etc.

Con relación al programa de acogida de familias, será la Trabajadora Social, junto con el Educador Social encargado de la acogida del usuario, los responsables de dar a conocer las características del centro y su funcionamiento, así como las primeras actividades que van a realizar en el C.R.P.S. Esta información, irá acompañada por el tríptico de acogida para familiares con unos contenidos muy parecidos al de usuarios.

Una vez finalizado el proceso de acogida del usuario, se rellenará la ficha de evaluación y las observaciones pertinentes si las hubiera, trasladando esta información a la junta de evaluación.

## **ESTRUCTURA DEL PROGRAMA**

### **1. TOMA DE CONTACTO CON EL EDUCADOR RESPONSABLE DE LA ACOGIDA Y ACOMPAÑAMIENTO EN CASO NECESARIO**

Cuando un usuario es derivado al programa de acogida, el tutor responsable ha de entregar al educador de referencia la ficha de derivación-evaluación donde se recogen los datos más significativos de la persona derivada.

En el primer contacto con el usuario se entregará el tríptico del C.R.P.S y la guía editada por la Conserjería de Servicios Sociales, sobre la enfermedad mental crónica y sus cuidados.

### **2. PRESENTAR Y CONOCER LA DINÁMICA DE FUNCIONAMIENTO COTIDIANO DEL C.R.P.S.**

Con el tríptico de Acogida se repasan las normas de funcionamiento, horarios, el equipo de profesionales, etc... Se resuelven dudas sobre las actividades que se hacen en el Centro y se ajustan las expectativas con las que el usuario acude al C.R.P.S. También se facilitará el acceso a las actividades que ayuden a su integración y que están abiertas a la libre participación, (salidas culturales, deporte, asamblea mensual,...)

### **3. SALA DE BUENOS DÍAS**

En la sala de buenos días es el lugar donde se reúnen todos los usuarios cuando llegan al centro, lugar de espera para comenzar los programas, se lee el periódico, espacio de relaciones sociales, etc., por lo tanto, es sitio idóneo para conocer al resto de los usuarios. Estar en la sala es un factor importante para la integración del usuario en la dinámica del centro, donde se le invita a participar en las actividades que se estén realizando en ese momento, a conocer a los usuarios que estén en la sala, etc...

---

#### **4. CONOCER LOS ALREDEDORES**

Para aquellos usuarios que no conozcan la zona donde está ubicado el C.R.P.S., se les acompaña a dar una vuelta por la misma con el fin de conocer los recursos de uso más cotidiano como el kiosco de prensa donde se adquieren los periódicos y revistas, las cafeterías más próximas, estanco, paradas de metro y autobuses,...

#### **5. MATERIAL DE APOYO**

El material de apoyo que se entrega a los usuarios en el programa de acogida consiste en los siguientes documentos:

- Tríptico de presentación del C.R.P.S.
- Folletos informativos de los diferentes recursos del Programa de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Guía Informativa Básica para personas con enfermedad mental crónica y para sus familiares, de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

La temporalización es de una vez a la semana, y en todos los casos se invita al usuario a que participe en las actividades programadas

La duración del programa viene determinada por las características personales de cada usuario, pero en ningún caso suele extenderse más allá de la duración del proceso de evaluación.

En los casos en los que se necesite, se incluye el adiestramiento en el manejo del transporte para poder acceder al Centro. En estos casos, el educador encargado de la acogida se trasladara al lugar de residencia del usuario y se diseña un plan de intervención para que pueda trasladarse de forma autónoma al Centro.

A modo de conclusión, el programa de Acogida es el primer contacto que tienen el usuario y la familia con la dinámica del Centro de Rehabilitación, y es especialmente importante para que se produzca el enganche al centro, y el usuario se sienta motivado para el aprovechamiento del proceso de rehabilitación que se va a poner en funcionamiento una vez se hallan evaluado las necesidades de la persona.

---

## **CAPÍTULO 6: AUTOCUIDADOS Y ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

*Autoras: Ana Abad Fernández (\*) y Angélica García Romo (\*\*)  
Terapeutas ocupacionales. (\*) C.R.P.S. Vázquez de Mella; (\*\*) C.R.P.S.  
Martínez Campos*

### **DEFINICIÓN**

Desde sus orígenes del ser humano ya tendía a utilizar sus propios recursos para lograr la supervivencia. Con su evolución, fueron surgiendo diferentes formas de adaptación del sujeto al medio, potenciando al máximo sus habilidades y recursos para posibilitarle un mejor cuidado de su persona, lo que se traduciría en una mayor competencia personal y social.

Esto que puede parecer complejo, no son más que actividades que se llevan a cabo de manera diaria y que, al no existir ninguna dificultad en su desempeño, apenas se da importancia a su realización.

Se definen las *Actividades de la Vida Diaria (AVD)* como “todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo de manera diaria encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que realizamos de forma lo más autónoma posible”.

En principio, estas actividades se centraban únicamente en el área de Autocuidado, pero con el paso del tiempo y la inclusión del individuo en la sociedad, se han ido diversificando. En cualquier caso, para la ejecución de cualquiera de ellas el objetivo que se persigue es la AUTONOMÍA. Se hace referencia a la AUTONOMIA PERSONAL, cuando el sujeto es capaz de realizar las actividades de la vida diaria, basadas en sus propias capacidades, habilidades e intereses sin depender de nadie. Aún así, dentro de esto se podría hablar de diferentes grados de autonomía, ya que por ejemplo una persona con discapacidad física puede ser autónoma a pesar de requerir ayuda técnica y una persona con enfermedad mental no desempeñar AVD, a pesar de no tener ningún tipo de dificultad física.

### **CLASIFICACIÓN**

Al ser un amplio abanico de actividades (comprendidas entre el inicio y final del día) las clasificaremos *en función de su finalidad*:

#### **ABVD. BÁSICAS O AUTOCUIDADO**

Su objetivo primordial es garantizar la supervivencia a través de la satisfacción de las necesidades básicas:

- Aseo y vestido
- Hábitos de vida: sueño, alimentación, salud, consumo de sustancias, etc.

---

## **AIVD. INSTRUMENTALES**

Proporcionan independencia:

- Vivienda: Limpieza y organización de la casa y cocina, prevención de accidentes domésticos, etc.
- Uso y manejo de los medios de comunicación, etc.
- Uso y manejo de transporte, etc.
- Realización de trámites burocráticos, etc.
- Educación vial
- Utilización de recursos formativos y laborales

(Esta área se desarrollará más extensamente en el capítulo 7)

## **ABVD. BASICAS O AUTOCUIDADO**

- *Aseo y vestido*. Estas áreas se trabajan conjuntamente, ya que están estrechamente relacionadas entre sí, dado que la intervención en una de ellas repercute en la otra. Contemplan aspectos tales como:
  - Ducha, aseo diario, lavado y cuidado del cabello, higiene dental, afeitado, depilación, vestido, higiene en la menstruación, elección de ropa adecuada, uso del wc.
- Hábitos de vida.
  - Hábitos de sueño: horarios y calidad del sueño.
  - Hábitos de alimentación: horarios, hábitos en la mesa (velocidad de ingesta, formas...) y dietas.
  - Hábitos de salud: Prevención de enfermedades, ejercicio físico, educación sexual, consumo de sustancias, etc.

## **FUNDAMENTACIÓN**

Desde un enfoque holístico tratando al individuo como algo global y no fragmentado, las dificultades para la ejecución de cualquier tarea y en concreto al hablar de AVD, no siempre estará relacionada con un solo aspecto. Tomando como referencia este planteamiento, existen diversos factores que van a condicionar en gran medida el desempeño de las mismas. Y estos son:

- Propios de la enfermedad.
  - Síntomas positivos o productivos: Alucinaciones, delirios, trastorno del curso del pensamiento...
  - Síntomas negativos: Anhedonia, abulia, aplanamiento afectivo, falta de motivación...
  - Tiempo de evolución de la enfermedad: Ejecución de cualquier AVD en una fase inmediata a la crisis, en años de evolución...

(Todos estos factores se desarrollan en otros capítulos de este cuaderno)

- 
- Otros factores:
    - Pérdida de Hábitos: A consecuencia de la enfermedad existe una pérdida de hábitos, la persona va abandonando poco a poco la realización de tareas que hacía anteriormente.
    - Aparición de nuevos hábitos: Aparecen hábitos que antes no existían y que surgen a raíz de la enfermedad, como es principalmente el consumo exagerado de bebidas excitantes y tabaco.
    - Tipo de personalidad y costumbres: La personalidad condiciona el comportamiento, este unido a los hábitos adquiridos a lo largo del tiempo, capacita para la ejecución de cualquier tarea. Cuando aparece la enfermedad y durante el transcurso de la misma, las capacidades, hábitos y ejecución de las AVD se ven afectadas en mayor o menor medida. Teniendo en cuenta esto, se puede decir que la existencia de hábitos desajustados para una buena ejecución de AVD previa a la enfermedad, suponen un agravamiento en el desempeño de AVD. De la misma manera que unos hábitos ajustados previos a la enfermedad, suponen un mejor pronóstico para la ejecución de AVD. Por ejemplo, si una persona antes de la aparición de la enfermedad, daba importancia a su aspecto personal, cuidaba su vestimenta, se aseaba con frecuencia, etc, tendrá más posibilidades de recuperar unos hábitos adecuados que aquella que anteriormente no los tenía.
    - Modelos familiares y psicosociales: Diferentes factores relacionados con el estilo de vida van a condicionar y explicar en gran medida la conducta que tenemos. Estos pueden ser: tipo de estimulación con el que se crece, condiciones psicosociales, condiciones económicas, de vivienda y habitabilidad, etc.
    - Desempeño de tareas: Con la presencia de la enfermedad mental crónica existe una pérdida de las habilidades o destrezas necesarias para realizar una actividad de forma eficaz. Teniendo en cuenta las unidades conductuales que integran una actividad, es posible que no se realicen correctamente, que exista fallo en algunas, que exista desorden en los pasos a seguir, etc.
    - Falta de autonomía: Los modelos de sobreprotección familiar con los que uno crece, en la mayor parte de los casos, restan autonomía para la ejecución de tareas mermando la capacidad de aprendizaje e impidiendo el desarrollo de otras actividades.
    - Falta de motivación: Si se tiene en cuenta que a raíz de la enfermedad se llega a perder la iniciativa necesaria para disfrutar de actividades lúdicas y gratificantes para uno mismo, se puede suponer que albergará mayor dificultad la existencia de motivación para la realización de aquellas que simplemente cubren necesidades básicas de la misma. Por ejemplo: *“si no tengo interés en practicar bicicleta que era la actividad que más me gratificaba, no me pidas que cuide mi aspecto ya que antes de la enfermedad tampoco lo hacía”*.

Lo referido con anterioridad, puede servir como fundamentación a la hora de argumentar la existencia de un programa específico rehabilitador para la ejecución y desempeño de las AVD. No obstante, a continuación se expondrá de forma específica y concreta, las *dificultades más frecuentes* que se suelen encontrar en el área de *Autocuidado* en personas con *enfermedad mental crónica*:

- 
- Aseo y Vestido: Cuando aparece la enfermedad, uno de los principales hábitos que se pierden casi a priori, es el aseo.
    - Disminución o ausencia de actividades de aseo: ducha, cabello, lavado de cara y manos, higiene dental, higiene durante la menstruación, depilación, afeitado, etc.
    - Desempeño incorrecto en cada unidad conductual de aseo.
    - No utilización de productos de aseo.
    - Cambio de ropa infrecuente.
    - Combinación inadecuada de la ropa dependiendo del clima o la situación.
    - Exceso o ausencia de complementos.
    - No sincronización de la ducha con el cambio de ropa.
  
  - Hábitos de vida:
    - Sueño: Alteración de horarios, calidad del sueño, tiempo destinado a ello (muy frecuentemente dedican muchas horas), etc.
    - Alimentación: Dietas poco equilibradas, horarios irregulares, hábitos inadecuados en la mesa, nula interacción con el resto de la familia o personas del entorno habitual, transformándose este tiempo en una actividad mecánica cuyo único objetivo es la ingesta de alimentos.
    - Hábitos de salud: Práctica de vida sedentaria, automedicación, falta de información en la actuación ante afecciones menores, consumo excesivo de bebidas excitantes, consumo exagerado de tabaco, consumo de sustancias estupefacientes, práctica de juego patológico, práctica irresponsable del sexo y/o dificultades para la satisfacción de sus necesidades en este sentido.

## **JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA**

Si el objetivo general de rehabilitación es conseguir que las personas con EMC adquieran, recuperen o mantengan las habilidades necesarias para vivir en su entorno en las mejores condiciones posibles de calidad de vida y autonomía, cualquier intervención que vaya en esta dirección está ya sobradamente justificada.

El grado de independencia para la ejecución de las AVD, constituye en sí un destacado predictor del curso y pronóstico de la enfermedad, para conseguir llevar una vida lo más normalizada posible.

Interviniendo en AVD se puede decir que no sólo se mejoran considerablemente aspectos específicos relacionadas con ellas, sino que también esta intervención repercute directamente en la autoestima de la persona, así como en el concepto que los demás tienen de ella.

Asimismo se obtendrá una mayor y mejor competencia personal y social mejorando y/o creando unos hábitos de vida adecuados, es decir, conductas más ajustadas en cuanto al sueño, alimentación, reducción de un estilo de vida sedentario, mejora en educación sexual, etc. En general, el establecimiento de hábitos de vida adecuados aporta sin lugar a dudas una mejor calidad de vida.

---

Paralelamente se contribuirá a la mejora de las relaciones familiares, limándose posibles problemas de convivencia dando paso a nuevas fórmulas de interacción, se mejoran las relaciones sociales con la posibilidad de crear nuevos vínculos y una red social alternativa.

Asimismo se facilita una organización del tiempo, lo que le da un sentido de utilidad a los días. Es común que la persona con enfermedad mental crónica, viva todos los días como iguales, sin distinción de ningún tipo, lo que conlleva a una pérdida de todo rol.

## **EVALUACIÓN**

Se trata de conseguir con la evaluación, una información a partir de la cual se pueda comenzar a intervenir. Se podría decir que desde el mismo momento en que comienza la evaluación ya se está interviniendo. Sería un error pensar que con la evaluación, se conoce realmente al usuario; tan sólo se tendrá una idea aproximada acerca del desempeño y autonomía en el área de AVD. Es frecuente que la persona acuda al centro con muchos “miedos y resistencias”, no estando muy predispuesta a contar aspectos de su vida a un profesional que apenas conoce.

La evaluación se obtendrá por diferentes procedimientos: en el centro, visitas a domicilio, en el medio, contraste de información con la familia, etc. Pero existen unas características que una buena evaluación debería reunir las siguientes características:

- Objetividad y claridad
- Empática y terapéutica
- Continuada

A partir de este punto de vista se obtendrá información de la manera más exhaustiva posible, no se darán por supuestos datos que pueden parecer obvios y que luego pueden engendrar dificultades. Por ejemplo: se sabe que un usuario se ducha dos veces a la semana pero los resultados no son tangibles, si no se realiza una evaluación minuciosa se puede pasar por alto que no realiza la actividad adecuadamente ya que no utiliza los productos de aseo indicados para esa tarea.

En la evaluación se obtendrá información sobre:

- Hábitos y formas de desempeño de las diferentes actividades de la vida diaria.
- Frecuencia en el desempeño.
- Nivel de autonomía.
- Grado de dificultad.
- Grado de motivación e interés.

Teniendo claro lo referido con anterioridad, existen multitud de cuestionarios que recogen cuali y cuantitativamente los datos necesarios. Aún así, se puede diseñar aquel que más se adapte a las características y necesidades de los usuarios.

---

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL AVD

- Aumentar y/o mejorar la calidad de vida en personas con EMC.
- Llegar a desarrollar el máximo nivel de autonomía, potenciando sus propias habilidades y capacidades.
- Conseguir un mayor y mejor manejo familiar y social con el fin de lograr la máxima normalización posible.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Partiendo de los objetivos generales, se irán desglosando y desmenuzando en objetivos específicos y estos en operativos, donde se dará comienzo a la intervención.

Es fundamental que los objetivos que se marquen con el sujeto, han de ser *consensuados* con el mismo, ya que de lo contrario la modificación o instauración de hábitos que se pretende conseguir resultará muy costosa: es posible que en un primer momento el usuario siga las pautas que se le han indicado, pero raramente adquirirá el hábito y mucho menos su generalización.

Asimismo se establecerán objetivos *secuenciados* en el tiempo teniendo en cuenta el grado de dificultad para su desempeño. Así mismo serán motivantes para no caer en la realización de pautas de AVD de manera mecánica sin interiorización de ningún tipo.

## METODOLOGÍA

A través de:

- Sesiones individuales: Con la utilización de cuestionarios, registros, observación directa, técnicas de modificación de conducta, modelado, moldeado, refuerzos...
- Sesiones grupales: Donde se les facilitará información acerca de hábitos de vida adecuados, educación para la salud, educación sexual...

La intervención se podrá realizar en el centro, en el medio, en el lugar de residencia, etc., dependiendo de los objetivos que se hayan planteado persiguiendo una mayor operatividad.

## INTERVENCIÓN

Como ya se expuso anteriormente, las personas con enfermedad mental crónica se van a ver afectadas por muchos factores que van actuar en contra de la consecución de los objetivos pretendidos (síntomas propios de la enfermedad, nula conciencia de realidad ajustada, situación premórbida, características psicosociales, características económicas y de vivienda...). Con todo, ello resulta difícil imaginar las estrategias que se pueden utilizar para “enganchar” al usuario.

---

El reto fundamental supone conseguir la MOTIVACIÓN necesaria que les ayude a entender la importancia que tiene una adecuación de sus hábitos desajustados.

Desde esta óptica, una vez detectadas las necesidades y planteados los objetivos, se llegará al consenso con la persona, no con argumentos vacíos y mucho menos con la imposición de pautas, será desde la argumentación convincente y tangible como se llegará a la adquisición o recuperación de hábitos: se le abordará a través de los gustos y roles que desempeñaba antes de la enfermedad y que le gustaría volver a desempeñar.

Partiendo de los objetivos claros, secuenciados y progresivos, se utilizarán todos aquellos elementos que permitan facilitar el aprendizaje: registros, modelado, moldeamiento, reforzadores, feed-back... Asimismo la implicación de la FAMILIA o personas más allegadas a él, va a ser decisiva para conseguir los objetivos. Sería deseable que la familia fuera consciente de esta necesidad, ya que con frecuencia se detectan en el núcleo de la misma pautas relacionales que van a influir en el desarrollo de la intervención que se está realizando: sobreprotección, criticismo...

En general, el tiempo de intervención dependerá en exclusiva de las características de la persona, el curso de la enfermedad, etc. Es importante no olvidar que el ritmo de trabajo lo va marcando el sujeto, de tal manera que lo vaya interiorizando como un aprendizaje motivador y no como una imposición (aunque sin llegar a perder la visión del profesional lógicamente) De la misma forma tampoco existen reglas fijas con relación a la frecuencia de las citas y duración de las mismas.

## **SEGUIMIENTO**

Una vez finalizada la intervención con el usuario, se mantendrá un seguimiento de los objetivos alcanzados verificando que se mantienen en el tiempo, ya que algunos de ellos se pueden ir perdiendo. No solamente el usuario será el primero en percibir este cambio, sino las personas más cercanas a él.

Este seguimiento lo podemos realizar desde diferentes fuentes: el propio usuario, la familia o la observación directa

Propio usuario: A través de su asistencia al resto de actividades del Centro se recogerá esta información.

Familia: Son los que transmitirán la información sobre la generalización de las pautas aprendidas en actividades de la vida diaria, a la vez que se les seguirá ajustando el tipo de manejo que hacen de situaciones cotidianas, evitando la sobreprotección o la hostilidad hacia el sujeto.

Es posible que el usuario necesite una nueva intervención o bien por el contrario sólo con seguimiento sea suficiente. En cualquier caso, es importante el reforzamiento y feed-back desde diferentes puntos de vista como puede ser la de los profesionales, familia, etc.

---

## **CONCLUSIONES**

La discapacidad en hábitos de autonomía personal, es una consecuencia de la enfermedad mental crónica, no es consustancial a ella. Esto significa que se pueden definir y trabajar las discapacidades en vez de considerarlas como algo inevitable.

El trabajo en habilidades y hábitos de autonomía personal, constituye la base del proceso de rehabilitación, una vez instaurados éstos se pueden empezar a rehabilitar otras áreas más complejas.

En el trabajo de creación de hábitos de autonomía personal, la clave es adaptarse a las necesidades del sujeto, facilitando una intervención individualizada que permite una alta flexibilidad en aras de una mayor eficacia y eficiencia

El trabajo mediante objetivos específicos y secuenciados, permite obtener un beneficio tanto en aspectos concretos de los hábitos entrenados como beneficios generales que inciden en la mejora de la calidad de vida de la persona.

Para mantener los hábitos de autonomía personal es fundamental realizar un seguimiento de los objetivos logrados, seguimiento que facilita igualmente la generalización de los beneficios a otros ámbitos de la vida del sujeto.

---

## **CAPÍTULO 7: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - AIVD**

*Autoras: Ana Muñoz Santiago (\*) y Ana Abad Fernández (\*\*)  
Terapeutas ocupacionales. (\*) C.R.P.S. La Elipa;  
(\*\*) C.R.P.S. Vázquez de Mella*

### **DEFINICIÓN**

Las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AIVD), son aquellas acciones que necesitan de un objeto intermediario para su desarrollo, con el fin de que el individuo presente un adecuado nivel de desempeño y competencia social.

Se podría utilizar cualquiera de las múltiples definiciones que existen para intentar definir que se entiende por Actividades de la Vida Diaria y más concretamente cuando se hace referencia al apartado de Instrumentales AIVD.

En un principio se basaba en aquellas actividades que perseguían un adecuado nivel de supervivencia (AVD Básicas o de Autocuidado), pero debido a la evolución del ser humano en la sociedad, se han ido ampliando en cantidad y en algunos casos en complejidad.

### **CLASIFICACIÓN**

- Habilidades de limpieza y organización doméstica:
  - Limpieza doméstica: utilización de electrodomésticos de limpieza, utilización de utensilios de la casa (bayeta, recogedor, cepillo de barrer...), fregar el suelo, fregar los platos, barrer el suelo...
  - Organización doméstica: elaboración de la comida, realización de la lista de la compra, realizar pequeñas reparaciones, prevención de accidentes...
- Manejo social:
  - Manejo de dinero: monedas en curso, cambio de correspondencia, contabilidad, presupuestos domésticos, administración del dinero...
  - Comunicación y transporte: uso de los transportes públicos (metro, autobús, tren...), utilización de billetes, uso del teléfono...
  - Recursos comunitarios: Utilización de los diferentes recursos comunitarios (bibliotecas, centros culturales, asociaciones, centros educativos...)
- Conocimientos básicos:
  - Lecto-escritura: lectura básica, hábitos de lectura, comprensión, reglas ortográficas básicas, gramática y redacción.
  - Orientación temporal y orientación espacial: utilización de planos, callejeros...
  - Habilidades numéricas: cálculos sencillos, y solución de problemas básicos.

- 
- Orientación socio-cultural: actividades culturales, centros de formación, bibliotecas (préstamo y consulta), programa de radio y televisión.

Los usuarios que presentan dificultades en las AIVD, pueden repercutir en otras facetas de la vida diaria, áreas como el ocio, laboral, familiar..., cuya consecuencia sería la falta de integración social de la persona con enfermedad mental crónica.

## **OBJETIVOS GENERALES**

- Valorar al usuario en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), teniendo en cuenta los siguientes factores:
  - Patología.
  - Capacidad cognitiva (deterioro).
  - Nivel cultural y social.
  - Entorno en el que vive: pueblo, barrio de una ciudad...
  - Experiencias previas.
  - Condiciones de vivienda y habitabilidad.
  - Personas con la que convive (sólo, familiares, cuidadores,...)
- Informar al usuario del proceso a seguir, antes y después de la valoración.
- Facilitar y promover el apoyo de los cuidadores prestando la información y el apoyo necesario por parte de los profesionales de la rehabilitación psicosocial.
- Una vez terminada la evaluación, establecer los objetivos específicos con el usuario y de que manera se van a llevar a cabo.
- Integración social: facilitar y promover la integración de las personas con enfermedad mental crónica en la sociedad.
- Facilitar la utilización de los diferentes recursos comunitarios, acercando al usuario el conocimiento y el uso de estos recursos.
- Recuperar el hábito: mejorando y/o recuperando éste si se ha perdido; favoreciendo mediante programas adecuados la reeducación del mismo, capacitando al usuario de conocimientos que le permitan poner en práctica lo que ha aprendido.
- Mantenimiento de los hábitos: revisar que se sigue conservando.
- Conseguir una autonomía en el manejo de las AIVD, que otorguen una calidad de vida adecuada al sujeto.
- Recuperar los roles que se desarrollaban en su momento y que dan un sentido de utilidad a la persona.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Recuperar y/o mantener las habilidades de limpieza y organización doméstica:
  - Limpieza doméstica: utilización de los utensilios de la casa (fregona, recogedor...), uso adecuado de los productos de limpieza (lejía, amoníaco...), etc.
  - Organización doméstica: cocina básica, lista de la compra, etc.
- Recuperar y/o mantener el manejo social:
  - Manejo del dinero: conocimiento de las monedas en curso, cambio de correspondencia, administración del dinero: conocer los gastos imprescindibles...

- 
- bles fijos, ser capaz de establecer prioridades, planificar el ahorro y los gastos futuros, etc.
  - Comunicación y transporte: utilización de los servicios de correos, echar una carta, reconocer los buzones, utilización de los sellos de correos, realizar llamadas telefónicas, utilización de las guías de teléfono, obtener información telefónica, recoger y dar avisos telefónicos, conocimiento de los medios de transporte público (tren, autobús, metro, taxi,...), sacar un billete,...
  - Recursos comunitarios: utilización de los recursos comunitarios (bibliotecas, centros culturales,...), conocimiento de los recursos más cercanos, ubicación y forma de acceso a ellos,...
- Recuperar y/o mantener los conocimientos básicos:
    - Lecto-escritura: disponer de conocimientos básicos de lectura y escritura para estar informados de lo que sucede cada día a su alrededor y también para realizar trámites,...
    - Orientación temporal y orientación espacial: saber que actividades se realizan durante la mañana, tarde y noche, fecha en la que estamos, manejo del plano (callejero, mapa de carreteras,...), ubicación en un plano,...
    - Habilidades numéricas: conocimientos de los números, realización de cálculos sencillos,...
    - Orientación socio-cultural: conocimiento de recursos comunitarios (biblioteca, centros culturales,...).
  - Formación y empleo:
    - Historia académica y laboral previa, intereses formativos, laborales y/u ocupacionales, búsqueda y uso de recursos laborales específicos.

## **METODOLOGÍA**

Al llegar los usuarios al CRPS, se comienza el proceso de evaluación, donde, además de los datos clínicos y de enfermedad, se recoge el desempeño de todas aquellas actividades de la vida diaria de manera exhaustiva, con el fin de ajustar mucho mejor las necesidades, comprobando las habilidades que tiene deficitarias y las habilidades que tiene conservadas. A partir de aquí, se establecerán los objetivos a trabajar reflejados en su Plan Individualizado de Rehabilitación.

Los objetivos terapéuticos que se plantean sobre las AIVD deberán seguir una metodología básica, si se quiere conseguir un aprendizaje y una generalización de lo aprendido. Si esto no es así se puede correr el riesgo de que la persona realice alguna pauta de la consignada por compromiso, pero no se establecerá el hábito y por consiguiente el rol que se desea implantar y/o recuperar.

Desde este punto de vista se establecerán objetivos consensuados, secuenciados en tiempo y grado de dificultad y fundamentalmente motivantes. Para conseguir de manera óptima el resultado, se deberá tener en cuenta como punto de partida las condiciones en que se desarrolla el sujeto. No será lo mismo establecer unos objetivos para el desempeño de tareas domésticas en una persona que viva sola y tenga que vivir de manera autónoma e independiente, que para aquella que vive con su familia y donde

---

roles en su casa, no recaen más que en la figura materna de ama de casa. O bien, por ejemplo, si se llega al acuerdo con el usuario, de participar de las tareas de casa para la recuperación del rol que ya tenía y resulta que lo que menos le gustaba era encargarse de la elaboración de alimentos y de la compra, la intervención terapéutica no debería comenzar por estas tareas; sino por aquella que le resulte más gratificante para luego generalizar a otras.

El programa de AIVD se podrá abordar en grupo o individualmente. La realización en uno u otro formato dependerá de las características de los usuarios propuestos para el programa, de sí son o no homogéneos es decir, si tiene las mismas características y las mismas necesidades. Si en ese momento en el CRPS no hay usuarios para iniciar un grupo o el usuario no cumple con el perfil, se iniciará con él una atención individualizada dentro del programa de AIVD. Se da también el caso de que la intervención requiera de sesiones individuales desde el principio debido a las características propias del sujeto y/o de la familia. En cualquier caso, ambos formatos se podrán trabajar tanto en el Centro, como en el medio, el domicilio, etc... basados en las necesidades de la persona y los objetivos planteados.

En el aspecto que más se debe incidir es en el de la *motivación*, ya que la persona con enfermedad mental crónica, tiene enormes dificultades para mantener las AVD. Éstas cursan con una serie de consecuencias en la vida cotidiana tales como las relaciones con los demás, rechazo social, etc... El objetivo será reflejar esta necesidad para poder mejorar estas dificultades con lo que repercutirá a su vez en otras áreas de la vida.

## **INTERVENCIÓN**

Es frecuente que desde que se evalúa el desempeño de AIVD, surja la necesidad de intervención en esta área, momento a partir del cual se plantean los objetivos terapéuticos basados en los déficits.

La motivación será fundamental para conseguir el aprendizaje o recuperación necesaria para el desempeño del rol. Asimismo, no se tiene que olvidar que no sólo las consecuencias de la enfermedad mental en sí van a incidir en que no se realicen las AIVD, sino que también un conjunto de factores van a afectar a este desempeño. Por ejemplo: la personalidad previa del individuo, la ejecución de tareas que antes realizaba, las características psicosociales y de la familia, económicas, de vivienda y habitabilidad, situación premorbida, etc.

Partiendo de los objetivos secuenciados, progresivos y motivacionales, comenzará la labor del aprendizaje y/o recuperación de actividades. Buena parte de éstos se basa en la sistematización de tareas y por supuesto del acuerdo con las familias o personas que conviven con el usuario. De nada serviría implantar algún hábito, si éste no se generaliza de manera cotidiana en casa. Las causas de la falta de generalización pueden ser múltiples: falta de oportunidad, suplencia por sobreprotección o por no reforzar en la medida de lo posible los avances, etc. Es muy común escuchar a familias que dicen "*cómo voy a pedir que mi hijo realice una tarea, si el pobrecito está enfermo*"... La intervención será la encargada de hacer llegar a las familias la necesidad de

---

implantar otra forma de conducta, de no justificar todo en la enfermedad y que se debe exigir una cooperación en quehaceres para facilitar la convivencia como cualquier otro miembro de la familia.

El tiempo de intervención siempre vendrá dado por el usuario y sus circunstancias, es decir, del ritmo que cada persona tenga aunque evidentemente no hay que perder la perspectiva de lo adecuado por parte del profesional. Si no se respeta esto que puede parecer obvio y se conduce al usuario a la ejecución de la tarea de forma rápida sin un aprendizaje interiorizado, llevados por la prisa del profesional y no del usuario, no se conseguirá más que frustrar el trabajo del profesional y frustrar al usuario, al ver que no ha conseguido lo que se le planteaba. Por tanto, habrá usuarios donde por ejemplo tras dos meses de intervención ya se han conseguido una parte de los objetivos y otros en donde después de un año, todavía se estén iniciando. Asimismo, la frecuencia entre las sesiones será relativa, existen usuarios donde ésta será mayor y en otros menor.

Para explicar de manera más gráfica y esquemática el proceso de intervención en sí, a continuación se expone un caso práctico:

Sesión de AIVD: Utilización del teléfono público.

*Dos usuarios de características similares. Después de varias sesiones de explicación de uso del teléfono público consistentes en las siguientes unidades conductuales:*

- *Utilización de tarjeta telefónica, comprobando que hay saldo para poder realizar la llamada.*
- *Cuánto dinero debe echar en la cabina para realizar una llamada local.*
- *Que para realizar una llamada local dentro de la misma ciudad, en este caso Madrid, hay que marcar el 91 y después marcar el número de teléfono correspondiente.*
- *Cómo pedir información por teléfono.*
- *Números de teléfono que tendrá que saber o deberían llevar anotados.*
- *Ubicación de la cabina telefónica.*

*La última sesión consiste en ir a la cabina telefónica llevando a cabo una serie de tareas que se han realizado en sesiones anteriores utilizando roll-playing:*

- *Usuario 1. Objetivo planteado: Llamar al 1003 (información telefónica) y pedir el número de teléfono del Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal.*
- *Desarrollo de la tarea: El usuario echa dinero en la cabina, llama al 1003, saluda "buenos días", pide el número de teléfono dando los datos correspondientes: "Por favor, ¿podría facilitarme el número de teléfono del CSM de Ciudad Lineal situado en la avenida de Badajoz número 14 de Madrid?". El usuario tiene preparado un bolígrafo y un papel donde apunta la información que le dan.*
- *Usuario 2. Objetivo planteado: Llamar al CRPS de la Elipa para pedir cita con su psicólogo.*
- *Desarrollo de la tarea: El usuario echa dinero en la cabina, tiene preparado el número de teléfono donde va a llamar, marca el número, saluda y pide cita para su psicólogo para el viernes pero le dicen que no es posible y entonces cuelga el teléfono.*

---

*Posteriormente se valora como ha transcurrido la sesión dando feed-back. El usuario comenta que no ha tenido ninguna dificultad, que se puso un poco nervioso cuando tenía que anotar el número de teléfono.*

*Al usuario 2 se le pregunta si considera que existiría otra posibilidad de concertar una cita con el psicólogo. Éste se da cuenta que había podido pedir cita para otro día en lugar de colgar. A ambos se les da feed-back, motivándoles para la próxima sesión y se marcan tareas para realizar en casa (traer dos ejemplos de situaciones parecidas) que tienen que traer para el próximo día.*

## **EVALUACIÓN**

- Aspectos previos a tener en cuenta:

Con la evaluación se inicia un proceso (aunque en ocasiones se solape con la intervención), para obtener información acerca del desempeño en este tipo de actividades de la vida diaria. Ésta debe ser exhaustiva no dando por entendido datos que pueden ser obvios, pero que sin embargo pueden ser base de dificultad. Por ejemplo: *“podemos creer que el manejo de transporte en un usuario es bueno y no tener dificultades en su manejo y, sin embargo, existe la dificultad de realizar trayectos fuera de los conocidos”*.

La evaluación se obtendrá en diferentes contextos tanto en el Centro, como en el domicilio, medio, etc., pero existen unos puntos comunes que son independientes tanto al tipo de evaluación como al lugar donde se desarrolle. Son los siguientes:

- Objetiva, clara y específica
- Continuada
- Terapéutica y empática
- Explicando al usuario en todo momento el proceso.

En la evaluación se debería recoger los siguientes items:

- Hábitos y forma de desempeño de las actividades de la vida diaria
- Frecuencia en el desempeño
- Intereses y motivación
- Grado de dificultad
- Nivel de autonomía
- Instrumentos de evaluación
  - Entrevista semi-estructurada con el usuario donde se le pregunta por el manejo que tiene del medio, de qué manera se desenvuelve, qué dificultades presenta y con qué apoyos cuenta.
  - Entrevista con familiares o cuidadores del usuario. Se contrasta la información que aporta el usuario con la que aporta la familia sobre todos los aspectos de vida diaria.
  - Contrastar información con los demás profesionales del equipo multidisciplinar. Existen datos que puede no facilitar el usuario y que sí lo aporten el resto

- 
- de profesionales ya que han observado su conducta en contextos diferentes. De esta manera se ajustará adecuadamente el programa en AIVD.
- Observación directa. Cuando el usuario acude al programa, se observa en las sesiones su nivel de desempeño, dificultades, habilidades, asistencia, etc.
  - Escalas. Existen multitud de ellas que registran de manera ajustada los datos necesarios utilizando aquella que más se ajuste a las características y necesidades de los usuarios. Incluso se podrá diseñar alguna si no concuerda con lo que se necesita, dadas las características de la persona y el recurso. Algunas de éstas son por ejemplo las de Cruz Roja, Barthel, Katz...

## **SEGUIMIENTO**

Tras el proceso de intervención y una vez que ya se han conseguido los objetivos terapéuticos en cuanto el desempeño de AIVD, no será el usuario susceptible de que se siga interviniendo del mismo modo. Se pasaría entonces a otro proceso diferente que es el de *seguimiento*, consistente, de acuerdo con el usuario, en crear un tiempo y espacio dedicado a la supervisión de objetivos alcanzados para verificar su cumplimiento, dificultades, grado de satisfacción, etc. Igualmente la frecuencia será planteada con el usuario.

En el caso de que se verifique que puede existir un retroceso en el cumplimiento de los objetivos y el aprendizaje realizado, causados por distintos motivos (modificación de la situación del usuario, aparición de circunstancias nuevas, etc.) se volverá a iniciar el proceso de intervención.



---

## CAPÍTULO 8: PSICOMOTRICIDAD

*Autoras: M<sup>a</sup> Carmen Cabanillas (\*) y Carmen Fernández (\*\*)  
Terapeutas ocupacionales. (\*) C.R.P.S. Getafe; (\*\*) C.R.P.S. Arganda*

### FUNDAMENTACIÓN

A principios del siglo XX comienzan los estudios pioneros que investigan la importancia de la psicomotricidad. Hacia 1920 Dupré formula por primera vez este término. En la década de los 40 Wallon estudia la relación entre la maduración fisiológica e intelectual y la importancia del movimiento para llegar a la madurez psicofísica. La práctica de la psicomotricidad comienza como reeducación psicomotriz dirigida a problemas pedagógicos en niños, como la dislexia.

Hacia los 70 aparecen diferentes abordajes dependiendo de los distintos autores que se encargan de su estudio. Así, Wallon habla de los estadios del desarrollo del medio corporal en relación a la evolución de la personalidad. Piaget investiga el mismo concepto, pero en relación al desarrollo intelectual. Defontaine basa la psicomotricidad en la toma de conciencia de sí mismo y de la actividad, nos introduce en la dimensión existencial de la psicomotricidad y propone reconciliar al hombre, ya sea niño, adulto o anciano, con el uso de su cuerpo. Aucouturier y Lapierre proponen facilitar el desarrollo de la organización perceptiva, el descubrimiento de sí mismo y del mundo que les rodea. El concepto general es el cuerpo como mediador del desarrollo personal, pero dependiendo de las teorías, interactúan distintos factores.

Todas estas incursiones en los antecedentes históricos nos aportan conocimientos sobre el comienzo y desarrollo de esta técnica. Situándonos en la práctica actual existe una definición, consensuada por las distintas asociaciones españolas de psicomotricidad:

*“La psicomotricidad integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad así definida desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. Partiendo de esta concepción se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico”.*

En el Modelo de Ocupación Humana (Gary Kielhofner, 1985), el ser humano es un sistema abierto que toma la información desde el ambiente interno y externo, posteriormente actúa o convierte esta información en actividad (habilidades de funcionamiento y conducta ocupacional), mediante los 3 subsistemas jerarquizados interrelacionados que son volición (“por qué y qué hacemos”, es la motivación y la elección), habituación (“cuándo y qué hacemos”, organización del desempeño de tareas en el tiempo) y ejecución (“cómo lo hacemos”, capacidades básicas para la acción).

En el desarrollo de la actividad, se habla de habilidades psicomotoras relacionándose capacidades y déficits. Éstas se dividen en tres básicas:

- 
- Habilidades Motoras: movimiento y postura.
  - Habilidades de Procesamiento (cognitivas): proporcionan aprendizaje y manejo de procesos cognitivos en la realización de actividades.
  - Habilidades de Comunicación e Interacción (relacionales): acciones dirigidas al espacio, a objetos o a otros.

Proporcionan la base para la acción autónoma y dirigida, ya sea mediante el propio cuerpo, con objetos intermediarios o a través de relaciones con otras personas, para un fin determinado de la vida diaria. Todas ellas comprometen la competencia de la persona en su desempeño ocupacional.

La población con enfermedad mental crónica tiene menoscabados sus roles puesto que están afectadas todas las habilidades descritas anteriormente. Aquí incide especialmente la sintomatología negativa.

A nivel *motor* existe un enlentecimiento general, inexpresividad facial, el eje corporal está desplazado anterior o posteriormente, actitud cifótica, tronco rígido, brazos colgantes y manos en posición indiferente, respiración superficial y agravada por consumo de tabaco.

A nivel de *procesamiento*, hay un deterioro progresivo y se aprecian alteraciones en las capacidades de atención y concentración, empobrecimiento del lenguaje y pérdida de capacidad de abstracción.

A nivel de *comunicación e interacción* existe bloqueo o incongruencia en la respuesta emocional, retraimiento y aislamiento social, pérdida de interés social, falta de objetivos, pérdida de interés por su aspecto e higiene personal, bloqueo ante la interacción con objetos, rechazo y dificultad para el contacto físico.

El estudio de las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción fue desarrollado para encontrar las necesidades de interdependencia para conseguir la independencia funcional de la persona.

## **OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL:** Favorecer el autoconocimiento y la relación con los objetos, el espacio, consigo mismo y con los otros; alcanzando así el desarrollo global del sujeto.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Desarrollar las habilidades motoras:
  - Postura y equilibrio.
  - Movilidad
  - Fuerza y esfuerzo
  - Energía físico-motora
- Desarrollar las habilidades de procesamiento:
  - Organización temporal.

- 
- Organización de espacio y objetos.
  - Energía-procesamiento.
  - Uso del conocimiento.
  - Busca el conocimiento.
- Desarrollar las habilidades de relación.
  - Tomar conciencia de todo su cuerpo y de sus posibilidades de movimiento.
  - Adquirir una imagen ajustada y positiva.
  - Aceptar sus capacidades y limitaciones, respetando las diferencias con el otro.
- Estimular las capacidades perceptivas:
    - Estimular la percepción táctil y el reconocimiento de texturas y volúmenes.
    - Estimular la percepción auditiva, promoviendo la capacidad de escucha.
    - Estimular la percepción visual.
- Facilitar las distintas formas de expresión (oral, escrita, gráfica y corporal):
    - Lenguaje corporal.
    - Lenguaje gráfico.
    - Lenguaje oral.
- Favorecer la comunicación con los demás y con el medio:
    - Dominio físico.
    - Intercambio de información.
    - Relaciones.
- Estimular la capacidad creativa:
    - Generar gran cantidad de ideas.
    - Desmenuzar un todo en sus partes.
    - Generar ideas infrecuentes.
    - Modificar una idea en otra.
- Adquirir y desarrollar autonomía, confianza y seguridad en sí mismo.
  - Facilitar el desempeño de las actividades de la vida diaria.

## **EVALUACIÓN**

El proceso de intervención en psicomotricidad requiere una evaluación previa del estado psicomotor de la persona. Es un factor a tener en cuenta en el plan individualizado de rehabilitación (P.I.R.)

A continuación se va a detallar los contenidos generales que hay que observar en la evaluación psicomotriz del usuario.

### **HABILIDADES FÍSICAS**

*Postura y equilibrio:* evaluar sus habilidades para estabilizar, alinear y posicionar su cuerpo para ejecutar una actividad.

---

*Movilidad:* evaluar sus habilidades para realizar la marcha, alcanzar, girar y doblar su tronco, usar distintas partes del cuerpo de manera bien coordinada, destreza manual y rigidez en cualquier parte del cuerpo.

*Fuerza y esfuerzo:* evaluar sus habilidades para mover, transportar, levantar y agarrar.

*Energía Físico-motora:* evaluar sus habilidades para persistir y completar la actividad sin evidencia de fatiga y el ritmo que permite la realización de la actividad dentro de una cantidad razonable de tiempo.

## **HABILIDADES DE PROCESAMIENTO**

*Organización temporal:* evaluar su capacidad de iniciar, continuar, secuenciar y terminar una acción.

*Organización del espacio y objetos:* evaluar su capacidad de buscar, reunir, organizar y restaurar los materiales y herramientas.

*Energía-procesamiento:* evaluar su capacidad de mantener la atención y el ritmo cuando ejecuta las secuencias de la actividad.

*Uso del conocimiento:* evaluar su capacidad de seleccionar los materiales y comprender el propósito de la tarea.

*Busca el conocimiento:* evaluar su capacidad de preguntar y detectar lo que hace falta para desarrollar la actividad.

## **HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN**

*Dominio físico:* evaluar como contacta, contempla, gesticula, maniobra, se orienta y posiciona.

*Intercambio de información:* evaluar sus habilidades para articular, expresar desacuerdos/negativas/deseos, preguntar, expresar, modular, hablar y si mantiene un discurso con apropiada duración.

*Relaciones:* Evaluar el tipo de vínculo que establece.

La herramienta a utilizar es la Actividad Diagnóstico-Terapéutica. Se valorarán estos aspectos al inicio, en el proceso y al final de la intervención en el programa con el fin de ir revisando los objetivos planteados al inicio al programa.

## **METODOLOGÍA**

El espacio utilizado, asociado a la práctica de la psicomotricidad es muy importante:

---

Si es posible siempre será la misma sala, debido a la dificultad que estas personas presentan para enfrentar un cambio. Un espacio nuevo ofrece un desafío para el control personal y el sentido de la seguridad.

La sala será amplia, bien iluminada y con una temperatura agradable: no se puede dar la sensación de frío, pero tampoco puede hacer calor puesto que después del movimiento la temperatura aumentará, y si la temperatura es muy alta puede influir negativamente en el desarrollo de la actividad.

Es aconsejable que haya un espejo en alguna de las paredes para trabajar la imagen corporal.

El número ideal para un grupo es de 10 personas y siempre serán las mismas personas por lo comentado anteriormente.

Se delimitará la duración de la sesión, siendo lo ideal de 45 minutos a 1 hora. También se indicará la frecuencia siendo lo ideal 1-2 veces en semana.

La intervención puede ser tanto individual como grupal aunque aquí se van a tratar específicamente las grupales. Se comunicará a todos los participantes quienes van a ser sus compañeros.

Se programará la intervención, aunque, si es necesario en cada sesión según evolucione el grupo, se readaptará a la situación de los participantes.

El psicomotricista conduce la sesión aportando las consignas de trabajo, a la vez que observa la participación de cada persona, se sitúa en una posición de copartícipe, siempre pendiente de la vivencia de cada uno y del grupo en la sesión.

Se explicará a los participantes el uso de la actividad para conseguir los objetivos planteados.

Una sesión se secuencia en:

1. *Comienzo de la sesión.* La duración es de aproximadamente 5-10 minutos. Se divide en 2 partes:

- a) Verbalización: recordar experiencias de sesiones anteriores y también acerca de los participantes, de los que están, de los que faltan y de cómo se sienten para comenzar la sesión.
- b) Actividad de inicio: son las actividades con las que se prepara a los participantes para conseguir mayor implicación en la siguiente parte de la sesión. Esta parte es de contención y donde se empieza a percibir. Se comienza el movimiento de una manera insidiosa y sin causar ansiedad (a través de gestos individuales, palabras, y/u objetos, o una combinación de todo lo anterior). Se puede comenzar en el sitio, desde sentados. Ya aquí comienzan a desempeñarse todas las habilidades que se trabajarán en toda la sesión.

2. *Núcleo.* La duración es de aproximadamente 20-30 minutos. En esta parte es donde se trabajan las actividades específicas para conseguir los objetivos, aunque

---

siempre van a ser sesiones donde se desarrollen de manera global toda las habilidades, teniendo en cuenta que se potenciarán más unas que otras dependiendo de los objetivos propuestos.

La interacción se posibilitará de manera progresiva dependiendo del grupo aunque se puede desempeñar la actividad al principio de una manera individual, después en parejas y después en grupo.

3. *Final.* La duración es de aproximadamente 10-15 minutos. Aquí se produce el distanciamiento, a través de relajación (aunque no es imprescindible), y del lenguaje gráfico, plástico y/o verbal de lo experimentado.

Para cualquiera de las 3 partes de la sesión podemos utilizar material, objetos cotidianos o conocidos. Cada material va a presentar unas características distintas que se debe aprovechar dependiendo de los objetivos a conseguir. Podrán estimular tanto visual, como táctil, auditiva, olfativa e incluso gustativamente.

Los materiales más utilizados son cojines grandes o pequeños, balones, cuerdas, aros, picas (palos), elásticos, plastilina, barro, papel, tacos de distintas alturas, telas de diferentes texturas, instrumentos musicales, música, etc. y cualquier material que facilite la interacción de los participantes y el logro de los objetivos.

El material permite:

- a) Desarrollar la representación mental. Ejemplo: con una cuerda se puede simbolizar una serpiente, con un aro simbolizar objetos redondos y su uso (volante, plato, etc.). Se transforma un objeto conocido en otro por descubrir.
- b) Facilitar la comunicación, puede permitir el acercamiento e interacción de 2 o más personas. Ejemplo: mover al compás de la música una cuerda entre dos personas.
- c) Complementar la expresión del cuerpo. Ej.: con una aro en la cintura se simbolizan autos de choque que están en movimiento chocando unos con otros.

## **DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN**

Para que la intervención psicomotriz sea eficaz y el participante pueda conseguir logros, son muy importantes las siguientes premisas, por parte del psicomotricista:

1. El conocimiento del desarrollo del individuo a tres niveles:
  - Volición—Cual es su conocimiento personal, en cuanto a confianza personal en sus habilidades, sus valores, lo que para el individuo es importante en la vida y sus intereses u ocupaciones placenteras.
  - Habitación—Cuales son sus patrones de conductas rutinarias, sus roles u ocupaciones para satisfacer demandas del ambiente.
  - Ejecución—Cuales son sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción.

---

2. El conocimiento de la patología de los participantes.

3. Las posibilidades y límites de uno mismo, conocimientos, intereses y capacidad de comprensión y adaptación a nuevas situaciones.

Esto va a facilitar la planificación y adaptación continua de las sesiones a los participantes para conseguir estos objetivos.

La utilización de la música como precursor de los movimientos va a ser muy importante. Se adaptará la música al tipo de movimiento que se quiera conseguir. Si lo que nos interesa son movimientos proximales, globales y amplios se utilizará música lenta (ej.: música clásica, baladas, etc.), si lo que queremos conseguir en cambio, son movimientos más distales, finos y pequeños la música adecuada será rápida y con muchos cambios (ej.: polkas, música actual rápida, etc.). En una misma sesión dependiendo del momento en el que se esté, se utilizará uno u otro tipo de música.

Aunque en todas las sesiones se trabajan los tres tipos de habilidades, se puede orientar la sesión a que se trabaje, más lo motor, más lo cognitivo o más lo relacional.

## **SESIÓN DE PREDOMINIO MOTOR**

1-b) Actividad de inicio “Palmadas”: Con música rápida desde sentados, se sigue el ritmo, con palmadas, después palmada con mano derecha, en pierna derecha; la contraria; con las dos; hacer ruido con pie derecho; con el otro; con los dos; palmadas arriba; palmadas abajo. De pie, palmadas arriba, palmadas abajo, etc.

2. Núcleo, “Formas abiertas-cerradas”: Se sigue con música, ahora de ritmo lento y hacer movimientos o posturas (se hace modelado si es necesario) bailando al ritmo de la música:

- A nivel alto
- A nivel medio
- A nivel bajo
- A nivel alto y amplios
- A nivel alto y pequeños
- Medio y amplios
- Medio y pequeños, y demás combinaciones.

La misma actividad añadiendo:

- Formas-movimientos iguales (todos los componentes del grupo siguen la iniciativa de uno del grupo).
- Formas desiguales.
- Formas abiertas (no se tocan ningún punto del cuerpo).
- Formas cerradas (tocándose alguna parte de su cuerpo).
- Formas cerradas iguales, abiertas iguales, cerradas desiguales, abiertas desiguales.

A continuación la misma actividad en grupos de 5, 3 y 2 personas.

---

3. Final, se produce el distanciamiento y de manera verbal, desde sentados, los usuarios hacen un resumen de la sesión y se expresa lo que se ha sentido, si ha sido difícil, etc.

### **SESIÓN DE PREDOMINIO COGNITIVO**

1-b) Actividad de inicio “Como si fuera”: Sin música desde sentados, cada uno tendrá una pica e imaginará lo que quiere que sea su pica y la utilizará como tal, (un paraguas, una guitarra, un remo, etc.) sin decir lo que es, después se hacen preguntas, *¿qué es?, ¿cuántos objetos eran de madera?, ¿cuál sirve para...?, ¿dónde se compra?, etc.*

2. Núcleo, “Elementos de un paisaje”: Todos ocupan la sala bailando sueltos, al cesar la música, cada uno representa con su cuerpo un árbol.

Lenguaje: *¿Qué árbol eres?, ¿Das fruto?, ¿Das sombra?, ¿A quién?, ¿Dónde estás?, ¿Cómo te mueves con el viento?*

De nuevo la música y movimiento libre por todo el espacio. Si para la música, forman una casa.

Lenguaje: *¿Qué clase de casa?, ¿De qué color?, ¿Dónde estás?, ¿Quién vive?, etc.*

También se hace con montaña, con puente, con río, y después se hace en parejas, y en grupo, más tarde se representa un paisaje representando todo lo que se ha trabajado.

3. Final, se produce el distanciamiento y de manera gráfica cada uno dibuja en un folio los elementos que ha representado y el paisaje final y después todos ven todos los dibujos y se comentan y también se comenta cómo ha ido la sesión.

### **SESIÓN DE PREDOMINIO RELACIONAL**

1-b) Actividad de inicio “Los colores”: Desde sentados y sin música, el grupo se divide en dos colores. Cada uno pegará en su mano una pegatina del color que le llegue, y pasará el resto al siguiente. Lenguaje: *“¿De qué color sois?, Los rojos dicen su nombre de uno en uno, después los azules”.*

Se dejan dos cuerdas en el suelo, todos los del mismo color se unen cogiendo la misma cuerda.

Con música mientras bailan a la orden, cogen y sueltan la misma cuerda. Se dejan 5 cuerdas si son 10 participantes y tienen que coger la misma cuerda de mismo color y después de distinto color (también tendrán que solucionar que hacer cuando son impares).

---

2. Núcleo, "Corro, parejas y solos": Después de contrastes de movimiento donde los participantes se expresen como quieran, se hace un corro.

Se trata de cambiarse de lugar (preferentemente con los de enfrente) pasando por el círculo. Para ello se hará un gesto llamando la atención, y diciendo el nombre a la persona con la que se cambia.

Al cruzarse: darse la mano, chocar las manos, darse la vuelta enlazados por el brazo, hacer una reverencia, un gesto de rechazo, un gesto de seducción, etc.

Por parejas: salir por parejas al centro del círculo, bailar unos segundos, y volver al sitio.

Solos: salir solos al centro del círculo, bailar y volver al sitio.

3. Final, se produce el distanciamiento y de manera escrita se expresa como ha sido la sesión y lo que se ha sentido, y se ha hecho.

## **SESION PRÁCTICA**

*CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS COMPONENTES QUE ASISTEN A LA SESIÓN: Presentan dificultades principalmente:*

- *En la toma de conciencia del propio cuerpo, de los elementos que lo componen y de sus posibilidades y limitaciones.*
- *En la escasa o nula relación con los objetos, espacio y los otros.*
- *Escasa tolerancia a la frustración.*
- *En las habilidades de procesamiento: atención y orientación espacio temporal.*
- *En las habilidades motoras: Movilidad de cada uno de los segmentos corporales, postura, equilibrio, fuerza, esfuerzo y resistencia.*

*OBJETIVO: Relación con el objeto, el espacio y los otros.*

*MATERIALES: depende de la elección que haga la persona (pelota, picas, aros...) y cuerdas.*

*CONTENIDOS DE LA SESIÓN:*

*INICIO:*

1. *Preguntar como se encuentran.*
2. *Elegir un objeto de la sala de material.*
3. *Explorar el objeto que han elegido. Tocar, mirarlo, ver los distintos sonidos que producen.*

*NÚCLEO*

1. *Jugar libremente con el objeto.*
2. *Hacer dos grupos. Los componentes del grupo I mantendrán su objeto. Los*

---

componentes del grupo II no. Cada componente del grupo I tiene que elegir a un compañero del grupo II e invitarle a jugar con su objeto.

3. Cada uno de los integrantes del grupo I tendrá de referencia a uno de los integrantes del grupo II (A ser posible el mismo compañero del anterior ejercicio). El juego consiste en quitar el objeto de su propiedad que lo tiene el compañero del grupo contrario.

#### FINAL

Colocarse en una posición cómoda y relajada. Realizar ejercicios de respiración. Seguidamente se pasará a la verbalización de la sesión a través de la técnica "Lluvia de ideas". Finalmente se recompensarán cada uno a sí mismo con un regalo imaginario.

#### OBSERVACIONES

Componentes del grupo I: A / C / E / G.

Componentes del grupo II: B / D / F / H.

#### INICIO

Expresan verbalmente encontrarse bien. El profesional observa que E está nervioso (Por el camino hacia el polideportivo le pide en dos ocasiones irse a su casa).

Todos eligen coger una pelota a excepción de C que elige una raqueta y una pelota, E y H eligen un aro. La elección del objeto la realizan con iniciativa a excepción de E que se muestra dudoso y no sabe que elegir. El profesional le ayuda eligiendo entre dos objetos. Finalmente coge un aro.

En la exploración del objeto no saben como hacerlo. Buscan al profesional con la mirada y una pauta para saber que hacer; o bien se fijan en el compañero buscando alguna idea para repetirla.

#### NÚCLEO

En el desarrollo del ejercicio primero todos a excepción de E, G, F, H, se distribuyen por el espacio. El profesional decide verbalizar lo que ve en palabras para que lo escuchen y así reforzar y potenciar las acciones que realizar por iniciativa propia (como un reportero cuando transmite un partido). Muestran su satisfacción a través de sonrisas y nuevos ejercicios. El profesional tiene que ser más directivo con E, G, F, H, marcándoles que ejercicio pueden hacer con su objeto. Ej.: E mueve su aro en el aire con sus manos de un lado a otro. Después de reforzarle por esta iniciativa suya, el profesional le indica que pruebe a rodar su objeto por el suelo.

En el desarrollo del ejercicio segundo, el profesional tiene que ayudar a hacer las parejas. A (Pelota) elige a B, C (Pelota) elige a D, E (Pelota) elige a F, G (Aro) elige a H. Cada pareja elige libremente un lugar de la sala. Se observa un gran disfrute en la realización de este ejercicio.

---

La pareja A – B: Deciden hacerse pases de pelota con los pies. Hubo un momento en el que B abandona a su pareja y se dirige al profesional y le dice “No me gusta jugar con A, da muy fuerte a la pelota”, en ese momento A va detrás de él diciendo “B ven a jugar conmigo”. La situación se resuelve cuando el profesional le pide a B que le diga a A que le pasa. A cede y se adapta a B, realizan pases de pelota de forma más suave.

La pareja C – D: Se dirigen a la portería para jugar. C se coloca de portero y B le mete los goles. Pasado un tiempo, C tiene miedo a que la pelota le haga daño físico y le pide a su compañero que le cambie el puesto, pero este no quiere. Con ayuda del profesional se cambian los roles.

La pareja E – F: Requieren que el profesional este presente en la duración del juego y les diga que hacer. Ej. “Pasaros la pelota de uno a otro con las manos, ahora con un bote en el suelo”.....

La pareja G – H: Deciden jugar a pasarse el aro rodando por el suelo con sus manos.

En el desarrollo del tercer ejercicio, a nivel general, la persona que tiene la función de quitar la pelota no mantiene apenas contacto físico, y cuando lo va a mantener, quien tiene el objeto se lo da rápidamente sin ofrecer resistencias. En ocasiones sobrepasan el espacio delimitado por las cuerdas.

#### FINAL

En los ejercicios de respiración presentan dificultades en seguir las pautas del profesional (en la fase de inspiración como en la fase de expiración). A través de la técnica “Lluvia de ideas” se realiza la verbalización de la sesión. A continuación se recoge una muestra:

F- Me ha gustado, he hecho una amiga. (comentario que realiza por iniciativa suya)

P-¿Quién es?

F- E

P- Y a que has jugado con E.

F- Hemos jugado con la pelota.

El profesional aprovecha este comentario para preguntar a cada uno de los integrantes de grupo. Se observa como aparecen comentarios por iniciativa y satisfacciones tanto al hablar como al escuchar lo que dicen sus compañeros de ellos.

Para finalizar el profesional pide que den un regalo imaginario al compañero con quien han jugado. Ej. : ” E le regala a E un caramelo y E a E una flor”.

## REFLEXIÓN DE UN TRABAJO PSICOMOTRIZ

---

La reflexión que se va a detallar a continuación va dirigida con un especial interés a un tipo de población que presenta dificultades para relacionarse con un ambiente que no sea conocido para él.

El ambiente donde se va a desarrollar la práctica psicomotriz, ofrece un desafío para el control de la persona y sentido de su seguridad. Presentan además, una ausencia de creer en sus propias habilidades y como consecuencia la ausencia de disposición para iniciar cambios por sí mismos.

Hay que dar una especial importancia a la relación positiva que el profesional debe establecer con el usuario. De este modo, esta relación va a facilitar al psicomotricista ser el vínculo a través del cual la persona se relacione con el ambiente.

El psicomotricista tiene que observar cualquier elemento significativo que le movilice para iniciar la acción. Esta predisposición a la acción es el punto de partida para construir una experiencia de éxito que va a facilitar la confianza para emprender otras acciones.

El psicomotricista facilita este proceso a través de un manejo del ambiente, que se caracterizará por ser flexible y gradual. Gradual porque a través de pasos sucesivos consigue pasar a otras experiencias de mayor nivel de exigencia.

Con estas experiencias se va construyendo el sentimiento de eficacia que se utiliza para que la persona aprenda habilidades nunca aprendidas o reaprenda habilidades que hayan sido olvidadas por la enfermedad.

El procedimiento de este tipo de trabajo va a favor de la "Creatividad" como técnica para desarrollar lo anteriormente descrito.

---

## **CAPÍTULO 9: EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PSICOEDUCACIÓN**

*Autores: José Luis Arroyo y Ana Belén Guisado  
Psicólogos C.R.P.S. Retiro*

### **FUNDAMENTACIÓN**

A mediados de siglo pasado, con la aparición de los fármacos neurolépticos se produce un cambio radical en el abordaje de las enfermedades mentales de larga duración. El uso de estos nuevos fármacos y diversos cambios en el orden político, social y legislativo traerán como consecuencia una reducción importante de la población hospitalizada. Con el retorno de los enfermos mentales a la comunidad aparecen nuevas necesidades, que intentan ser satisfechas a través de modelos de intervención comunitarios que ponen el énfasis en la autonomía e integración del usuario en la comunidad. De esta forma, desde los nuevos dispositivos de tratamiento se potencia que los usuarios vayan retomando progresivamente y con los apoyos oportunos responsabilidades en distintas áreas de su vida, desde lo relacionado con los autocuidados personales, la realización de los quehaceres domésticos, la reanudación de la actividad académica o laboral, hasta todo aquello que concierne a su enfermedad y al tratamiento de la misma, con el fin de desarrollar estrategias que le posibiliten la prevención de recaídas (Granado y Hernández, 1997).

A pesar del amplio consenso en la comunidad científica, sobre el papel fundamental del mantenimiento de la medicación antipsicótica como factor protector de cara a la prevención de recaídas, el quehacer diario y diversas investigaciones nos informan de tasas de abandono del tratamiento farmacológico muy elevadas (Kemp, Hayward, David y Kirov, 1995).

En las últimas décadas se han dado pasos importantes en la consideración de las personas que sufren una enfermedad, como elementos activos dentro de los procesos de intervención. La asunción de este nuevo papel, junto al reconocimiento y protección de nuevos derechos, entre ellos el derecho a disponer de información actualizada y comprensible sobre su enfermedad, van a reforzar firmemente nuestras intervenciones dentro del campo de la psicoeducación. La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril) en su artículo 10, punto 2 dice que todos tienen derecho a la información sobre los servicios sanitarios a los que pueden acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso (punto 2.4 del capítulo). En el punto 5 del mismo artículo se reconoce el derecho a que a toda persona se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamientos.

La evidencia de la importancia del seguimiento farmacológico de cara al mantenimiento del usuario en la comunidad, la alta tasa de abandonos del tratamiento, junto al reconocimiento de los derechos de los pacientes, nos lleva a disponer dentro de nuestros recursos, programas específicamente diseñados para fomentar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y mejorar la calidad de vida en aquellos aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

---

## OBJETIVOS

En los programas psicoeducativos, junto con el concurso de otros elementos del proceso rehabilitador, se intenta alcanzar los siguientes objetivos generales:

1. La constitución y potenciación de recursos protectores ante la condición de vulnerabilidad a padecer recaídas sintomatológicas, especialmente aquellos que se refieren al uso de la medicación, el manejo de la enfermedad y los recursos comunitarios implicados en su tratamiento así como la detección de síntomas prodrómicos y el modo de afrontarlos.
2. Mejorar la calidad de vida de los usuarios en aquellos aspectos relacionados directamente con la enfermedad y su tratamiento, como por ejemplo, el afrontamiento de los efectos secundarios de los psicofármacos.
3. Aumento en la autonomía en los aspectos relativos al tratamiento y uso de recursos sanitarios.

La consecución de estos objetivos parece relacionarse con la reducción en el número, la duración de las hospitalizaciones y el aumento en el nivel de autonomía y percepción de control respecto a la enfermedad.

Estos objetivos generales intentan alcanzarse a través de la consecución de los siguientes objetivos específicos:

1. Creación de expectativas realistas en torno a la enfermedad y su tratamiento.
2. Adquisición y mantenimiento de comportamientos protectores (adherencia al tratamiento farmacológico, mantenimiento de hábitos saludables, manejo del estrés,... etc.) de la forma más normalizada y autónoma que sea posible.
3. Mantenimiento de creencias (etiquetado de síntomas, atribuciones causales,...) y actitudes adecuadas y ajustadas en torno a la enfermedad y su tratamiento.
4. Desarrollo de habilidades de identificación de pródromos y estrategias de actuación ante ellos.
5. Adquisición de habilidades para el uso y manejo de la forma más eficaz, normalizada y autónoma posible de los recursos sanitarios y las relaciones con los profesionales implicados en el proceso de rehabilitación.

## METODOLOGÍA

Las intervenciones en esta área se enmarcan generalmente dentro del contexto metodológico denominado como psicoeducativo. Se trata de un enfoque que ha tenido un fuerte auge en las intervenciones destinadas al tratamiento de enfermedades físicas de larga duración y que presenta unos resultados prometedores dentro del tratamiento de personas que sufren enfermedades mentales, tanto aquellos destinados a los propios usuarios (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986), como los destinados a las familias (Lieberman, 1983).

Los enfoques psicoeducativos se pueden definir como un conjunto de técnicas y recursos educativos, organizados y destinados a implantar en el repertorio conductual de los usuarios las habilidades necesarias para afrontar problemas de larga duración de la forma más autónoma posible.

---

Parte de la evidencia de que la información es fundamental a la hora de manejar los problemas y aumentar la percepción de control sobre ellos, por lo tanto en sus técnicas nucleares se encuentra la entrega de información científica actualizada, sistematizada y lo más ajustada posible al nivel cognitivo y cultural de los usuarios, de tal forma que esta información sea comprendida.

Las intervenciones buscan la consolidación y adquisición de hábitos, considerados protectores dentro de los modelos de vulnerabilidad vigentes, por lo que el centro de atención se desplaza de lo paliativo hacia lo preventivo.

Adopta de forma clara y explícita el modelo de competencia, es decir, no sólo se centra en las dificultades, síntomas o discapacidad, sino principalmente en las competencias, potencialidades y partes preservadas con las que cuenta el individuo.

Enfatiza lo educativo y se definen roles, con el ambiente estructurado como una clase: el rol del terapeuta redefinido como profesor o facilitador, el de la familia como cuidadores informados y el de la persona afectada redefinido como estudiante y participante activo en la resolución de sus problemas, más que como paciente (Rebolledo y Lobato, 1998). De esta forma, las personas que sufren determinadas enfermedades mentales dejan de ser “pacientes enfermos mentales” y se convierten en personas que están aprendiendo a controlar un trastorno mental de larga duración que recibe un nombre científico.

## **DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN**

El germen de la intervención en esta área se encuentra en el momento mismo de la presencia de objetivos generales dentro de su Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) relacionados con el manejo de la enfermedad o su tratamiento. Un ejemplo típico de este tipo de objetivos podría ser: *“Que el usuario adquiera las habilidades necesarias para manejar de la forma más autónoma posible su tratamiento y los recursos sanitarios implicados en su proceso de rehabilitación”*. Una vez que se encuentra un objetivo de esta naturaleza dentro del PIR general surgen una serie de preguntas que hay que responder. La primera cuestión tiene que ver con el momento y secuenciación del proceso de intervención general (“¿es el momento de intervenir en esta área?”), siendo la respuesta el resultado del análisis pormenorizado de cuestiones relativas a la prioridad de objetivos, requisitos básicos para el trabajo en esta área, estado clínico, motivación a la hora de trabajar estos objetivos o receptividad de su medio familiar a la hora de potenciar los cambios. Una vez solventada la primera cuestión se pasará a decidir el formato de intervención (individual/grupal) más adecuado para esa persona en ese momento.

Además de los beneficios inherentes a los formatos de intervención grupal dentro de los programas de intervención psicosocial (economía de recursos dentro de los dispositivos, disponibilidad de apoyo, otras personas significativas como modelos, potenciación de interacción social), dentro de la parcela de trabajo que nos ocupa, hay una serie de ventajas adicionales que van en la dirección de la consecución de determinados objetivos trabajados desde estos programas. Entre ellas se encuentra un mayor apoyo del grupo, lo cual reduce sentimientos de ansiedad asociado al hecho de hablar

---

de temas que contiene una intensa carga negativa. El compartir experiencias anómalas similares con otros usuarios del grupo en un ambiente permisivo y “normalizador” ayuda a reducir sentimientos de estigma social y favorece el “insight”.

A pesar de las ventajas a priori de la intervención grupal, la clave a la hora de tomar esta decisión se encuentra en el análisis de la interacción entre las capacidades y características individuales de los usuarios y las demandas de los distintos formatos de intervención (capacidades cognitivas, nivel de interacción,...). Por ejemplo usuarios con escasa conciencia de enfermedad y con una intensa respuesta emocional ante el hecho de asociar sus dificultades a una enfermedad mental, quizás exija modelos de intervención individuales, más indirectos y/o progresivos.

Considerando las ventajas anteriormente descritas de los formatos de intervención grupal, se pasará a describir de forma detallada un programa grupal psicoeducativo prototípico, haciendo previamente la aclaración de que las intervenciones individuales en este área no difieren ni en el modelo teórico que las enmarcan, ni en la mayoría de las técnicas que emplean.

La intervención se desarrolla a lo largo de los siguientes momentos:

1. Motivación hacia la consecución de los objetivos propuestos:

Es imprescindible trabajar con el usuario tanto la percepción de necesidad, como las resistencias que puedan obstaculizar el alcance de los objetivos. En este momento también se acordará explícitamente con el usuario los objetivos individuales que trabajará especialmente en el programa de psicoeducación.

2. Derivación de usuarios al programa: La derivación del usuario al programa, la realiza el tutor, con el consenso del equipo y con el acuerdo previo del usuario, según se ha descrito en el paso anterior. Posteriormente existirá una primera coordinación entre la persona responsable de dirigir el programa de psicoeducación y el tutor en la que se especificarán los objetivos concretos con esa persona dentro del programa e información sobre las características concretas del usuario, no sólo en lo referente al funcionamiento en el manejo de la enfermedad y el tratamiento, sino también en cuanto a capacidades generales que puedan ser relevantes.

3. Formación de grupos de psicoeducación: En la medida de lo posible se intentará crear grupos lo más homogéneos posible, en cuanto al nivel cognitivo, capacidad de interacción, grupo diagnóstico y habilidades concretas en el área. El hecho de haber alguna diferencia en cuanto a nivel de conciencia de enfermedad no tiene que ser un problema a priori, ya que personas con mayor grado de “insigh” y mejor manejo general, se pueden convertir en fuentes de modelado relevantes. En cuanto al número, sería idóneo un grupo entre 5-7 personas.

4. Número, periodicidad de sesiones y duración del programa: Aunque sí que existe una previsión estimada de la duración de la intervención, esta no está prefijada de antemano y depende directamente tanto de los objetivos como de las características individuales de los componentes del grupo. Haciendo esta salvedad se puede dar la referencia unas 24 sesiones a razón de una sesión semanal de una hora de duración.

---

5. Evaluación: En las primeras sesiones del programa, junto con la información referente al funcionamiento general del grupo (horarios, dinámica general,...), presentación de responsables y la descripción de objetivos generales y específicos se realiza una evaluación que se comentará posteriormente y que busca como finalidad la obtención de información necesaria a la hora de diseñar y valorar la eficacia de la intervención. Esta información se complementa con la obtenida a lo largo del proceso de evaluación inicial del sujeto necesaria para confeccionar su Plan Individualizado de rehabilitación.

6. Técnicas de intervención:

- Transmisión de información apoyada en distintos soportes visuales (videos, transparencias, diapositivas, material escrito, pizarra,...) que faciliten el aprendizaje. En el anexo 2 (*Transparencia utilizada para en el programa de psicoeducación. Concepto de Vulnerabilidad*) se puede ver un ejemplo de este material.
- Técnicas de elaboración de información en grupo.
- Ejercicios prácticos durante la sesión apoyándonos en material real como por ejemplo: la propia medicación de la persona, prospectos, la pauta farmacológica escrita por el psiquiatra o informes de ingresos.
- Ejercicios de "Role-playing", modelado, "feedback".
- Reestructuración de ideas disfuncionales.
- Uso de registros.
- Prácticas de resolución de problemas sobre situaciones concretas pertenecientes a la vida de la persona.
- Tareas de generalización para realizar en su contexto natural.
- Intervenciones con la familia y coordinación con otros recursos relacionados con el área de intervención.

7. Desarrollo de los contenidos del programa: El programa se articula en torno a 3 módulos, cuyos contenidos a pesar de estar definidos, no son estancos, siendo necesario apoyarnos en ocasiones en contenidos anteriores, bien para reforzar aprendizajes previos, o bien para introducir nuevos contenidos. De igual forma, existirían distintos temas (por ejemplo la idea de vulnerabilidad, de afrontamiento o autonomía) que a pesar de tener un protagonismo especial en alguna de las sesiones, discurren longitudinalmente a lo largo de todo el programa.

**MÓDULO A): INFORMACIÓN:** Tiene una duración aproximada de 7 sesiones y el objetivo a conseguir es que el usuario tenga información sobre la enfermedad que padece con el fin de que pueda manejarla mejor. Incluye el conocimiento de:

- los síntomas de la enfermedad (tanto del presente como del pasado);
- el curso, causas y las fases de la enfermedad;
- los factores de protección y de riesgo;
- la identificación y manejo de pródromos;
- el tratamiento de cuestiones relacionadas con el etiquetaje social.

Se inicia el módulo facilitando la expresión de opiniones generales sobre las enfermedades mentales (conocimientos, sentimientos, repercusiones personales y sociales, etc.). El profesional responsable de guiar el grupo devolverá esta información de forma

---

ordenada, intentando vincular la cronicidad con el tratamiento, al igual que en otras enfermedades somáticas conocidas, y no con el sufrimiento y/o la incapacidad. Se resaltarán que existen formas de paliar algunas de las repercusiones de este tipo de enfermedades.

Posteriormente se pide información a los participantes sobre síntomas o experiencias anómalas que tengan en ese momento o hayan tenido en el pasado. Llegada esta cuestión, nos podemos apoyar en informes clínicos que puedan traer a la sesión. La información resultante se devuelve elaborada en forma de definiciones adecuadas a su nivel de comprensión. Una vez organizada esta información en relación con síntomas, se resalta la idea de multiplicidad de síntomas y de la organización de estos en categorías diagnósticas. De esta forma se profundiza especialmente en aquellos diagnósticos que presenten los componentes del grupo.

En este momento del programa, se presenta al grupo el debate sobre las causas de la enfermedad. En la discusión es frecuente que se confundan las causas del trastorno con los precipitantes de estos. Para enseñarles a diferenciar estos dos conceptos un recurso útil suele ser partir de la opinión del resto de los participantes y de la comparación con otras personas que han sufrido acontecimientos similares (sin que estos conllevaran las mismas consecuencias) (Granado y Hernández, 1997). A continuación se trata el concepto de vulnerabilidad como conjunción de múltiples factores de distinta naturaleza en el que las situaciones estresantes funcionan como precipitantes.

Se expone información sobre los factores protectores y de riesgo asociados a la condición de vulnerabilidad, haciendo énfasis no sólo en la toma regular del tratamiento farmacológico, sino también en el desarrollo de habilidades dirigidas a la reducción de estrés y a fortalecer la red social. En este punto se puede hacer énfasis en la utilidad de los diversos programas de rehabilitación que se ofrecen en el Centro de Rehabilitación Psicosocial para la mejora del desarrollo de dichas habilidades, dando así un sentido globalizador a las distintas intervenciones.

A continuación se trata el tema del curso de la enfermedad, ayudándoles a discriminar entre distintos estados por los que han pasado durante su historia clínica. Se explica de forma comprensible la diferencia entre las fases prodrómica, activa y residual y se subraya la importancia de reconocer estas fases con el fin de ajustar las estrategias de afrontamiento a cada una de ellas. Este será el punto inicial para trabajar la identificación de pródromos individuales. Si hay dificultades para identificar las señales indicativas de empeoramiento, debido a la pérdida de conciencia o escaso recuerdo, se les puede pedir que pregunten a sus familiares o a su psiquiatra. A su vez, si existen problemas para reconocer o aceptar la presencia de pródromos se les puede indicar que lleguen a acuerdos con personas significativas para que estos le avisen en caso de que se presenten estos síntomas. Como tareas para realizar durante la sesión, se les pide que confeccionen una tarjeta en la que consten las señales que anuncian un empeoramiento. Posteriormente se debate en el grupo, distintas alternativas para afrontar los estados prodrómicos, resaltando la idea de actuar con urgencia y recurriendo a su psiquiatra. Puede ser útil anotar en la tarjeta de pródromos confeccionada con anterioridad estas estrategias de afrontamiento.

---

**MÓDULO B): AUTOADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN:** Este módulo, de una duración estimada de 7 sesiones y se intenta que el usuario posea:

- Información acerca de la medicación y sus efectos.
- Adquiera y mantenga en el tiempo hábitos relacionados con la toma adecuada de medicación.
- Tome de la forma más autónoma posible la medicación.

### **b.1. Información acerca de la medicación y sus efectos**

Este módulo se inicia con el apoyo y recuerdo de las ideas expuestas en el módulo anterior sobre los factores neurofisiológicos implicados en el mantenimiento de las enfermedades mentales utilizando un nivel de comprensión acorde con el grupo.

Durante la sesión se confecciona un cuadro individual en el que cada persona anotará la medicación prescrita junto al efecto positivo que produce. La información sobre los efectos positivos puede ser completada del prospecto del fármaco con ayuda del profesional. Una vez realizada esta tarea el grupo pondrá en común los factores beneficiosos de cada fármaco y se desarrollará la idea de que existen distintos grupos de fármacos relacionados con distintos efectos principales. A la hora de tratar este tema se hace especial hincapié en el grupo de los neurolépticos como fármacos fundamentales en el tratamiento de las enfermedades psicóticas y su función, no como tratamiento curativo, sino como regulador, apoyándonos en el paralelismo con otros fármacos utilizados en el tratamiento de enfermedades somáticas como insulina.

Posteriormente se informa sobre el doble efecto de la medicación neuroléptica (disminución de síntomas y prevención de recaídas), apoyándonos en datos objetivos como, por ejemplo, los resultados de investigaciones que aportan tasas de recaídas asociadas al abandono de la medicación.

A su vez se aporta información adaptada al nivel de comprensión del grupo sobre diferentes propiedades farmacológicas tales como la tolerancia, tiempo medio de acción, dependencia y la permanencia de los efectos tras su retirada, abordando de esta forma problemas que en ocasiones surgen en cuanto a demandas de cambios de medicación continuos sin haberse dado el tiempo suficiente para que el fármaco surta efecto, la cuestión en torno a la percepción inmediata de mejoría tras el abandono del medicamento asociado a la retirada de efectos secundarios, la resistencia a la toma regular de medicación como consecuencia del temor a la dependencia (Granado y Hernández, 1997).

Posteriormente se les adelanta que los fármacos también tienen efectos negativos y se confecciona de forma individual una tabla en la que se registrará tanto el nombre de la medicación como el efecto positivo y el negativo de cada fármaco en su caso. Luego se pondrá en común con el resto el grupo y se hará especial énfasis en la identificación de estos efectos secundarios, discriminándolos del efecto de otros factores. Se discute la forma de afrontar estos síntomas secundarios, haciendo énfasis en el apoyo y consulta con el especialista y otras estrategias, para la cual se les proporcionará una lista en la que figuran efectos secundarios ligeros junto con la forma de abordarlos como la que figura en el anexo 3 (*“lista de efectos secundarios ligeros de la medicación y forma de aliviarlos”*).

---

También en este módulo se hará especial hincapié en las incompatibilidades con otras sustancias (alcohol, otras drogas...) y los efectos perjudiciales que producen. Como medio para globalizar la información desarrollada, garantizar la comprensión de esta y potenciar la motivación hacia el mantenimiento del tratamiento farmacológico, puede ser útil que cada usuario confeccione una tabla individual en la que indique las razones para tomar y abandonar la medicación que pueda ser discutida posteriormente en grupo.

## **b.2. Adquisición y mantenimiento en el tiempo de hábitos relacionados con la toma adecuada de medicación**

Como método para conseguir que identifiquen la medicación prescrita (color, forma, envase, nombre y grupo de medicación) se puede pedir a los usuarios de la sesión anterior que traigan una muestra de cada medicación que toman. Durante la sesión se utilizará este material para que sitúen las pastillas en una tabla confeccionada para este fin. Cada usuario deberá poner una muestra de la medicación en cada grupo y añadirá en la parte inferior el nombre del fármaco. El usuario tiene que indicar cuál es su fármaco, el nombre y la utilidad que tiene. Para facilitar la generalización de estos aprendizajes se puede indicar como tarea para casa que cada usuario pegue una muestra de cada fármaco en la parte externa del envase y de esta forma se irán haciendo ensayos de asociaciones entre las características físicas de la medicación y su nombre. Otro ejercicio de generalización útil es que el usuario comente a algún educador o familiar la medicación que toma, características externas y la función que tiene.

En este módulo también se intenta que los usuarios se administren la medicación ajustándose a las dosis prescritas. El trabajo en esta área comenzará con la discusión en grupo de la importancia de la toma ajustada a las pautas. Posteriormente se confeccionarán tablas individuales en las que se registren el nombre de la medicación y las horas de administración. El usuario apoyándose en la pauta escrita por el psiquiatra anotará la dosis en función del momento del día. Como tareas de generalización se puede acordar escribir en casa la dosis a tomar de cada medicamento en la parte externa del envase y la realización de una tabla en la que se anoten todos los días de la semana junto con la dosis.

Dentro de este apartado se hará mención a estrategias relacionadas con el olvido de la toma de medicación, y a situaciones especiales como viajes, quedarse sin medicación etc. como factor importante favorecedor de la adhesión al tratamiento. Se inicia este apartado con la puesta en común de las estrategias que utilizan para recordar tomar la medicación. Se reforzarán aquellas estrategias que estén siendo útiles y en los casos que no estén siendo así, se propondrán estrategias nuevas como por ejemplo asociar la toma de medicación con una actividad concreta que realicen diariamente siempre a la misma hora, disponer estímulos discriminativos asociados con la toma de la medicación (por ejemplo, usar "post-it"), realizar un sencillo registro para saber si tomaron o no la medicación. Posteriormente, en el contexto metodológico de resolución de problemas, se plantean distintas situaciones como por ejemplo, salir fuera de casa habiendo olvidado la medicación, dónde se guardan los medicamentos, cuándo adquirirlos para no quedarnos sin ellos, qué hacer si se olvida dosis. Se intentarán acordar estrategias de manejo adecuadas a estas situaciones.

---

### **b.3. Toma autónoma de la medicación**

En muchos casos es la familia quien administra la medicación al usuario. En la mayoría de estos casos este comportamiento se mantiene por el miedo a que se repitan situaciones negativas del pasado (intentos autolíticos, abuso de medicación, rechazo,...) o por la percepción de incapacidad para hacerlo de forma autónoma y adecuada. Dependiendo del objetivo marcado con cada usuario en función de su estado general y del análisis de su capacidad en ese momento, se puede plantear el aumento en el nivel de autonomía en cuanto a la toma de medicación, para ello es imprescindible considerar a la familia como parte fundamental a la hora de adquisición y consolidación de la autonomía en estos hábitos. Para esto será muy importante poder hablar con la familia de estos miedos y poder ajustar determinadas ideas comprometiéndolas en el proceso de cambio de su familiar. Si es la familia la que administra la medicación se le propondrá un programa estructurado y progresivo en el que el usuario irá tomando autonomía en esta área de forma gradual. En un primer momento se le puede pedir a la familia que el usuario se responsabilice de una de las tomas, la más fácil por horarios, tipo de administración. En este momento, el familiar sólo tendrá que preguntar al usuario si ha tomado la medicación y recordárselo en el caso de que no lo haya hecho y apuntarlo en un registro que se le facilitará.

Posteriormente será el usuario el que lo registre comentando si lo ha hecho. Una vez conseguido este objetivo se pasará a realizar el mismo proceso con el resto de las tomas. Para que el hábito se consolide será importante que se siga realizando el registro. En la última fase, en lugar de utilizar este registro específico, se puede utilizar uno general; por ejemplo en un calendario en el que al final del día anotará si tomó la medicación.

**MÓDULO C): MANEJO DE RECURSOS SANITARIOS:** En este módulo se intentará conseguir que el usuario, en la medida de sus capacidades, haga un uso adecuado y autónomo de los distintos recursos sanitarios implicados en su tratamiento, especialmente: servicios de atención primaria, servicio de salud mental, farmacia y servicios de urgencias así como desarrollar las habilidades básicas para mantener una comunicación efectiva con su psiquiatra de referencia en el Servicio de Salud Mental de su zona.

En cuanto a los servicios de salud mental se pedirá a los componentes del grupo que traigan a la sesión el nombre de su psiquiatra, la dirección del centro y el teléfono. Con esta información se confeccionará una ficha individual que unifique esta información. Posteriormente se explicará la forma de llegar al centro y dependiendo de la capacidad de cada persona, se pueden plantear acompañamientos por un familiar o profesional para aprender el recorrido.

Más tarde se comentará cuál es la información útil a exponer durante el desarrollo de las entrevistas con su psiquiatra y se realizarán ejercicios utilizando técnicas de "Role-Playing" y reforzamiento sobre situaciones típicas de interacción con el servicio de salud mental como por ejemplo: pedir una cita ante un empeoramiento, entrevista con el psiquiatra para comentar efectos secundarios o entrevista ante un estado de mejoría. En estas sesiones se piden tareas de generalización en las que el usuario pueda practicar las situaciones trabajadas durante las sesiones. Un ejem-

---

plo de material utilizado en estas sesiones se encuentra en el anexo 4 (*“Ejemplo de transparencia utilizada durante el entrenamiento de habilidades para el uso de recursos sanitarios”*).

En cuanto al uso de farmacia, el trabajo comienza con la cuestión de dónde ir a adquirir la medicación. Se procederá de igual forma que en el apartado relacionado con la forma de llegar hasta el Servicio de Salud Mental, añadiendo información sobre cómo adquirir medicación en situaciones especiales (durante la noche o en días festivos), para lo cual se pueden realizar ejercicios durante la sesión con periódicos en los que exista información sobre farmacias de guardia. Posteriormente se acuerda la documentación necesaria para comprar la medicación, se realizan prácticas de “Role-Playing” y se plantea la generalización.

El aprendizaje de las habilidades necesarias para el manejo adecuado de los servicios de urgencias, se inicia utilizando la información aportada por el grupo sobre las situaciones en las que han acudido a urgencias. Se analiza cada una de estas situaciones, pudiendo el responsable del grupo proponer otras situaciones y discutir sobre su conveniencia. Uno de los principales objetivos es ajustar la frecuencia de uso; en muchos casos existe un abuso de este servicio o una infrautilización por miedo a ser ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve en cuanto acudan a urgencias. También se dialoga brevemente sobre las funciones de la Unidad de Hospitalización Breve y el Hospital de Día. En caso de que algún componente del grupo haya usado otro servicio (por ejemplo, Unidad de Media Estancia), también se hablará sobre él.

## **EVALUACIÓN**

Con el fin de diseñar y probar la eficacia de la intervención en esta área, es necesario recoger y analizar la información de la forma más operativa que sea posible, relacionada tanto con el momento actual del usuario, como con el pasado. Esta información es recogida durante la evaluación previa dando como resultado el diseño del plan individualizado de rehabilitación y posteriormente se profundizará en ella una vez que se ha decidido intervenir sobre estos aspectos. Es importante que esta información sea extraída de distintas fuentes (usuario, familia, informes de otros profesionales) con el fin de aumentar la validez de la evaluación.

Durante la evaluación es importante obtener información sobre los siguientes puntos: historial clínico, historia de tratamientos seguidos, creencias y atribuciones a cerca de la enfermedad y el tratamiento, e información sobre los mismos, autoadministración de la medicación, comportamientos actuales de cara a la prevención de recaídas, autonomía y manejo de los servicios asistenciales implicados en su tratamiento.

A pesar de las limitaciones inherentes las entrevistas de tipo semiestructurado (con usuarios y familiares), éstas se han convertido en las técnicas más utilizadas a la hora de obtener información en esta área, debido fundamentalmente a sus ventajas en términos de costes y beneficios. Se han demostrado especialmente interesantes en la recogida de información sobre sintomatología, curso, información, creencias y atribuciones sobre la enfermedad y su tratamiento y comportamientos preventivos y de riesgos desarrollados.

---

Los autoregistros se utilizan frecuentemente en la evaluación de la toma de medicación, presencia de efectos secundarios y estrategias de afrontamiento de estos síntomas. A la hora de decidirnos por la utilización de autoregistros es necesario previamente valorar la capacidad del usuario a la hora de realizarlos y tener en cuenta las condiciones que favorecen su eficacia y validez (limitado número de conductas a observar, definición operativa de aspectos a evaluar, asegurar la correcta comprensión de la tarea, motivar a la persona hacia su realización). Un ejemplo de autoregistro utilizado a la hora de evaluar la toma de medicación se puede encontrar en el anexo 5 (*“Registro autoadministración”*)

Las técnicas de observación más utilizadas son aquellas que se realizan en situaciones artificiales de “role-playing”. Son especialmente útiles a la hora de obtener información sobre las habilidades con las que cuenta la persona a la hora de relacionarse de forma adecuada, eficaz y autónoma con los distintos profesionales implicados en su tratamiento, en distintas situaciones como por ejemplo: telefonar demandando una cita a su psiquiatra ante un empeoramiento o la participación en entrevistas de seguimiento con los distintos profesionales.

Aunque últimamente se han desarrollado escalas y autoinformes a la hora de recoger información sobre sintomatología (por ejemplo la BPRS) e “insight”, éstas son utilizadas en menor medida debida a las dificultades en el empleo de estas técnicas (motivación necesaria, dificultades de comprensión, sesgos, fatigabilidad, ...etc.)



---

## CAPÍTULO 10: AUTOCONTROL Y MANEJO DEL ESTRÉS

*Autor: Diego Pulido  
Psicólogo C.R.P.S. Vázquez de Mella*

### FUNDAMENTACIÓN

El desarrollo histórico de los modelos de intervención en personas con enfermedad mental crónica viene marcado por el modelo de vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977), donde se plantea la importancia de un manejo eficaz de la tensión como un factor de protección en la prevención de recaídas para enfermos mentales graves.

Un paso adelante supuso la reformulación por parte de Liberman (1988), quien señala que la vulnerabilidad psicobiológica puede derivar en sintomatología psicótica cuando los acontecimientos vitales sobrepasan las competencias personales para el manejo de dificultades de la vida cotidiana; el desarrollo de recursos de afrontamiento y de la competencia percibida por el sujeto disminuiría y/o compensaría dicha vulnerabilidad.

Tradicionalmente la intervención en el ámbito de la salud mental ha encasillado a la persona con enfermedad mental crónica en una actitud pasiva ante las dificultades de la vida diaria, siendo el profesional el encargado de facilitarle estrategias para solucionar sus problemas. Ante usuarios con una baja implicación personal en el diseño de su plan de intervención (característica generalizada entre las personas con enfermedad mental crónica), se manifiesta una clara atribución externa a cualquier cambio o modificación de su medio.

Es fundamental desarrollar una actitud participativa en la intervención por parte del usuario, siendo el objetivo final “que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta ... que asuma progresivamente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesario” (Díaz y otros, 1993, pág. 577). El autocontrol se ve como una habilidad entrenable.

El peso de las intervenciones en el área del autocontrol y el manejo del estrés dentro de los planes de rehabilitación psicosocial con personas con enfermedad mental crónica se ha visto ampliado de forma progresiva a lo largo de las últimas décadas. Hoy en día puede plantearse que las estrategias cognitivas y comportamentales son las más utilizadas en el afrontamiento de los síntomas de la enfermedad, siendo un objetivo de cualquier programa de Habilidades de Autocontrol “procurar, a través del entrenamiento en estrategias de afrontamiento del estrés, fomentar en los usuarios una sensación de competencia personal que redunde en una motivación para el afrontamiento del estrés producido por situaciones de la vida diaria” (Alonso y otros, 1997, p. 212).

Las técnicas que se van a describir en este apartado se engloban dentro del concepto amplio de *autocontrol*, que se define como una habilidad que puede aprenderse y que englobaría cualquier conducta autogenerada por la persona (sin instigación del exterior) que trate de modificar la probabilidad de aparición de otra conducta cuyas consecuencias podrían resultar negativas para la persona.

---

## **OBJETIVOS**

A través de la puesta en práctica de actividades que desarrollen el conocimiento por parte de los usuarios de técnicas de autocontrol y manejo del estrés se pretende entrenarles en técnicas que fomenten el afrontamiento de emociones como la ansiedad, el miedo, la ira o la depresión.

### **OBJETIVOS GENERALES**

- Desarrollar la capacidad para afrontar adecuadamente situaciones causantes de malestar.
- Fomentar en los participantes una sensación de competencia personal que permita el afrontamiento de situaciones estresantes de la vida cotidiana.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desarrollar en los participantes habilidades de autoobservación de los elementos que les producen alguna tensión y/o malestar en su vida cotidiana.
- Dotar de las estrategias que les permitan afrontar las situaciones que producen los siguientes síntomas, así como sus efectos molestos consiguientes:
  - Ansiedad
  - Depresión
  - Miedos
  - Síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones)
- Desarrollar habilidades de evaluación de las propias actuaciones de afrontamiento y de corrección de aquellas que resulten inadecuadas, dirigiéndolas hacia otras más ajustadas a los fines que se pretenden.

## **METODOLOGÍA**

La intervención puede desarrollarse en un formato individual y/o grupal. El formato grupal presenta las ventajas de facilitar el modelado, el “feed-back” entre los participantes, el apoyo e intercambio de información, y es el que se va a desarrollar.

Las sesiones tendrán una duración aproximada de una hora y una periodicidad de dos veces por semana. El número de miembros será variable, en función de las necesidades de los usuarios en un momento dado, aunque oscilará entre cuatro y ocho personas. El grupo será dirigido por dos profesionales.

El programa se estructura en varios módulos, que, aunque siguen un mismo hilo conductor y estructural, son independientes, por lo cual los usuarios podrán participar en uno o varios, dependiendo de sus necesidades. Todos los participantes en el programa recibirán un resumen del material de la parte a la que acudan.

Al inicio del programa se pasará un cuestionario pre-intervención (ver Anexo 6), con el objeto de evaluar la presencia e intensidad de emociones desagradables en su vida cotidiana. Al final del programa se volverá a pasar dicho cuestionario con el objeto

---

de evaluar la fluctuación en la presencia e intensidad de las mismas; asimismo se pasará un segundo cuestionario (ver Anexo 7) con el fin de conocer los cambios que a juicio del usuario ha producido el programa tanto en sus conocimientos, como en su forma de afrontar las distintas situaciones que les resultan difíciles y en las que son susceptibles de ser utilizadas las técnicas expuestas.

## **ESQUEMA GENERAL DE LAS SESIONES**

1. Saludo.
2. Revisión de las tareas propuestas la sesión anterior (según el caso).
3. Tema de la semana:
  - 3.1. Presentación del tema.
  - 3.2. Sondeo de la información que tienen sobre el tema.
  - 3.3. Ampliación de la información y corrección, o si es el caso,
  - 3.4. Suministro de información.
4. Discusión (comentarios, preguntas, etc.).
5. Planificación de tareas para casa.
6. Despedida.

## **DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN**

### **1. AUTOCONTROL GENERAL**

Existen multitud de estrategias que se pueden utilizar para controlar el malestar producido bien sea por la enfermedad, y en concreto por su sintomatología, bien por pensamientos o situaciones que producen ansiedad, depresión, miedo, etc. y en algunos casos suscitan agresividad y pueden desencadenar altercados que acarreen consecuencias negativas para quienes se comportan de forma agresiva. Los pasos a seguir para conseguir una capacidad de autocontrol general adecuada, es decir, como método para afrontar situaciones en general son los siguientes:

- Autoobservación: el primer paso para el afrontamiento de cualquier situación problemática lo constituye siempre la identificación de la situación. Se trata de responder a las preguntas: “*¿qué me está pasando?, ¿cuál es el problema?*”.
- Elección y aplicación de una estrategia adecuada a la situación. Hay que responder a las preguntas: “*¿qué puedo hacer? y ¿cómo lo voy a hacer?*”, para posteriormente poner en práctica una estrategia concreta. En este punto es donde

---

se inscriben las diferentes técnicas que se van a ir exponiendo a continuación, y que están divididas según los síntomas a que hagan frente.

- Autoevaluación: consiste en comparar los resultados de la aplicación de la estrategia aplicada, con los resultados propuestos. En este caso la pregunta a responder es: “¿cuáles han sido los resultados?”.
- Autocorrección: se trata de evaluar en qué se ha fallado y cómo se puede corregir la actuación para próximas ocasiones. Aquí la pregunta es: “¿qué puedo hacer para mejorar mi actuación? y ¿cómo lo voy a hacer?”.

**Tarea en sesión:** Se plantean ejemplos por los participantes de alguna situación particular en la que pudiera ponerse en práctica los pasos anteriores; se elige una situación y todos tratan de seguir los pasos anteriores. Finalmente uno de los participantes hace de psicólogo y le explica a otro usuario los pasos a seguir para el afrontamiento de una situación problema de una forma autocontrolada.

## 2. AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción normal, cuya función es activadora, y por tanto facilita la capacidad para responder al ambiente. Cuando es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, produciendo alteraciones en el funcionamiento de la persona, se considera un problema. Constituye una emoción compleja, difusa y desagradable, que se caracteriza por sentimientos de tensión, nerviosismo y preocupación, en la que pueden estar presentes los siguientes síntomas:

- Fisiológicos: inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, sudoración, aumento ritmo cardíaco, sensación de ahogo, etc..
- Cognitivos: pensamientos del tipo: “No puedo aguantar esta situación”, “Lo que me pasa es horrible”, “No puedo soportar lo que me pasa”, etc..
- Motores: escape o evitación de la situación molesta o desagradable.

La ansiedad se considera sinónimo de angustia en el lenguaje coloquial; sin embargo, técnicamente existen entre las dos una serie de diferencias: en la ansiedad predominan los síntomas psíquicos (sensación de catástrofe, de peligro inminente), el sobresalto que conduce a movilizarse para buscar una solución y una nitidez máxima en la percepción de lo que está sucediendo. En la angustia, sin embargo, predominan los síntomas físicos (presión en el corazón, región precordial y garganta), la paralización que impide movilizarse para buscar una solución y una percepción de lo que sucede poco clara. Para el autocontrol de la ansiedad existen multitud de técnicas entre las que se destacan por su facilidad de aplicación y efectividad las siguientes:

### 2.1. Respiración

La respiración es esencial para la vida y puede ser un antídoto contra el estrés. Una respiración adecuada hace posible una mejor oxigenación de la sangre, lo que por

---

un lado favorece un mejor funcionamiento de los tejidos y órganos corporales y por otro un menor gasto energético y en especial un menor trabajo cardíaco.

Los ejercicios dirigidos a mejorar la respiración permiten aprender a controlar ésta y en consecuencia favorecen el control de la activación fisiológica, la reducción de la tensión muscular, la irritabilidad, la fatiga, la ansiedad, etc. y en general ayudan a conseguir una sensación de tranquilidad y bienestar (Labrador y otros, 1993).

Las pautas para llevar a cabo un adecuado entrenamiento en respiración son:

- Ponerse tumbado boca arriba con las piernas estiradas y ligeramente separadas, con las puntas de los pies mirando hacia el exterior y las manos en el abdomen (estómago), una al lado de la otra y sin ejercer presión sobre él. Otra postura es sentado en un sillón cómodo con las piernas ligeramente separadas y los brazos apoyados en los del sillón y el abdomen como en la posición anterior o bien cualquier otra posición que resulte cómoda y que permita centrarse en las sensaciones que se producen en el abdomen sin interferencias (dolor por la postura, mala circulación por tener las piernas cruzadas, etc.). Evitar que oprima o moleste alguna prenda (cinturón, reloj, etc.).
- Cerrar los ojos.
- Inspirar por la nariz y espirar por la boca; inspirar lenta y silenciosamente. Llevar el aire lo más profundo que se pueda, intentando que se levanten las manos que se tienen situadas en el abdomen y no los hombros, lo que sería señal de que la respiración se está haciendo a nivel superficial.
- Al espirar poner los labios como si se fuera a silbar, ya que al tener el aire una cavidad más pequeña por donde salir, lo hace más lentamente.
- Sincronizar el ritmo respiratorio de modo que al inspirar, las manos situadas en el abdomen se levanten y al espirar, bajen con éste.

**Tarea en sesión:** *Práctica de la respiración con todos los participantes a la vez, distinguiendo entre respiración abdominal y pectoral.*

**Tarea para casa:** *Práctica de la respiración al menos una vez al día, durante diez minutos, en un lugar y situación que no provoquen tensión, rellenando el registro al efecto (ver Anexo 3). Progresivamente y a medida que vayan dominando la técnica, llevar a cabo ejercicios de generalización en distintas situaciones..*

## 2.2. Imaginación

La imaginación es otra de las armas poderosas con las que afrontar la ansiedad y probablemente la que, junto con la respiración, más asequible resulta; la imaginación consiste en la evocación de un pensamiento o una imagen mentalmente. El poder de la imaginación se basa, entre otras cosas, en la idea de que el estado en que uno se encuentra está relacionado con los pensamientos que desarrolla, además de otros factores, es decir, que es posible evocar o suscitar determinados estados de ánimo depen-

---

diendo de los pensamientos que se evoquen o, asimismo, de las imágenes, escenas, etc. que se representen mentalmente.

Resulta un buen complemento de la técnica de respiración, que se puede llevar a cabo evocando una imagen, escena, pensamiento, etc. tras cerrar los ojos y antes de comenzar los ejercicios de respiración propiamente dichos, con el objetivo de suscitar una sensación agradable que predisponga y ayude al desarrollo del estado de relajación. Las imágenes a evocar pueden ser desde colores hasta paseos por parajes conocidos o desconocidos, situaciones placenteras vividas o imaginarias, etc.

Esta técnica puede utilizarse asimismo sola, en situaciones que provoquen ansiedad, con el objeto de disminuir el estado de activación, o bien en situaciones que requieran concentración, con el objeto de prepararse positivamente para la acción. Un buen complemento de esta técnica puede ser escuchar una música relajante que ayude a evocar una determinada escena, imagen, etc..

**Tarea en sesión:** *Imaginación de una escena agradable con el máximo número de detalles posibles (olores, colores, sabores, sensaciones, etc.), durante cinco minutos. Tras ella se preguntará a cada uno qué ha imaginado, haciendo hincapié en los detalles de las diferentes escenas, fomentando que fijen su atención en ellos.*

**Tarea para casa:** *Introducir en la práctica de la respiración la técnica de imaginación, rellenando el registro al efecto (ver Anexo 8).*

### 2.3. Ejercicio

El ejercicio es una de las formas más sencillas y efectivas de reducir el estrés, constituyendo una descarga natural para el organismo cuando éste se encuentra en un estado de excitación. Representa también una excelente forma de liberar la tensión muscular y los espasmos asociados, tics y temblores. Siempre que se combine con una dieta adecuada, el ejercicio puede ayudar a perder peso, quemando las calorías de más y disminuyendo el apetito. Determinados ejercicios mejoran el funcionamiento cardiovascular y el metabolismo, pudiendo combatir el cansancio físico y el insomnio.

Cualquier ejercicio puede ser adecuado para una persona, siempre que se tenga en cuenta el estado físico general del que se parte y la edad (caminar, deporte de competición o de equipo no competitivos, gimnasia, baile, etc.).

**Tarea en sesión:** *Salir a caminar por la calle, poniendo en práctica la respiración y haciendo hincapié en que los participantes se fijen en lo que van viendo.*

---

## 2.4. Relajación muscular progresiva

El objetivo es que aprendan a diferenciar entre un estado de relajación y tensión, para que sepa cómo reducir su estado de tensión en un momento puntual. Un método a seguir puede ser el entrenamiento en relajación progresiva (Bernestein y Borkovec, 1983): tensando y relajando sistemáticamente varios músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda.

Se trabajan varios grupos musculares, dependiendo el número de músculos entrenados del tipo de usuarios que accedan al grupo (de sus dificultades psicomotrices), focalizando la atención en la diferencia entre tensión y relajación. Un ejemplo de recorrido de grupos musculares puede ser el siguiente:

- Cabeza: frente (elevar las cejas lo más posible), boca (apretando los labios, estirar las comisuras de la boca), mandíbulas (morder con fuerza) y cuello (empujar la barbilla hacia el pecho y a la vez intentar no tocarlo).
- Brazos: brazo (estirar y elevar ligeramente el brazo) y mano (apretar el puño).
- Tronco: pecho, hombros y parte superior de la espalda (intentar que los omoplatos se junten) y abdomen (poner el estómago duro).
- Piernas: pierna (tensando, estirar y elevar ligeramente la pierna) y pie (apretrar los dedos del pie).

**Tarea en sesión:** *Práctica de la relajación muscular progresiva; una vez conseguido dominar ésta, introducir las técnicas de respiración e imaginación.*

**Tarea para casa:** *Práctica diaria de la relajación muscular progresiva en su sitio y momento tranquilo, rellenando el registro al efecto (ver Anexo 8)*

## 3. AUTOCONTROL DE LA DEPRESIÓN

La depresión consiste en un síndrome (conjunto de síntomas) que se caracteriza fundamentalmente por una tristeza profunda y en el que están presentes los siguientes síntomas: cognitivos (pensamientos del tipo “*Nada me interesa*”, “*No hay nada que valga la pena*”, “*La vida no tiene sentido*”, etc.), motores (retraimiento y/o aislamiento, abandono de actividades, aficiones, etc.) y fisiológicos (pérdida de peso, dificultades en el sueño, etc.). Los objetivos de este módulo son la identificación y manejo de las ideas irracionales y el aumento del refuerzo positivo.

### 3.1. Afrontamiento de ideas racionales

En cualquier episodio depresivo y en toda emoción dolorosa, siempre se halla presente un pensamiento negativo que supone la verdadera causa de dichos sentimientos

---

negativos. Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen su creencia de validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de evidencia contraria (Beck y otros, 1983). Los pensamientos automáticos a menudo son relámpagos rápidos y difíciles de percibir, que transmiten una especie de mensaje breve y tienen las siguientes características: espontáneos, concretos, telegráficos, creíbles, a menudo tienen la forma “*tendría que*”, “*debería*”, etc., sesgados y aprendidos.

Esta técnica consiste básicamente en analizar la forma en que el usuario piensa, hacerle conscientes de los pensamientos que tiene y el efecto que éstos producen en su estado de ánimo, para hacerlos lo más adaptativos posible y de este modo le ayuden a enfrentarse con mayor confianza y seguridad a su vida diaria.

Para detectar dichos pensamientos y afrontarlos con éxito es útil seguir los siguientes pasos:

- Cuando detecte los primeros signos de tristeza o depresión, pararse a pensar qué es lo que se estaba diciendo a sí mismo, cuál es el pensamiento que precede a ese sentimiento. Para ello, se responderá a la pregunta “*¿qué estoy pensando justo antes de comenzar a sentirme mal?*”. En este punto es importante observar la situación como si fuera una película a cámara lenta que se proyectase hacia atrás, en la cual va viendo cuáles son los pensamientos o imágenes fugaces que ha ido teniendo antes de sentirse mal.
- Una vez que haya detectado el pensamiento de base, responder a las siguientes preguntas: “*¿qué pruebas existen de que ese pensamiento sea cierto?, ¿qué pruebas existen de que sea falso?, ¿qué es lo peor que podría ocurrirme si ese pensamiento fuera cierto?, ¿qué cosas buenas podrían ocurrirme si fuera cierto?*”.
- Sustituir el pensamiento negativo o doloroso por otro constructivo y más realista, que se ajuste mejor a la realidad, en base a las evidencias antes encontradas.

**Tarea en sesión:** *Práctica de las pautas dadas para la detección y eliminación de un pensamiento irracional de cada participante.*

**Tarea para casa:** *Práctica de las pautas dadas para la detección y eliminación de un pensamiento irracional, rellenando el registro al efecto (ver Anexo 9).*

### 3.2. Planificación de actividades

Uno de los aspectos más negativos de la depresión es la manera en que paraliza la voluntad: al principio se comienza postergando la realización de alguna actividad desagradable o fastidiosa, y a medida que uno va dejando de hacer cosas aumenta la pereza y la desgana, y con ellas la falta de motivación. Prácticamente toda actividad parece tan difícil o apetece tan poco, que se deja de hacer más cosas, incluidas las que producen placer. La persona se va apartando de sus fuentes cotidianas de estímulo y placer, lo que hace que aumenten los pensamientos negativos y sentimientos de tristeza.

---

Se piensa que cuando alguien está deprimido no puede o no debe hacer actividades, sino esperar a estar bien; lo cierto es que una parte del proceso de mejoría del estado de ánimo consiste en comenzar a realizar actividades que proporcionen a la persona el sentido de autoeficacia y placer necesarios para continuar y ampliar el repertorio de conductas que conforman una vida sana.

Para la planificación de actividades es importante el seguimiento de una serie de pasos:

- Comenzar planificando las actividades que a uno le resulten placenteras; comenzar realizando estas actividades agradables, evitando de momento las que resultan desagradables.
- Configurar un horario donde se anote cada día lo que se va a hacer y a la hora.
- Una vez adquirido el hábito en la realización de actividades y la persona comienza a sentir el efecto positivo de su realización, comenzar a introducir gradualmente actividades menos placenteras: comenzar por una actividad agradable, se continúa con otra menos agradable y por último se lleva a cabo una que resulte muy agradable, de modo que se refuerce con ésta última la realización de actividades poco placenteras.

**Tarea en sesión y casa:** Preguntar a cada uno de los participantes qué actividades placenteras realizarían (si les resulta difícil, ayudarles preguntando por actividades realizadas en el pasado que supusieran una fuente de placer) y menos agradables en un caso concreto. Posteriormente con cada usuario configurar un horario de actividades a desarrollar (ver Anexo 10).

#### **4. AUTOCONTROL DE LOS MIEDOS: ENFRENTAMIENTO GRADUADO**

El miedo se define como “*perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario*” o como “*recelo o aprensión que uno tiene de que le suceda una cosa contraria a lo que desea*”; es una sensación desagradable de ansiedad ante un objeto, actividad o situación determinados, ante los que uno piensa que va a recibir un daño o que pelagra su integridad física.

En ocasiones el miedo es excesivo o irracional en relación al estímulo que lo provoca, cosa que es reconocida por quien lo padece, a pesar de lo cual se siente incapaz de enfrentarse a dicho estímulo. Como consecuencia de la experiencia del miedo, la persona comienza a anticipar la sensación desagradable cuando piensa que es posible que aparezca el estímulo que le provoca miedo, y le lleva en ocasiones a conductas de evitación; en otras ocasiones la persona soporta el estímulo temido, aunque con un nivel de ansiedad y malestar intenso. Las conductas de anticipación, evitación y el malestar provocado por soportar la situación desagradable pueden acabar influyendo en la actividad cotidiana, la autoestima, las relaciones sociales, etc..

---

El enfrentamiento graduado consiste en exponerse progresivamente al estímulo que evoca el miedo, acompañando la exposición con estrategias que reduzcan el nivel de activación (respiración, relajación muscular progresiva, etc.). El proceso se basa en la habituación (proceso de familiarización con un objeto, actividad o situación) y la exposición repetida. Los pasos a seguir son los siguientes:

- Concretar cuál es el objeto, actividad o situación que provoca el miedo.
- Hacer un listado de diez situaciones relacionadas con ellos, ordenadas gradualmente desde la que provoca menos miedo a la que provoca más.
- Enfrentarse a cada una de las situaciones escogidas progresivamente, de forma que no se pase a la siguiente si la anterior sigue produciendo malestar.
- Para el enfrentamiento a cada situación es esencial tener en cuenta: durante el enfrentamiento utilizar alguna técnica de control de la activación (respiración, relajación progresiva, etc.), permanecer en la situación hasta que la ansiedad sea más baja que al inicio o haya disminuido por completo y repetir el enfrentamiento con cada situación hasta que la ansiedad ante ella desaparezca.

**Tarea en sesión:** *Enfrentamiento en imaginación a alguna situación que les cause malestar. Configurar una lista de situaciones de dificultad graduada y enfrentamiento en imaginación de ellas (posteriormente se realizará generalización).*

## **5. AUTOCONTROL DE IDEAS DELIRANTES Y ALUCINACIONES**

Los delirios y las alucinaciones son pensamientos y percepciones cuyas características más importantes son que se producen de forma involuntaria y persistente, y con una gran apariencia de realidad. El objetivo es suavizar el malestar y/o la creencia de realidad de las mismas (Jackson y Chadwick, 1997).

### **5.1. Técnicas basadas en la distracción: actividad distractora incompatible con los síntomas**

El objetivo es cambiar de forma persistente y voluntaria el foco de atención de los pensamientos y percepciones molestas a otros campos más constructivos. Consiste en realizar una actividad que dificulte el desarrollo de los síntomas (escuchar música con cascos, pensar en lo contrario de lo que sugieren las ideas delirantes desarrollando el máximo de detalles, hacer operaciones aritméticas mentalmente).

**Tarea en sesión:** *Exposición en imaginación, tanto de la orden que utilizarían para parar el pensamiento, como de las actividades distractoras a utilizar.*

---

## 5.2. Técnicas basadas en la atención

El objetivo es ampliar la perspectiva de análisis de la realidad de forma que se tengan en cuenta más elementos y se puedan realizar explicaciones alternativas más adaptativas y adecuadas tanto de los pensamientos como de las percepciones.

### 5.2.1. Técnicas de Sherlock Holmes

Esta técnica se basa en la idea de que no existe una realidad absolutamente objetiva para multitud de situaciones, sino que existen las interpretaciones que hacemos de ellas a través de nuestros pensamientos. Consiste en aprender a hacer interpretaciones alternativas más adaptativas, con un estilo de no confrontación, realizando un análisis exhaustivo de los datos: consiste en analizar las pruebas que apoyen o rechacen la aparición de las alucinaciones y las ideas delirantes como si fuésemos detectives o científicos. Los pasos a seguir son los siguientes:

- Buscar pruebas que apoyen las creencias de voces y/o de ideas delirantes.
- Buscar pruebas que contradigan dichas creencias.
- Modificar las creencias en función de los datos recogidos.

**Tarea en sesión:** Con cada uno de los participantes utilizar esta técnica, haciendo un análisis pormenorizado de las evidencias de las que dispone (ver Anexo 11).

### 5.2.2. Prueba de realidad

Se busca contrastar tanto los pensamientos como las percepciones a través de datos empíricos que los apoyen y los refuten. Consiste en diseñar un experimento siguiendo las siguientes fases:

- Pensar qué situación sería necesaria que sucediera para que disminuyera la creencia en voces controladoras o ideas delirantes. Es importante pensarla con todos los detalles que hicieran posible que las creencias disminuyeran.
- Programar dicha situación de la forma más concreta posible y teniendo en cuenta todos los detalles anteriores.
- Llevarla a cabo.

**Tarea en sesión:** Exposición, por todos los participantes, de la prueba de realidad que necesitarían para disminuir o eliminar el grado de creencia en alguna de sus ideas delirantes o voces controladoras.

**Tarea en casa:** Planificación y desarrollo de un experimento para probar una de sus ideas delirantes, rellenando el registro al efecto (ver Anexo 12).

---

### 5.3. Técnicas basadas en el control de la activación

Es una técnica para controlar la sintomatología, ya que se basan en la idea de que los síntomas surgen en personas predispuestas ante situaciones de estrés. Entre ellas destaca la técnica ya comentada de la respiración.

## EVALUACIÓN

Para la evaluación pre y pos, así como para la evolución de las intervenciones de los módulos se plantean los siguientes instrumentos:

- Módulo de autocontrol de la ansiedad: STAI (Escala de Ansiedad Rasgo-Estado).
- Módulo de autocontrol de la depresión: se aplicará el BDI (Inventario de Depresión de Beck) en cada sesión y se llevará un gráfico que correlacione la puntuación obtenida en una sesión con el número de actividades placenteras realizadas a lo largo de la última semana (*ver Anexo 13*).
- Módulo de autocontrol de ideas delirantes y alucinaciones: delimitada una idea delirante o alucinación auditiva con la que se va a trabajar, se evalúa en todas las sesiones el grado de creencia y de interferencia en la vida diaria (*ver Anexo 14*); paralelamente se registrará la presencia de ésta a lo largo de las semanas de intervención para poder llevar un gráfico de la frecuencia de aparición (*ver Anexo 15*).

---

## **CAPÍTULO 11: HABILIDADES SOCIALES**

*Autoras: Margarita Rullas (\*) y Guadalupe Carretero (\*\*)  
Psicólogas C.R.P.S. (\*) Alcalá de Henares; (\*\*) Los Cármenes*

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

Si bien se puede partir de una definición muy sencilla de habilidades sociales como aquellas conductas que resultan eficaces en la interacción social, el concepto se ha ido complicando o ampliando en las últimas décadas debido a su gran desarrollo y aplicación en numerosas áreas de la psicología, lo que ha hecho que se traten de describir con mayor precisión los componentes que incluyen esas conductas y el concepto mismo de eficacia. Las diferencias de los diversos autores en estos dos aspectos van a determinar igualmente los ámbitos de intervención que formarán parte del entrenamiento en habilidades sociales.

Respecto a la primera consideración, la de qué componentes incluyen las habilidades sociales, sobre todo en el campo de la rehabilitación de personas con enfermedad mental grave, se ha pasado de definiciones restringidas, muy centradas en conductas interpersonales que incluían básicamente elementos topográficos o motores, a otras consideraciones más amplias, que al incluir los ámbitos afectivo, cognitivo y motor del funcionamiento humano, hace que su entrenamiento vaya encaminado hacia las necesidades no sólo interpersonales o de relación, sino también hacia las instrumentales, como manejo de la medicación, ocio y tiempo libre, vivienda, etc. (Lieberman, 1988). Siguiendo a este autor, las habilidades sociales incluirían la comunicación verbal y no verbal (componente motor); los sentimientos internos (componente afectivo); y actitudes y percepción del contexto interpersonal (componente cognitivo), habilidades todas ellas cuya puesta en marcha posibilitaría la consecución de objetivos tangibles o instrumentales y otros más de carácter socio-emocional. Esta misma definición tiene en cuenta algunos de los aspectos que van a determinar la eficacia de una determinada conducta interpersonal (consecución de los objetivos individuales, consecuencias para el individuo y su interlocutor, etc.).

La importancia del entrenamiento en habilidades sociales en personas con enfermedad mental grave radica en el hecho de que el déficit en la esfera social es uno de los más frecuentes e importantes que se producen en el nivel premórbido, inicio y posterior desarrollo de la enfermedad esquizofrénica, hasta el punto de que algún autor (Goldstein, 1982) ha llegado a sugerir que dicho déficit puede formar parte de la predisposición psicobiológica para la esquizofrenia, y consiguiendo un adiestramiento adecuado en niños y adolescentes de alto riesgo podría representar una forma importante de prevenir su posterior aparición. Asimismo, su presencia premórbida constituye un predictor negativo de la evolución de la misma, así como su persistencia se convierte en una fuente de consecuencias muy negativas sobre el funcionamiento personal y la calidad de vida de estas personas (Orviz y Lema, 2000) Entre las mismas habría que mencionar las siguientes:

- 
- Niveles alarmantes de aislamiento social. Aparte de la apatía y el desinterés por el entorno, inherentes a la enfermedad esquizofrénica, el hecho de no disponer de unas adecuadas habilidades sociales hace que este colectivo viva las interacciones sociales con fuertes dosis de ansiedad, que harán que el individuo tienda a evitar las mismas. Ello va a hacer que:
  - Disponga de una red social muy reducida y pobre. No es extraño encontrarse con personas con psicosis cuyo único círculo afectivo lo constituye su familia. Esta restricción del círculo social puede desencadenar sentimientos de soledad, vacío y depresión.
  - El sujeto se va a encontrar en situación de desventaja a la hora de afrontar necesidades instrumentales que requieren de la interacción con otras personas (pedir ayuda y expresar sentimientos y opiniones en el entorno familiar; manejarse adecuadamente con la medicación; buscar empleo; posibilidad de vivir solo, etc...).
  - Como señala Liberman (1988), el déficit en habilidades sociales va a incrementar la probabilidad de crisis, recaídas y rehospitalizaciones en personas vulnerables al estrés. A este respecto, cabe señalar el efecto amortiguador sobre el estrés que se le reconoce a la existencia de relaciones socio-afectivas.

## **OBJETIVOS GENERALES**

- Mejorar la capacidad para comunicarse y relacionarse con sus semejantes.
- Ampliar su red social y reducir el grado de sufrimiento emocional que la soledad casi absoluta ocasiona.
- Constituirse en un poderoso factor de protección contra el estrés, dotando al individuo de herramientas personales que reduzcan la desprotección y las situaciones de explotación en la que a veces se encuentran los usuarios desprovistos de las habilidades necesarias para afrontar situaciones vitales importantes (expresión de sentimientos negativos; defensa de derechos personales básicos; integración en grupos de iguales o en entornos laborales, etc.).
- El desplazamiento de síntomas psicóticos o conductas anómalas y desadaptativas, ya que según algún autor (Liberman, 1988), con la instauración de conductas sociales adecuadas, conseguiría un disfrute más adecuado del importante tiempo libre del que disponen las personas con enfermedades mentales graves.

A pesar de la importancia de los objetivos generales reseñados, hay que incidir en que los entrenamientos en habilidades sociales no pueden convertirse en paquetes de intervención estandarizados, por la propia complejidad y diversidad de las conductas a entrenar y por la heterogeneidad que las personas con esquizofrenia presentan en su sintomatología y en su funcionamiento social. Así, y para responder a las diferentes necesidades, junto al programa estándar o básico de entrenamiento, que centraba su ámbito de intervención en el moldeamiento de una conducta objetivo mediante técnicas de modelado, "role playing", "feedback", reforzamiento, etc., y que estaban dirigidos a usuarios capaces de mantener la atención durante el tiempo que duraba la sesión (30-40 minutos), y con cierta conservación de los componentes más motores o básicos de las habilidades sociales, se han venido desarrollando otras modalidades de entrenamiento que irían dirigidos a usuarios con:

- 
- Déficit atencionales, incapacidad para tolerar sesiones de entrenamiento relativamente largas, e inhabilidad en componentes topográficos básicos. En estos programas se trabaja el entrenamiento en aspectos básicos de forma muy secuencial, controlada y estructurada, con el fin de reducir la distractibilidad. Las técnicas a utilizar serían básicamente las instrucciones, los ensayos múltiples hasta que la conducta haga acto de presencia y el refuerzo contingente a la aparición de dicha conducta.
  - Déficit cognitivos en la resolución de problemas. Muchas veces, el pobre desenvolvimiento en las situaciones sociales se debe a dificultades en las capacidades cognitivas implicadas en la resolución de problemas, y no sólo a la ausencia de los elementos topográficos de las mismas (Heinrichs, 1984; Liberman, 1988). Se supone entonces que paliando estas dificultades, se mejorará en las habilidades sociales. El entrenamiento, por tanto, dentro de esta modalidad terapéutica iría encaminado a la adquisición o mejora de las habilidades de recepción, procesamiento y emisión que resultan necesarias para una conducta social hábil.

En los últimos años ha cobrado un gran auge el modelo de Roder, Brenner, Hodel y Kienzle (1996), que resulta integrador de los tres programas reseñados, al defender una visión jerárquica de los déficits en los sujetos esquizofrénicos, de tal forma que trastornos básicos en el procesamiento de la información tendrían efectos perjudiciales sobre funciones mentales complejas, emociones y conductas. Es, por ello, que para estos autores es prioritario y previo el abordaje de los déficits cognitivos para entrenar y mejorar posteriormente conductas personales y sociales más complejas. Dentro de este modelo adquiere una gran importancia el concepto de percepción social, que engazaría lo cognitivo con lo social, al referirse a la capacidad para percibir, procesar e interpretar correctamente contenidos y señales presentes en las interacciones sociales como son las emociones, los estímulos faciales, los gestos, etc. de nuestro interlocutor o interlocutores. Ni que decir tiene que los individuos con esquizofrenia van a presentar lagunas importantes en esta capacidad, debido a sus déficits generales en el procesamiento de la información, pero sobre todo a la complejidad, ambigüedad y carga emocional presentes en las situaciones sociales.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Convertir el propio grupo en un espacio para la interacción con otros iguales, objetivo ya muy importante en sujetos que, como hemos señalado, en algunas ocasiones han sufrido un largo período de gran aislamiento social. El grupo, por tanto, como espacio social se convierte en un marco idóneo en el que observar y entrenar conductas sociales relevantes.
- Reducir el importante grado de ansiedad social que pueden presentar los sujetos gracias a un entorno protegido (personas que sufren sus mismas dificultades) y realizando tareas cuya exigencia y el esfuerzo que se obtiene por su ejecución, se va graduando muy paulatinamente. Igualmente, es importante abordar y reestructurar posibles ideas irracionales y miedos anticipatorios que pueden estar interfiriendo en una adecuada competencia social, más que la inexistencia de la habilidad propiamente dicha.
- El grupo constituye el primer paso para la puesta en práctica o generalización a entornos más reales y cotidianos de las conductas aprendidas o entrenadas.

---

## METODOLOGÍA

El entrenamiento en habilidades sociales con personas con esquizofrenia se estructura en una serie de módulos que incluyen una o varias habilidades y pueden variar en función de las características de los sujetos a entrenar, siendo los siguientes los más habituales:

- Habilidades conversacionales.
- Asertividad.
- Expresión-recepción de emociones.
- Petición de ayuda.

Los EHS (Entrenamiento en Habilidades Sociales) se pueden hacer de forma individual o en formato grupal, aunque cuando la persona tiene los prerequisites necesarios para estar en un grupo siempre es preferible la segunda opción. Los grupos de entrenamiento suelen estar formados por 4-8 sujetos, procurando que exista un cierto grado de homogeneidad en sus déficits y habilidades de funcionamiento social con el fin de que las situaciones planteadas y entrenadas resulten interesantes y representativas para el mayor número de ellos posible. A veces se forman grupos poco homogéneos; aunque esto dificulta la intervención, no impide el entrenamiento. En este caso, el número de componentes del grupo debe ser menor del propuesto anteriormente. La combinación menos aconsejable es mezclar personas con edades comprendidas entre los 18 y 30 años con personas con trastornos mentales severos de edad avanzada.

Es recomendable la presencia de dos terapeutas, ya que los entrenamientos en habilidades sociales conllevan un importante grado de exigencia para los profesionales que los llevan a cabo, debido a la complejidad y diversidad de las tareas que han de realizar (observar, entrenar, proporcionar “feed-back” y reforzamiento, empleo de técnicas audiovisuales, etc...). Nuestra experiencia igualmente nos indica que resulta aconsejable con usuarios muy deteriorados o inhábiles que el papel de interlocutor en un “role-playing” lo asuma uno de los terapeutas ya que representarlo otro usuario puede añadir mayor grado de imprevisibilidad a situaciones que de por sí son experimentadas con una fuerte carga emocional.

Aunque la estructuración del programa de intervención hace que el papel del terapeuta/terapeutas sea altamente directivo, se fomenta la discusión y participación de todos los miembros del grupo, procurando en todo momento recoger y reforzar las aportaciones de todos ellos, valorando sobre todo al principio más el grado de participación que la calidad e interés de las mismas.

El esquema básico de una sesión de habilidades sociales sería el siguiente:

- Breve presentación teórica de la habilidad: definición, importancia, dificultades, objetivos, pasos conductuales para llevarla a cabo, etc...
- Entrenamiento propiamente dicho de la misma y de sus componentes.
- Asignación de tareas para casa.

La duración de las sesiones, dependiendo de las características y del nivel cognitivo y social de los sujetos, suele ser de 30-90 minutos.

---

## DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

Antes de empezar el entrenamiento es importante tener un conocimiento preciso de cada uno de los participantes; así como saber cuáles son los objetivos propuestos a conseguir en este grupo. Cada usuario entra en el grupo con objetivos concretos para trabajar con él. Esto hace que, aunque el formato es grupal, el trabajo es siempre individual, por lo que los terapeutas tienen que adecuar los programas estructurados de habilidades sociales a ese grupo en concreto. Por eso, lo hecho con un grupo no sirve para otros.

Las primeras sesiones se dedican también a evaluar las capacidades y déficits que tiene cada persona. Aprovechamos el formato grupal para detectar los déficits y capacidades en este área, o bien mediante preguntas abiertas (“¿Qué dificultades os encontráis cuando iniciáis una conversación con un compañero?”) o mediante ensayos conductuales poniendo situaciones específicas.

Como norma general los usuarios que se beneficiarían de un EHS en formato de grupo deben reunir algunas de las siguientes características:

- No estar en fase activa de la enfermedad.
- No tener dificultades para permanecer en un grupo.
- Déficit en conductas motoras (habilidades de escucha).
- Dificultades en habilidades instrumentales.
- Dificultades para resolver problemas interpersonales.
- Ausencia de red social.
- Cuando tiene la red social conservada, detectar déficits en la interacción con los demás miembros (evita salir con el grupo de amigos, no se relaciona con ellos, ansiedad ante las salidas, no sabe concertar una cita,...).

## CONTENIDOS DEL EHS

Aunque hay varios modelos de EHS, expuestos en apartados anteriores, los estudios señalan (Lieberman y col., 1985) los resultados más prometedores siguiendo un modelo basado en la resolución de problemas; este modelo incluye en muchos casos aspectos de los otros dos (modelo básico de entrenamiento y, aunque no tan frecuentemente, modelos atencionales).

### 1. CONDUCTAS TOPOGRÁFICAS

Nos referimos a las conductas que definen la emisión de las respuestas según los aspectos no verbales y paraverbales de la comunicación.

Las conductas topográficas moleculares no son un área de entrenamiento específicamente, pero sí tenemos que tener especial cuidado en su entrenamiento porque están incluidas en todas las demás y en muchos casos probabilizan y/o determinan el éxito en una interacción.

---

Uno de los aspectos que más se evidencia en personas con trastornos mentales severos es la falta de emisión de señales de escucha cuando están con un interlocutor. Así, muchas veces hablamos de que no mira nunca a los ojos o, por el contrario, que tiene una mirada permanentemente fija que incomoda a los demás. Es importante que adecue estas señales a la interacción y que aprenda a discriminar estas señales en los demás.

Principalmente los elementos motores a entrenar son:

### **Aspectos no verbales:**

- Gestos
- Postura adecuada y dirigida al interlocutor.
- Contacto visual
- Distancia interpersonal
- Expresión facial: Muchas veces la emoción expresada no se adecua al mensaje que verbalmente se está produciendo.

*“T.B. es un usuario que cada vez que alguien se dirigía a él emitía una sonrisa inmotivada que desconcertaba al interlocutor. Dentro del grupo evaluamos con él ese problema y pusimos como objetivo a corto plazo el que redujera el número de veces que emitía sonrisas no acordes con la situación. Para eso se le dio un registro de frecuencia de la conducta. Después de acabada cada sesión se revisaba con él ese registro. El número de veces se redujo a una frecuencia muy baja. Esto hizo que sus compañeros también le reforzaran esa adecuación”.*

### **Aspectos verbales:**

Nos referimos a todo lo relacionado con la forma de expresión verbal, y no con el contenido propiamente dicho. Así, se incluyen en este apartado:

- Fluidez
- Ritmo
- Volumen de voz
- Inflexiones
- Latencia de respuesta

## **2. PERCEPCIÓN SOCIAL**

Otro de los aspectos que desde hace tiempo está cobrando gran relevancia en los EHS es el de los déficits cognitivos, comentado ya en la primera parte. Así, se están creando programas que incluyen una primera parte de entrenamiento en tareas cognitivas que “preparan” al usuario para recibir un entrenamiento en habilidades sociales. Dentro de estos programas uno de los más estructurados es la IPT (Brenner et al., 1996). Uno de los apartados de la IPT es el de Percepción Social:

---

con él nos referimos a las dificultades que tienen las personas con enfermedades mentales severas para detectar y recoger las señales y contenidos sociales que se encuentran en las interacciones.

En los grupos de habilidades sociales donde se detectan estos déficits es aconsejable dedicar algunas sesiones a intervenir en este punto. Para ello, se puede intervenir aplicando el subprograma de percepción social de la IPT.

### **3. ÁREAS DE INTERVENCIÓN**

Los contenidos a trabajar generalmente se estructuran en módulos o áreas de problemas interpersonales. Estos módulos pueden ser:

1. Habilidades de conversación.
2. Asertividad.
3. Resolución de problemas interpersonales.
4. Uso de recursos comunitarios.

El elegir entrenar unas áreas u otras depende principalmente de los objetivos individuales que se tenga con cada participante del grupo.

Por ejemplo, si el área que se está entrenando es el de asertividad y el tema de la sesión es el de “hacer un cumplido” desde el modelo de resolución de problemas se intervendrá mediante preguntas del tipo “¿Cuál es tu objetivo a corto plazo?, ¿Qué quieres conseguir a largo plazo?, ¿a quién vas a dirigir el cumplido?, ¿Qué efecto crees que puede tener en la otra persona?, ¿Cómo puedes hacerlo?”, ...

### **TÉCNICAS DE ENTRENAMIENTO**

Es esencial que el profesional entre en las sesiones con una planificación estructurada de cada sesión. El proceso de entrenamiento en habilidades sociales engloba cinco elementos o técnicas principales:

1. Instrucciones: El primer paso es siempre explicar cómo se realiza la conducta a mostrar. Las instrucciones deben ser muy sencillas y claras, repetirlas varias veces, y preguntar a los participantes para asegurarnos que las han entendido. Usar apoyos visuales como pizarra o tarjetas ayuda mucho en esta parte de la sesión. Por ejemplo si “queremos pedir información sobre un curso lo primero que tenemos que hacer es acercarnos a la persona y llamar la atención. Podemos saludarla al mirarle y sonreírle. Una vez comprobado que nos está mirando le podemos preguntar directamente ¿puedes informarme sobre el curso de inglés que tenéis puesto en el tablón?”.
2. Modelado: El siguiente paso, cuando es necesario, consiste en que el terapeuta realice la conducta objeto de entrenamiento. Se debe ajustar a la conducta deseada y pedir al resto del grupo que observe los aspectos centrales o relevantes de la habilidad representada. (“Observar cómo muevo la

---

*cabeza y le miro para que sepa que le estoy escuchando cuando recibo la información sobre el curso”).*

3. Ensayo de conducta: Este es el grueso del entrenamiento en habilidades sociales. El ensayo de conducta o role-playing consiste en que los participantes ejecuten la conducta objetivo de forma adecuada. A veces para llegar a hacerlo adecuadamente se necesita más de un ensayo. No se debe pasar de cuatro ensayos por situación porque el entrenado puede sentirse frustrado y/o los otros miembros del grupo aburridos o distraerse. En los primeros ensayos o con conductas más complicadas es aconsejable que el profesional sirva como interlocutor en el ensayo o que éste se pasee entre los participantes para darles feedback o instrucciones específicas sobre su actuación.
4. “Feedback”: El “feedback” debe darse inmediatamente después de ser ejecutado el “role-playing”. Debe darse especial atención a la consecución de los objetivos deseados y planificados previamente. Siempre es preferible devolver la información en términos positivos y eliminar o aminorar los aspectos más negativos de la ejecución. Una forma de dar ese “feedback” es empezar primero por el propio implicado, después preguntar a los compañeros, (es una forma de fomentar la atención, evitar la distracción y de que aprendan a evaluar y discriminar los aspectos más relevantes) para acabar el profesional recogiendo todo lo dicho y comentando los elementos más importantes. En un modelo de Resolución de Problemas debe quedar claro si se ha conseguido el objetivo planificado así como la discriminación de señales en el interlocutor. Es importante también reseñar los aspectos más moleculares de la interacción (contacto ocular, gestos, postura, volumen de voz,...).
5. Tareas para casa: Para conseguir primero la generalización y después el mantenimiento de estas conductas en el medio natural es imprescindible que los participantes practiquen esas habilidades adquiridas entre las sesiones, por eso una parte importante de las sesiones del EHS son las tareas para casa. Las tareas deben ser individualizadas y referidas a la conducta entrenada en esa sesión. Al salir de la sesión cada participante tiene que tener una idea clara de exactamente qué tiene que hacer. Para ello se debe diseñar cómo hacerlo, cuál es el objetivo a conseguir, dónde y en qué momento realizarla, cuál va a ser el interlocutor. Tareas como “iniciar una conversación con alguien esta semana”, “pedirle un cambio a alguien” son demasiado inespecíficas y pueden conducir a error; es preferible utilizar preguntas que especifiquen lo más posible lo que se quiere entrenar, ejemplos serían: “¿Con quién te resultaría sencillo comenzar una conversación antes del viernes?”, “¿Qué día le vas a ver?”, “¿Dónde sueles ir con él?”, “¿puedes anotar en tu cuaderno la tarea que hemos estado diseñando para contarnos el viernes qué tal te ha ido?”. Es aconsejable, sobre todo al principio, que la tarea tenga una alta probabilidad de éxito en su ejecución, para asegurarnos el refuerzo en el medio, para ello se debe tener cuidado al elegir el interlocutor. Por ejemplo, si es la primera sesión de entrenamiento para iniciar una conversación es mejor que se ensaye con alguien conocido y que coopere, para asegurarnos el buen desempeño.

Las tareas para casa se revisan siempre al inicio de la sesión siguiente. Se debe reforzar en primer lugar el haber realizado la tarea, para después valorar los elementos positivos de su ejecución. Aquéllos que no consiguen una buena ejecución deben ser animados a intentarlo de nuevo y detectar las dificultades encontradas en la interacción.

---

A continuación se ilustra con un ejemplo.

*“En un grupo de HS donde se estaba entrenando cómo decir que no a peticiones de otro, un participante propuso como tarea decirle a su hermana que no le dejaba el secador de pelo. Según expuso, ésta se lo cogía sin pedirle permiso, se lo llevaba a su casa y no se lo devolvía a veces hasta varias semanas después. En la sesión, antes de hacer la tarea se diseñó y ensayó cómo hacerlo:*

*—Profesional: ¿Cuál es tu objetivo?*

*—Usuario: Que mi hermana me pida permiso para llevarse el secador y me lo traiga al día siguiente.*

*—Muy bien, parece que tienes claro lo que quieres conseguir. ¿Qué alternativas se te ocurren para llegar a este objetivo?*

*—No sé, ... Podría decírselo el próximo día que la vea cogerlo. Para ello tendría que estar vigilándola para ver si lo coge.*

*—Eso puede ser una alternativa, ¿Se te ocurre alguna otra forma de conseguir el objetivo de que tu hermana te pida el secador?*

*—No, no se me ocurre ninguna.*

*—Profesional: (A los demás participantes) ¿Se os ocurre a vosotros otra forma?*

*—Quizá sería bueno que se lo dijeras en otro momento, cuando estéis los dos tranquilos en casa.*

*—Muy bien, ¿hay alguna otra propuesta?*

*—No, no se me ocurre.*

*—¿Qué podrías decirle?*

*—Podría decirle que estoy harto de que abuse de mí, que siempre me coge todo sin permiso y no me lo devuelve.*

*—¿Crees que así conseguirías el objetivo que tienes?, ¿Qué reacción podría tener tu hermana?*

*—No, seguramente se enfadaría y seguiría haciéndolo.*

*—¿Qué otra manera tienes?*

*—Si estoy tranquilo, puedo decirle que no me gusta que me coja el secador sin decírmelo porque si luego yo quiero secarme el pelo, no lo encuentro y no puedo hacerlo.*

*—¿Crees que si se lo dices así tu hermana se enfadaría?*

*—No, supongo que lo entenderá.*

*—Entonces, ¿cuándo puedes hacerlo?*

*—Podría hacerlo el sábado, porque es el día que suele venir a casa a comer. Podría decírselo después de comer, cuando estemos los dos solos.*

*—Muy bien. P., ¿podrías anotar en tu cuaderno la tarea que has propuesto?. El próximo día revisaremos si ha funcionado.*

Además de estas técnicas, que conformarían las estructuras de las sesiones de entrenamiento, también se utilizan otras como sobreaprendizaje, reforzamiento diferencial, extinción, etc.

## **ORGANIZACION DE LAS SESIONES**

Las sesiones de un grupo de habilidades sociales no son siempre del mismo tipo, algunas de ellas se realizan en el centro, pero hay otras que se desarrollan fuera de ese contexto.

---

## **1. SESIONES BÁSICAS DE ENTRENAMIENTO**

Se realizan dentro del centro. El objetivo es entrenar específicamente los déficits sociales. Los pasos a seguir son los explicados en el apartado anterior (instrucciones, modelado, “role-playing”, “feedback” y tareas para casa). En el modelo de resolución de problemas es importante tener en cuenta aspectos como identificar características en el interlocutor (emociones, señales de escucha, significado del mensaje) así como los objetivos que la persona se plantea a corto y largo plazo; generar opciones de respuesta, el impacto de cada una en el otro, seleccionar la mejor y de más probable ejecución; y, por último, ser capaz de emitir adecuadamente la respuesta (aspectos verbales y paraverbales).

## **2. SESIONES DE PREPARACIÓN DE SALIDAS**

Para ayudar a la generalización y el mantenimiento de las conductas entrenadas en el Centro, además de las tareas para casa, es importante enfrentarse a situaciones en el medio natural. Para ello, dentro de los grupos de habilidades sociales se dedican algunas sesiones a realizar entrenamientos en otros contextos. Previamente se dedica alguna sesión a planificar esa salida.

El objetivo principal está enmarcado siempre dentro de la metodología del entrenamiento de habilidades sociales, para ello se deben poner en práctica las habilidades entrenadas en el centro, con un carácter eminentemente práctico.

El planteamiento de la actividad se realiza fomentando la participación activa de todos los participantes. Para ello, primero hay que enmarcar las características y objetivos que debe cumplir cada salida, así como la función de cada uno (participantes y profesionales). Las técnicas utilizadas son: tormenta de ideas, discusión en grupo, defensa de propuestas, negociación, llegar a acuerdos, etc. El objetivo es que sean capaces de elegir actividades con alta probabilidad de ocurrencia.

Estas sesiones también sirven para intervenir en otras áreas:

1. Análisis de las capacidades conversacionales de los participantes: se pueden detectar déficits o capacidades en temas como: defender su propuesta, dar alternativas, llegar a acuerdos, escuchar las propuestas de los demás,...
2. Evaluación y entrenamiento en habilidades instrumentales: obtener información (horarios de cines, transportes, precios, direcciones,...), uso de teléfono, etc.
3. Previsión de problemas inespecíficos que pueden encontrarse en la salida (no encontrar una calle, encontrarse el sitio cerrado, demasiada gente, coste económico,...)

## **3. SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN EL MEDIO**

La función de estas salidas es que los usuarios puedan realizarlas de la forma más autónoma y normalizada posible, utilizando todas las habilidades entrenadas en el grupo.

---

El entrenador tiene un papel más de observador, su función se limita a evaluar el comportamiento en situación natural, supervisar la ejecución de las tareas, reforzar y en ocasiones instigar cuando lo estime necesario (cuando una persona se bloquea, atender a conductas muy disruptivas, etc.).

Al principio se intenta que las salidas y las tareas a realizar por los usuarios sean fáciles (pedir una consumición en un bar, preguntar una calle,...), pero según van pasando más, éstas se van complejizando (hacer por teléfono varias preguntas para recabar información, entrar en una tienda, etc.). Es importante que la figura del profesional se vaya desvaneciendo.

Posteriormente, en la siguiente sesión en el Centro, se revisa la tarea con todas las dificultades encontradas y las formas de enfrentarlas.

Para facilitar la generalización y el mantenimiento en el medio natural de las habilidades aprendidas, además de hacer sesiones fuera del Centro y mandar tareas para casa, es conveniente ir reduciendo el número de sesiones de forma paulatina, sin hacer cortes repentinos.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación de habilidades sociales requiere, como en todas las áreas de rehabilitación, de un análisis individualizado de cada persona a incluir en el programa. Se evalúa de forma continua, antes, durante y después de finalizar el entrenamiento.

La inhabilidad social es fundamentalmente situacional, cada persona tiende a comportarse de forma diferente según la situación social en que se encuentre (con personas conocidas o desconocidas, del mismo sexo, en un grupo,...). El hecho de que la persona muestre una gran inhabilidad social en todas las situaciones a las que se expone hace pensar en un primer momento que podría deberse a algún otro factor (medicación, depresión, etc.), independientemente del grado de competencia social que tenga. A veces es difícil conocer si es debido a estos factores. Podemos evaluar al usuario en diversas situaciones (cómo interacciona con otros, informándonos con otros profesionales del centro, familiares, entrevistándolo) y observando si esto permanece estable a pesar de mejorar de esa depresión o de haberle cambiado la medicación.

Una vez determinado que sus dificultades se deben a déficits de habilidades sociales se evalúan los siguientes componentes:

1. Las situaciones en las que la persona presenta estos déficits. La evaluación se realiza a través de entrevistas y observación conductual, si es posible, en distintas situaciones. Otra forma de evaluar los contextos es someter al usuario a "role-playing" a diferentes situaciones o recoger registros donde exponga las situaciones en las que se ha mostrado más inhábil. Los contextos a explorar son los que la persona habitualmente frecuenta: familiar, amigos, burocráticos, laboral-formativo, etc. Se debe determinar en qué situaciones, con qué personas y qué consecuencias le trae su actuación (conflictos, pérdida de reforzadores, etc.). También es importante saber en qué

---

contextos es competente y cuáles son las consecuencias sociales que esa otra actuación conlleva (refuerzos, apoyo, etc.). Se identifican también factores que pueden influir en su desempeño (por ejemplo, ansiedad social).

2. Existencia y composición, si la hay, de la red social del usuario, así como la relación que tiene con ellos (relaciones de apoyo, confidencialidad, etc.).
3. Por último hay que explorar cuáles son los déficits específicos. La mejor forma de evaluar este área es mediante la observación directa en situación natural o diseñando ensayos conductuales. Que una persona utilice en un “role-playing” una habilidad social no quiere decir que la utilice después en el medio natural, pero sí que forma parte de su repertorio conductual.

Dentro de estos déficits se evalúan explícitamente los siguientes aspectos:

- a. Aspectos topográficos de la ejecución: componentes no verbales (contacto ocular, gestos, postura, distancia corporal, contacto físico) y paraverbales (volumen de voz, inflexiones,...).
- b. Habilidades instrumentales: son las habilidades necesarias para, por medio de la interacción social, conseguir algo material (trámites burocráticos, hacer compras, preguntar una dirección, pedir información, etc.).
- c. Déficit y capacidades en habilidades de conversación (iniciar conversación, generar preguntas, cambiar de tema, concertar una cita, dar opiniones, etc.).
- d. Déficit y capacidades en respuestas asertivas (decir que no, expresar o recibir una crítica, hacer un halago,...)
- e. Competencia en resolución de problemas (percepción adecuada de la situación social, generar alternativas de respuesta, valorar la más adecuada, adecuar el contenido a la situación, ver el punto de vista del otro).

Existen algunas entrevistas estructuradas y cuestionarios que pueden darnos una visión general de la competencia social de una persona. Nunca puede estar basada la evaluación de habilidades sociales en la mera aplicación de estos cuestionarios. Dentro de éstas podemos destacar la Escala de Ajuste Social o la Entrevista dirigida para Habilidades Sociales de V.E.Caballo, 1987.

Formulación de objetivos: Una vez determinados los déficits y capacidades de la persona en las relaciones sociales, se formulan objetivos de intervención. Estos objetivos deben ser: específicos (operativizados: describir la situación, persona implicada, el contenido, el momento, etc.), conseguibles a corto plazo (objetivos reales para la persona y sus capacidades), funcionales (que sirvan a la persona para mejorar la relación con personas cercanas) y relacionados con conductas de alta probabilidad de ocurrencia en la actualidad o en el pasado. Estos objetivos no son inamovibles, se pueden ir reformulando durante la intervención.

*“Que mejore y aprenda habilidades que le permitan aumentar su red social”, “Que detecte señales de escucha en otros”, “Que inicie conversaciones con el grupo de amigos”, “Que aprenda a tomar decisiones apropiadas, ajustadas a la realidad”, “Que mantenga el contacto visual cuando conversa”* son ejemplos de posibles objetivos propuestos a entrenar en habilidades sociales.

---

## CAPÍTULO 12: REHABILITACIÓN COGNITIVA DE LOS DÉFICIT COGNITIVOS

*Autor: Alejandro Florit Robles  
Psicólogo, Director C.R.P.S. Retiro*

### FUNDAMENTACIÓN

Al hablar de capacidades cognitivas básicas se hace referencia principalmente a la atención y a la memoria. Al ser la atención un pre-requisito, se dedicará un tiempo mayor a su desarrollo para después pasar a comentar algunos aspectos de la memoria.

Parece quedar demostrado que la atención es un fenómeno complejo que no permite hablar de un factor general (Kopfstein y Neale, 1971). Aunque los diferentes modelos teóricos plantean diversas manifestaciones atencionales, es interesante utilizar el modelo utilizado por Sohlberg y Mateer (1989) por su sencillez y utilidad a la hora de la rehabilitación que propone 5 niveles de atención:

- a) *Atención focalizada*: hace referencia a la cantidad de información seleccionada en un momento dado. Es la capacidad para centrar la atención en un objeto. Es un nivel muy básico y tan sólo parece quedar afectada en personas en estado de coma o con graves lesiones cerebrales.
- b) *Atención sostenida*: es la capacidad para mantener la atención de forma continuada a lo largo del tiempo. Es un indicador de capacidad general de procesamiento de la información (Nuechterlein, 1991). Las personas con fallos en este nivel son sujetos con una alta distraibilidad, baja amplitud de la atención o con dificultades para mantener el discurso del pensamiento. Estos fallos no suelen presentarse en tareas que exigen una baja capacidad de procesamiento sino en aquellas tareas que sobrecargan el sistema.
- c) *Atención selectiva*: consiste en la capacidad para dirigir la atención a un estímulo ignorando otros estímulos presentes distractores. Se utiliza, por ejemplo, cuando una persona pretende seguir una conversación cuando hay un ruido de fondo. Es un indicador de la regulación de la dirección de la atención.
- d) *Atención alternante*: se refiere a la habilidad de alternar el foco atencional entre diferentes tareas sin distraerse o quedar confundido. Por ejemplo, cuando una persona está cocinando mientras pone la mesa. Está relacionado con la flexibilidad mental (López y Florit, 1998).
- e) *Atención dividida*: consiste en la capacidad para trabajar simultáneamente en dos tareas diferentes. Éste es el caso de conducir mientras se habla con el acompañante. Es una medida de la capacidad general de trabajo en paralelo en el sistema. El modelo de Schneider y Shiffrin (1977), que distingue entre procesos automáticos (inconsciente, paralelo, ilimitado) y controlados (serial, consciente, limitado en capacidad), puede ayudar a entender por qué determinadas tareas pueden ser ejercidas conjuntamente y otras no. La automatización de una tarea permite más fácilmente su ejecución a la vez que se realiza otra.

---

El sujeto con esquizofrenia presenta varios déficit de atención:

- No puede mantener su atención durante largos periodos de tiempo.
- Se distrae con facilidad. Por ejemplo, si está hablando con otra persona en una fiesta donde hay otras personas que también están hablando es fácil que el sujeto con esquizofrenia pierda el hilo de la conversación al no poder seleccionar el mensaje importante.
- Ante tareas complicadas, su sistema de procesamiento se sobrecarga. Ante una tarea con una baja demanda atencional lo más probable es que el sujeto no presente ningún problema. Si, por ejemplo, la persona está jugando a un vídeo juego que sea muy sencillo obtendrá un resultado similar al de un sujeto sin esquizofrenia; si por el contrario el vídeo juego es complejo, entonces es muy probable que la persona con esquizofrenia consiga una puntuación sensiblemente menor que el otro.

Muchos autores proponen que estos déficit son la base explicativa de muchos comportamientos y síntomas de la esquizofrenia. Por ejemplo, existe la hipótesis que la sintomatología positiva de la esquizofrenia pueda ser debida a un déficit atencional, de modo que una persona con este trastorno mental no es capaz de distinguir lo que es un ruido cognitivo de lo que es la información estimular exterior a su organismo (Bentall, 1991a, b). Así, por ejemplo, todas las personas, con enfermedad mental o sin ella, mantienen una cierta actividad cognitiva irrelevante (o ruido cognitivo) de la que no son conscientes mientras están haciendo otras tareas; sin embargo, un sujeto con esquizofrenia sí sería consciente de dicho ruido cognitivo y lo percibiría como algo central, ya que su atención se dirigiría a éste en vez de “apartar” esa información inútil. McGuigan (1966) encuentra cómo en muchos sujetos esquizofrénicos, cuando están teniendo alucinaciones, se les puede detectar un habla subvocal que corresponde a la alucinación auditiva, lo cual vendría a corroborar la hipótesis previa sobre el ruido cognitivo. En este sentido, una persona que padece estos déficit tenderá a apartarse de situaciones complejas o excesivamente abrumadoras; como la mayoría de las situaciones sociales presentan estas características, es lógico pensar que cuando se vean inmersas en ellas escapen al no poder aguantar la situación. De este modo asociarán las situaciones interpersonales con la ansiedad que se elicó en los primeros momentos, y poco a poco, tenderá a evitar estos contactos sociales y cada vez pasará más tiempo en su casa. Este mismo proceso puede explicar la inacción de estos sujetos (la mayoría de los individuos con esquizofrenia evitan enfrentarse a tareas complicadas como por ejemplo determinadas manualidades o ver la televisión).

## **EVALUACIÓN**

Es muy importante realizar una buena evaluación de las capacidades cognitivas. Se aconseja realizar un “screening” en todos aquellos sujetos que llegan a la intervención psicosocial y una evaluación más exhaustiva en sólo a aquellas personas que han presentado grandes déficits. El objetivo último de cualquier evaluación, fundamentalmente en el trabajo clínico, no es sólo detectar los déficit sino modificarlos. Desde esta perspectiva, la evaluación se convierte en un proceso dinámico, en el que es necesaria la utilización de una amplia variedad de instrumentos que permitan:

- Proveer una línea base de funcionamiento no sólo de los déficit sino de las capacidades intactas del individuo.
- Planificar el tipo de intervención que se realizará: en qué nivel atencional se intervendrá y con qué tipo de tareas.
- Comprobar la eficacia de la intervención, no sólo en lo que respecta a las pruebas psicométricas, sino también en la vida diaria del sujeto.

Existen multitud de instrumentos que evalúan la atención (para una revisión exhaustiva ver Vázquez, Florit y López, 1996). La mayoría de ellos nacen de la investigación y, aunque son instrumentos muy buenos, también resultan muy costosos en el ámbito asistencial, por la dificultad que conllevan, y el tiempo que se ha de invertir para su aplicación. Lamentablemente la práctica clínica suele contar con una presión asistencial que limita el tiempo para realizar las evaluaciones. Estas limitaciones hacen necesaria la disponibilidad de instrumentos que sean fáciles de aplicar y no demanden mucho tiempo. Con estos criterios se han seleccionado algunas pruebas de evaluación que se han clasificado en función de 2 variables: el tipo de atención que evalúan y si el ritmo atencional lo marca la tarea o la persona.

		<i>SOSTENIDA</i>	<i>SELECTIVA</i>	<i>ALTERNANTE</i>
RITMO	TAREA	• PASAT	• ESCUCHA DICÓTICA	
	SUJETO	• CANCELACIÓN • TMT-A	• STROOP	• TMT-B

- “Paced Auditory Serial Addition Test” (PASAT; Gronwall, 1977): esta prueba valora la atención sostenida y marca el ritmo atencional. Es un test auditivo en el que, a través de una cinta se presentan números y hay que decir el resultado de la suma del primer número con el segundo, del segundo con el tercero y así sucesivamente. Se recomienda utilizar esta prueba con cierta precaución ya que puede resultar estresante y frustrante para el sujeto. Puede ofrecer información útil sobre la capacidad del sujeto para mantener la atención y, sobre todo, la capacidad para retomar la atención a la tarea una vez que la ha perdido.
- Tareas de cancelación: es un tipo de prueba que valora la atención sostenida en la que el propio sujeto marca el ritmo. Consiste en tachar un objetivo en una matriz de elementos. Dentro de esta modalidad se encontraría el Toulouse-Pieron (Toulouse y Pieron, 1972). Es una prueba muy útil ya que no tiene prácticamente coste y nos da información sobre la capacidad del sujeto para mantener la atención y marcar su propio ritmo. De este modo se observa si el individuo es precavido (tiene pocos errores con un ritmo extremadamente lento) o si es arriesgado (comete muchos errores debido a la velocidad excesiva a la que realiza la tarea). Los errores que mide son las omisiones y las falsas alarmas.

- 
- Trail Making Test, versión A (Halstead-Reitan y Davies, 1968): esta prueba valora la atención sostenida y consiste en unir números (del 1 al 25) de forma correlativa, lo más rápido posible y sin levantar el lápiz de la hoja. Aunque es el propio sujeto quien marca el ritmo, al evaluarse el tiempo que emplea en realizar la prueba, se produce cierta presión ya que debe hacerlo lo más rápidamente posible.
  - Stroop Test (MacLeod, 1991): este procedimiento es uno de los más empleados para evaluar la atención selectiva. Consiste en la presentación de un material que genera interferencia al haber una incongruencia entre su forma y contenido (ej. la palabra rojo escrita en color azul). El más empleado es el Stroop color-palabra (Stroop, 1935; Golden, 1994). Es una prueba que no requiere demasiado tiempo de aplicación ni impone el ritmo al sujeto aunque si implica presión en la ejecución.
  - Escucha Dicótica (Milner, 1971): la prueba, que valora atención selectiva, consiste en la repetición de un mensaje según se va oyendo por un oído mientras se ignora un mensaje irrelevante que aparece de forma simultánea por el otro oído. A diferencia de la anterior, es una prueba que marca el ritmo al sujeto. No dura demasiado tiempo.
  - Trail Making, versión B (Halstead-Reitan y Davies, 1968): esta prueba valora la atención alternada y consiste en unir de forma alternada y correlacional números (del 1 al 13) y letras (de la A a la L), de modo que la secuencia correcta es 1A2B3C...

Las pruebas que se han descrito anteriormente son útiles para evaluar la cognición como tal. Pero también se ha de evaluar el impacto que los déficit de atención tienen en la vida cotidiana. Existen pocas pruebas que se hayan diseñado con este fin. Uno de ellos es el Everyday Attention Questionnaire (Martin, 1986), que consta de 18 ítems que evalúan la facilidad que encuentra la persona para prestar atención a diferentes actividades de la vida diaria.

Junto con las pruebas descritas anteriormente, la evaluación debería completarse con una serie de preguntas que incluyan cada uno de los niveles de atención, así como las diferentes modalidades de ritmo, tales como:

Para atención sostenida:

- En una sesión clínica o cuando se está a solas con el sujeto, ¿se distrae fácilmente de la conversación?
- Cuando el sujeto ve la TV, ¿se levanta o deja de verla al poco tiempo?; ¿pierde el hilo?
- Cuando realiza tareas simples (escribir, manualidades...), ¿abandona su ejecución a los pocos minutos de comenzar?, ¿está motivado por la tarea?
- ¿Olvida lo que ha dicho, repitiendo o preguntando: “¿qué estaba diciendo?”, sin haber sido interrumpido?
- ¿Durante cuánto tiempo puede ver la TV en el salón de tu casa si éste está tranquilo?
- ¿Puede mantener la atención en una conversación con otra persona en un lugar tranquilo?
- ¿Durante cuanto tiempo puede leer un libro de forma continuada en un lugar tranquilo?

---

Para atención selectiva:

- Cuando va en el metro, autobús o por la calle en horas punta, ¿se observa al sujeto aturdido, perdido?
- Si mientras se habla con él hay en la misma habitación un grupo charlando, ¿pierde el hilo de la conversación principal?
- ¿Se distrae con facilidad con estímulos que no son relevantes?

Para atención alternante:

- Cuando está hablando el sujeto y es interrumpido por otro, ¿puede retomar posteriormente la conversación inicial?
- Si mientras hace una tarea se le interrumpe, ¿se le olvida retomar esa tarea?
- ¿Olvida lo que estaba diciendo tras ser interrumpido?
- ¿Olvida qué estaba haciendo tras ser interrumpido?

Para atención dividida:

- ¿Es capaz de hacer dos cosas a la vez (ver la televisión y hacer un crucigrama o seguir una conversación)?
- Si mientras está haciendo algo se le pide que vigile otra cosa (la comida en el fuego o a un niño), ¿puede estar pendiente de ambas?

Junto con lo indicado hasta ahora se debe evaluar la conciencia de la persona sobre el déficit. Se trata de estudiar si el individuo conoce su problema de atención y el impacto que esto conlleva en su vida diaria. Se ha demostrado que la metacognición es un elemento básico en cualquier proceso de rehabilitación (Florit, López y Vázquez, 1996). En este sentido son cuatro las preguntas de obligado cumplimiento:

- ¿Qué es para ti la atención?. Intenta explicarme con tus propias palabras qué es la atención.
- ¿Cómo está tu atención?
- ¿Qué repercusiones tiene ese funcionamiento de tu atención en tu vida diaria?, ¿en qué notas que tu atención funciona bien/mal/regular?
- ¿Cómo intentas solventar esos problemas? (esta pregunta va más bien dirigida a la búsqueda de conductas de afrontamiento adquiridas por el sujeto que pueden ser útiles potenciar en la rehabilitación así como poder eliminar aquellas otras que resulten inadecuadas)

## **METODOLOGÍA**

Una vez realizada una evaluación de las capacidades atencionales del sujeto se está en disposición de poder iniciarse la rehabilitación cognitiva.

Las investigaciones más actuales ponen de manifiesto que la causa de estos déficit puede encontrarse en un fallo en la autorregulación de la atención. El sujeto es incapaz de generar las condiciones necesarias para mantener la atención durante un tiempo suficiente o seleccionar el mensaje importante. Sin embargo las investigaciones

---

sobre rehabilitación cognitiva realizadas en el campo presentan serias dificultades a la hora de ponerlas en práctica en centros donde la presión asistencial es fuerte y el tiempo que se puede dedicar es escaso. Programas estructurados que se ponen de manifiesto como útiles al menos en parte, por ejemplo el APT, duran en torno al año, con 2 sesiones semanales en formato individual o incluso con mayor frecuencia. En la realidad asistencial existente, esto es inviable.

Se da la necesidad de diseñar nuevas intervenciones que aminoren los déficits cognitivos con el objetivo de mejorar la vida de la persona con enfermedad mental. Aquí comienza la primera pregunta: ¿dónde intervenir?

Por un lado se puede entrenar al sujeto en las habilidades necesarias para afrontar las dificultades que se presentan en el día a día. Bajo esta perspectiva molar, si una persona no puede leer el periódico en una sala con gente ni durante mucho tiempo, se le enseñará que debe realizar determinados descansos a lo largo de la lectura y a buscar aquellos sitios que le faciliten la lectura (p.e. un lugar silencioso).

Pero de este modo no se está interviniendo realmente sobre el déficit cognitivo. Si esta persona necesita seguir una conversación en un lugar público, su atención continuará siendo deficitaria y por tanto no podrá seguir la conversación, terminará por apartarse de las relaciones sociales y no se habrá completado con éxito su proceso de rehabilitación psicosocial.

Para solucionar este problema, se podría intervenir en el aspecto más nuclear: mejorar su atención. Pero ya se ha hablado de las dificultades que surgen en el sentido de la relación costo/beneficio.

Así, pues, se propone que se realice un programa de entrenamiento que entrene los procesos de atención (aspecto molecular) pero desde tareas cotidianas (se asegura la generalización a lo molar) y que ponga énfasis en una mejora de la autorregulación de atención. Este programa debería cumplir, además, con los siguientes requisitos:

- Que se trabaje la metacognición; esto es, explicar al sujeto la importancia de realizar un esfuerzo por mantener la atención y cómo funciona ésta. Es muy importante que la persona sepa que con este esfuerzo puede mejorar su atención.
- Enseñar al sujeto a detectar cuándo comienza a perder la atención y de este modo poder poner en marcha cuanto antes las estrategias de afrontamiento que se entrenen.
- Que esté graduado de en dificultad: el programa debe iniciarse con un nivel de dificultad mínimo e ir aumentándolo progresivamente introduciendo tareas cada vez más demandantes (atención sostenida) a la vez que se van introduciendo elementos de distracción (atención selectiva). De este modo, pudiese ser necesario, para un determinado sujeto, comenzar con tareas más automáticas del estilo de “orientación al estímulo” e ir progresando hacia otras más controladas (Duke, 1992).
- Como un nivel más de dificultad se debe considerar el contenido emocional de la tarea. Se deberá comenzar por presentar un material sin contenido emocional (por ejemplo una prueba de tachado) y progresar hacia tareas con carga emocional (por ejemplo atender a un anuncio de televisión mientras otra persona

está hablando sobre marcianos -suponiendo que esa persona mantiene un delirio sobre extraterrestres-).

- Que las tareas que se usen en la rehabilitación tengan una relación directa con la vida diaria del sujeto
- Que se realice una evaluación continua de la ejecución del sujeto y ofreciendo feedback frecuente y rápido sobre la ejecución. De este modo, la persona y el terapeuta podrán ir viendo los progresos realizados a lo largo del entrenamiento. Además, es una buena manera para mantener motivado al sujeto.

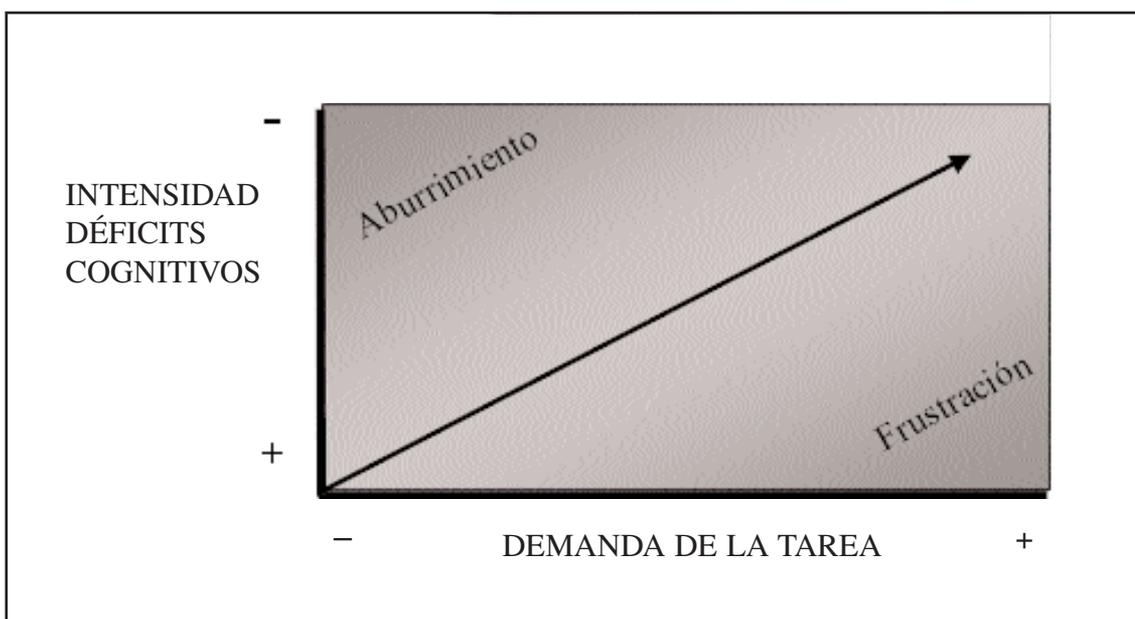
## DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

El programa de intervención que se propone es el siguiente:

*Elegir la actividad desde la que se rehabilitará el proceso:* En la elección se debe considerar que sea una tarea que:

- Marque el ritmo la propia tarea o el sujeto en función de lo que se desee entrenar
- Que sea adecuada para poder dar feedback al sujeto de su actuación
- Que pueda ser graduada en cuanto a la demanda de atención
- Que implique el nivel de atención que se desea entrenar (sostenida o selectiva) o que se puedan ir incluyendo estímulos distractores adicionales en el caso de que se quiera entrenar varios niveles de atención
- Si se desea añadir carga emocional, que esto sea posible. Para ellos se pueden relacionar con los temas delirantes del sujeto.

*Elegir el nivel de inicio:* debe realizarse en función de la capacidad atencional del sujeto y la demanda de la tarea de modo que sea adecuada para el sujeto. Esto es, que no haga que el sujeto se aburra haciendo la tarea ni que se frustre. En el siguiente gráfico puede verse esto reflejado:



---

*Entrenar la metacognición:* explicar al sujeto qué es la atención, los diversos niveles de atención, todo ello a través de ejemplos reales de su vida real y que impliquen tanto la atención deteriorada como ejemplos donde no esté afectada la atención, de este modo se puede hacer ver el concepto de “demanda de atención” y de “política de asignación de la atención (Schneider y Shiffrin, 1977)”. Se puede usar el siguiente ejemplo que, aunque tiene algunas limitaciones conceptuales, es útil para que la persona con enfermedad mental entienda estos conceptos (tomado de Cañamares et al., 2001):

*“Imagina que entras en una habitación oscura, con dos linternas en tus manos. Te piden que busques una mesa grande en la habitación- Es muy posible que con las linternas intentes iluminar la habitación lo más ampliamente que puedas y así descubrir dónde está la mesa de forma rápida. Sin embargo, imagina que te piden buscar un bolígrafo decorado con rayas azules, es muy posible que sigas una estrategia mucho más compleja, procurando iluminar trozo más pequeños de la habitación y siguiendo un sentido para asegurar que no te dejas algún lugar sin buscar. Así funciona tu atención, es como manejar las linternas. Tú tienes una capacidad para atender (dos linternas) que puedes usar como desees. Puedes intentar atender a muchas cosas a la vez si algo es fácil (procesos automáticos) como buscar una mesa, o atender sólo a una cosa si es muy complicada (proceso controlado), como buscar un bolígrafo. Tus “linternas” funcionan bien, de lo que se trata es de aprender a controlar adecuadamente tu atención en función de tus objetivos, que manejes bien esas “linternas””.*

*Comenzar la intervención:* se usarán dos vías principales, una la de buscar estrategias que ayuden a circunvalar el déficit (por ejemplo, ante un déficit de atención selectiva y en una situación de charla en un ambiente ruidoso, enseñarle las habilidades sociales necesarias para pedir a su interlocutor que hable más alto o pedirle ir a hablar a un sitio menos ruidoso); y la otra la rehabilitación del déficit. Para ello se puede usar como tratamiento de elección el entrenamiento en autoinstrucciones con el objetivo de mejorar la autorregulación de la atención (Meichenbaum y Cameron, 1973):

- Primero, el terapeuta hará de modelo. Se planteará la tarea que se haya elegido, por ejemplo una manualidad, y se hará varias preguntas sobre ésta: “¿qué tengo que hacer?, ¿qué atención está comprometida?, ¿qué problemas me puedo encontrar?, ¿cómo los solucionaré?... Después se pondrá a hacerla mientras va dándose indicaciones en voz alta sobre los pasos que va dando. Mientras se enfrenta a la tarea puede simular una pérdida de atención y se dará en voz alta las instrucciones pertinentes, por ejemplo: “cuando he oído el portazo me he despistado y me he olvidado qué estaba haciendo y no sé que paso venía ahora; esto es un fallo de mi atención selectiva, pues he centrado mi atención en el portazo en lugar de la tarea que es lo importante y me he quedado pensando en el portazo durante mucho tiempo en lugar de retomar la tarea cuanto antes. Tengo que retomar mi atención respecto a la tarea. Veamos, lo último que tengo hecho es el lijar la caja, entonces el siguiente paso era pintarla. Muy bien, ya sé qué tengo que hacer, voy a pensar cómo hacerlo: para ello necesito la pintura, el pincel y un trapo...”
- Una vez que el sujeto ha entendido el proceso, debe enfrentarse él a la tarea dándose las instrucciones en voz alta para que el terapeuta pueda ir dando las indicaciones necesarias. Este paso es complicado pues muchos sujetos no mantienen el ir dándose instrucciones en voz alta. En este caso hay que primero

---

enseñarles a darse instrucciones en voz alta con tareas muy simples y muy paudadas en pasos muy claros. Además es bueno recordarle de vez en cuando que debe de ir “hablándose en voz alta”.

- Una vez que el terapeuta se ha asegurado de que el sujeto domina esta estrategia le pedirá que haga lo mismo pero en voz baja y después en silencio.
- Durante todo el proceso es necesario que el sujeto vaya aprendiendo a darse autorrefuerzos verbales y que no sólo sean dados por el terapeuta.

Para aquellos casos en que la persona no es capaz de detectar cuándo ha perdido la atención es útil pedirle que busque una serie de *claves externas* para interrogarse cada vez que percibe la señal externa “¿estoy prestando atención a lo que estoy haciendo?”. Por ejemplo: *un sujeto con problemas de atención sostenida en el aula para obtener el graduado escolar pero incapaz de detectar el momento en que perdía la atención, llegando en múltiples ocasiones a perder la atención al inicio de la clase y no darse cuenta hasta que ésta finalizaba, pasando toda la clase pensando en lo que le gustaría conocer una chica tan culta como su profesora. Se le pidió que cada vez que la profesora se tocara el pelo (conducta que hacía de forma frecuente, al menos 4 veces en una hora), el individuo debía autoobservarse e interrogarse sobre el mantenimiento de su atención.*

Por último hay que generalizar esta estrategia de la actividad elegida a otras que se desarrollen en el propio centro y posteriormente a otras que el individuo realice fuera, sin supervisión de profesionales.

Un ejemplo práctico de intervención: “*manualidades*”.

*Varón de 31 años con diagnóstico de esquizofrenia residual. Entra en los programas de rehabilitación de manualidades con el objetivo de mejorar su psicomotricidad fina y aumentar el contacto social con otras personas y de ejercicios motóricos para mejorar su condición física así como crear un hábito sano con la posibilidad de generalizar este hábito hacia un recurso comunitario (polideportivo o piscina cubierta o centro cultural). Sin embargo, el educador de manualidades observa que cuando el usuario lleva 5 minutos haciendo la tarea compleja comete múltiples errores y abandona la tarea retomándola cuando se le dan indicaciones; sin embargo, si se le da alguna indicación mientras realiza la tarea su ejecución empeora sensiblemente. Si la tarea que se le pide es simple, entonces puede mantenerse en el grupo unos 30 minutos. Además, se ha observado que si la gente del grupo habla, se pone música alta o se deja la ventana abierta y hay ruidos en la calle, la ejecución empeora tanto en tareas simples como complejas. Así mismo se observa durante el ejercicio motórico que cuando el monitor da indicaciones el usuario pierde el ritmo.*

Conclusiones de la evaluación: *Este usuario presenta un déficit de atención sostenida no pudiendo mantener su atención en la tarea demandante más allá de 5 minutos o de 30 minutos si la tarea que se le propone es simple (capacidad de procesamiento de la información). No es capaz de retomar la atención por sí mismo, sólo cuando se produce una estimulación externa (indicaciones del educador). Su atención selectiva también está deteriorada ya que su ejecución empeora ante ruido de fondo. También presenta un déficit en atención dividida pues no puede prestar atención a las instrucciones y a la tarea a la vez (tanto en el grupo de manualidades como en el de motóricos).*

---

Recomendaciones para la intervención: *Para la rehabilitación de las capacidades cognitivas del sujeto habría que graduar diversas tareas en manualidades según niveles de dificultad (demanda de la atención) e ir incrementando el tiempo de exposición de la tarea. Así mismo es necesario generar autoinstrucciones que le ayuden a retomar la tarea cuanto antes (para esto es necesario haber trabajado la metacognición previamente). Una vez que se haya conseguido mejorar su atención mantenida, se podría comenzar a trabajar la atención selectiva introduciendo ruidos cada vez más intrusivos. Para realizar esto se pueden aprovechar los “ruidos” naturales del propio grupo, por ejemplo, pidiendo tareas a otros usuarios del grupo que hagan ruido como serrar una madera. Respecto a la atención dividida sería aconsejable pedir al usuario que por ahora sólo preste atención a una cosa (cuando se le dan indicaciones que deje la tarea, preste atención a los comentarios y luego retome la tarea), en este sentido, más que una rehabilitación de la atención dividida se trabajaría desde una compensación del déficit, al menos hasta que haya mejorado en los otros niveles de atención.*

*Luego, hay que generalizar a otros programas y a su vida real. Por ejemplo, se puede usar el programa de ejercicios motóricos: aumentar la demanda de la actividad (en lo que puede colaborar el terapeuta ocupacional del centro) e ir aumentando el tiempo que dura la tarea (atención sostenida); ir introduciendo músicas cada vez más fuertes y más “violentas”(se implica a la emoción) o que le supongan recuerdos específicos (atención selectiva); introducir indicaciones de simples a complejas (atención alternante o dividida).*

## **ALGUNOS APUNTES SOBRE LA MEMORIA**

En múltiples ocasiones se podrá observar una mejora del funcionamiento mnésico del sujeto tras un programa de rehabilitación de la atención ya que se asegura una mejor aprehensión de la información. Además hay que considerar el dato de que la mayoría de las personas (tanto con enfermedades mentales como sin ellas) se quejan de tener una mala memoria cuando en realidad no es así; es como si las personas esperaran un funcionamiento perfecto de la memoria cuando en realidad los olvidos forman parte del funcionamiento normal de la memoria. Si éste es el caso, la intervención debe centrarse sólo en aportar estos datos y tranquilizar al sujeto respecto al funcionamiento de su memoria.

En el caso que el sujeto siga presentando problemas de memoria, se debe incidir en cualquier método que haga aumentar los esfuerzos de codificación de la información. El usar intervenciones donde lo único que se pide a la persona es que memorice textos u otros elementos no sirve de nada. Dicho de otro modo, lo que sí funciona es que el individuo haga sus actos de un modo más consciente y menos automático (por ejemplo, cuando cierra el gas, decirse en voz alta “estoy cerrando el gas”, o aprovechar los anuncios de la televisión para hacer un resumen de la película que está viendo y así poder acordarse al día siguiente del argumento). Muchas de las estrategias nemotécnicas utilizan esta idea de aumentar el esfuerzo en la fase de codificación, por lo que también pueden ser útiles. Ejemplos de estas estrategias son: la imaginería visual, usar la primera letra de cada palabra, el método PQRST...

Además de estas estrategias resultan muy útiles las estrategias de compensación: llevar un diario, una agenda, usar un avisador, poner notas de recuerdo, hacer una lista de la compra o de cosas pendientes...

---

## **CAPÍTULO 13: OCIO Y TIEMPO LIBRE**

*Autores: Milagros Sanz (\*), Olga Gómez (\*), Anibal R. Cutanda (\*\*)  
Educadores (\*) C.R.P.S. Alcalá de Henares; (\*\*)C.R.P.S. Martínez Campos*

Cuando se habla de ocio y tiempo libre se hace referencia a aquellas actividades que se llevan a cabo durante el tiempo desocupado que tiene el individuo. Estas actividades son realizadas de forma voluntaria y resultan gratificantes para las personas que las llevan a cabo.

Como actividades de ocio y tiempo libre se pueden considerar aquellas que tanto por la forma de ponerlas en práctica como por la actividad en sí misma, crean en la persona satisfacción personal cuando las está realizando.

En el caso de las personas con enfermedad mental, las actividades de ocio y tiempo libre ayudan a minimizar los síntomas propios de la enfermedad, es decir, aumentan su autoestima, las saca del aislamiento, perfeccionan sus Habilidades Sociales, amplían sus relaciones sociales, etc., en definitiva, lo que se está consiguiendo es una mejora en su calidad de vida.

Desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) se realizan programas específicos para el uso y aprovechamiento del tiempo desocupado en la realización de actividades de ocio. Estos programas tienen varios objetivos que se verán más adelante, como por ejemplo:

- adiestrar al usuario en la búsqueda de recursos existentes para la realización de actividades de ocio
- recuperar aficiones
- potenciar la mejora de las relaciones sociales
- apoyar iniciativas personales
- facilitar la formación de grupos con intereses comunes
- autonomía de elección de actividades.

Para tener una idea generalizada de los conceptos que se van a manejar a la hora de llevar a la práctica los programas de ocio y tiempo libre para personas con enfermedad mental, en el punto siguiente se recogen una serie de definiciones que van ayudar a entender mejor los elementos que intervienen en todo el proceso, ya que en muchos casos se confunden entre sí.

### **CONCEPTO Y DEFINICIONES**

Haciendo una primera aproximación a la definición de ocio y tiempo libre, se puede decir que estos conceptos son lo opuesto a lo que se considera trabajo, incluyendo todas aquellas ocupaciones de las cuales el individuo no puede dejar de realizar (formación académica, tareas del hogar, asistencia a centros de Salud, etc.). Por tanto, tiempo libre sería el tiempo que resta al individuo una vez cumplido este tipo de obligaciones.

Pero de esta definición surgen varias preguntas: ¿Cuál es el tiempo libre de un desempleado, de un jubilado, de una persona con enfermedad mental sin ocupaciones...? ¿Se considera ocio al tiempo que dedican los usuarios de un Centro de Rehabilitación Psicosocial a participar en las actividades de ocio y tiempo libre programadas por dicho centro? Y por último, ¿es lo mismo el concepto de ocio y el concepto de tiempo libre?

Para poder responder a estas preguntas en primer lugar hay que hacer una distribución del tiempo, las actividades que se realizan, donde quedaría el tiempo libre y la ubicación del ocio. En el gráfico 1 se hace una distribución del tiempo atendiendo a dos conceptos: tiempo no disponible, donde estarían las ocupaciones y obligaciones diarias, y tiempo disponible, que abarcaría las obligaciones autoimpuestas y el tiempo libre.

Este esquema recoge una visión global de la distribución del tiempo, así como el tipo de actividades que lo ocupan, las cuales responden a las necesidades y obligaciones generales de las personas con enfermedad mental recogidas en el estudio posterior reflejado en el gráfico 2.

TIEMPO			
NO DISPONIBLE		DISPONIBLE	
OCUPACIONES	OBLIGACIONES	OBLIGACIONES AUTOIMPUESTAS	TIEMPO LIBRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo remunerado</li> <li>• Tareas del hogar</li> <li>• Ocupaciones relacionadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia al Centro de Salud Mental</li> <li>• Participación en CRPS</li> <li>• Asistencia a dispositivos de Servicios Sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades voluntarias</li> <li>• Actividades de formación ocupacional</li> <li>• Participación en asociaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupaciones no autotéticas</li> <li>• Tiempo libre desocupado</li> <li>• Ocio</li> </ul>

Gráfico 1. Distribución del tiempo.

Del contenido de este cuadro se pueden sacar las siguientes definiciones:

*Tiempo no disponible:* es el tiempo que el individuo tiene comprometido por ocupaciones que no puede dejar de realizar. Dentro de estas obligaciones se encuentran el trabajo remunerado, el trabajo en casa, actividades académicas, atención en Centro de Salud Mental, asistencia al Centro de Rehabilitación Psicosocial, etc.

*Tiempo disponible:* es el tiempo del que el individuo puede disponer para realizar actividades de forma autónoma. Aquí está incluido tanto el tiempo que se dedica a obligaciones que uno mismo se impone y donde se adquiere un compromiso de forma voluntaria, (cursos de formación ocupacional, participación en asociaciones, etc.),

---

como el tiempo propiamente libre. Entre estas dos formas de emplear el tiempo, existe una diferencia, en ocasiones muy tenue. Para poder entender la diferencia se podría decir que en el tiempo que se dedica a actividades autoimpuestas (participar en una asociación por ejemplo) el individuo está adquiriendo un compromiso ajeno a sí mismo; sin embargo, en el tiempo propiamente libre, si el mismo individuo se decide a realizar una determinada tarea (pintar todas las mañanas) no adquiere ningún compromiso externo y si un día decide no realizar la actividad, no ha de dar cuentas a nadie de su comportamiento.

Dentro del tiempo propiamente libre se encuentran tres tipos de ocupaciones:

- *Las ocupaciones voluntarias no autotélicas*: compromisos que el individuo asume por él mismo y no tiene que responder ante nadie si deja de realizarlas.
- *El tiempo libre desocupado*: es un tiempo inútil en el que no se realiza ninguna actividad y de llevarla a cabo, no es placentera y no se encuentra ningún tipo de satisfacción personal.

En estas dos primeras, el sujeto conserva enteramente la autonomía de realizar cualquier tipo de actividad, la decisión de llevarla a cabo y el modo de hacerla, pero no tienen la finalidad en ella misma ni su realización es necesariamente gratificante.

- *El ocio*: para que una actividad se considere propiamente de ocio tiene que haber sido elegida libremente, de forma autónoma y ser llevada a cabo de la manera que uno haya decidido hacerla, sin que existan compromisos externos ni influencias ajenas al individuo para realizarlas. Por último, es importante señalar que las actividades consideradas propiamente de ocio son aquellas cuyo objetivo está en el placer que produce la actividad en sí misma, la satisfacción de llevarla a cabo, independiente del resultado final.

Todas estas definiciones son fundamentales para poder elaborar programas de ocio en los CRPS para personas con enfermedad mental, pero, en este caso, las actividades que se consideran de ocio abarcan un campo más amplio que el especificado en la definición de ocio, debido a las características propias de las personas a las que van dirigidos dichos programas.

## **TIEMPO LIBRE Y ENFERMEDAD MENTAL**

A modo de ejemplo de cómo utilizan el tiempo libre las personas con enfermedad mental, se comentará un estudio realizado en el CRPS Martínez Campos. Para ello se consultó la base de datos del centro. La búsqueda se centró en el tipo de ocupaciones que tienen los usuarios (gráfico 2). En la muestra se consultó las ocupaciones de 88 usuarios que acuden habitualmente. El resultado fue el siguiente:

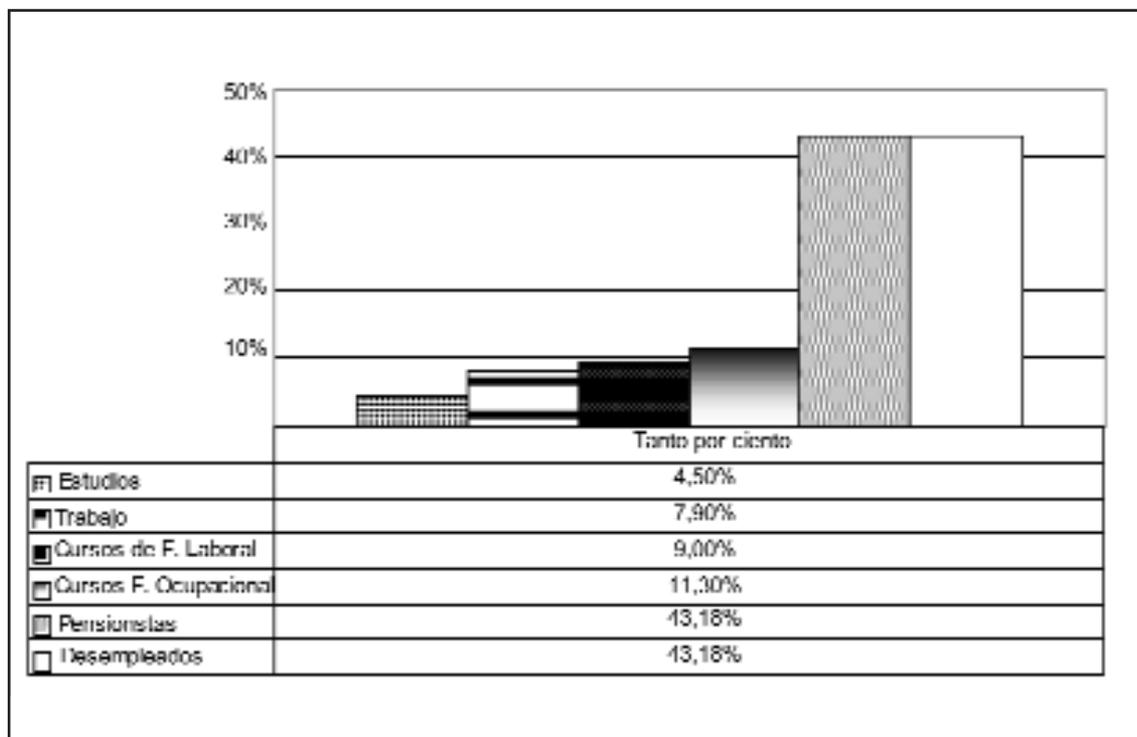


Gráfico 2. Ocupaciones de usuarios del CRPS Martínez Campos.

De los 88 usuarios, el 4,5%, (4 personas), realizan cursos académicos para la obtención de titulación académica, (universidad e institutos), trabajando hay un 7,9%, (7 personas), un 9%, (8 personas) asisten a cursos de formación laboral, (INEM, IMEFE, etc.), un 11,30% (10 personas), acuden a cursos de formación ocupacional, (Centros Culturales, asociaciones, etc.) un 43,18 (38 personas) son pensionistas y un 43,18 (38 personas) son desempleados.

Teniendo en cuenta que de los 76 usuarios desempleados y pensionistas, 10 están realizando cursos de formación ocupacional, tenemos un 75% de la población que acude a nuestro centro que no tiene ningún tipo de ocupación, por lo tanto, disponen de mucho tiempo libre. Si a este tiempo se le resta el tiempo que acuden al CRPS, una media de tres veces por semana, el resto del tiempo sería tiempo desocupado.

Pero, realmente, lo que interesa es saber el número de personas que tras realizar sus ocupaciones y obligaciones, es decir, trabajo, estudios, centro de rehabilitación, centro de salud, etc., realizan algún tipo de actividad relacionada con el ocio y el tiempo libre. Para ello se consultó a los usuarios que realizaban cualquier tipo de actividad de ocio en su tiempo libre, (salidas autónomas, salir con grupo de amigos, visitar exposiciones, pintar, etc.), los que no hacían nada y los que acudían a realizar cursos de formación laboral. El resultado se puede ver en la gráfica 3:

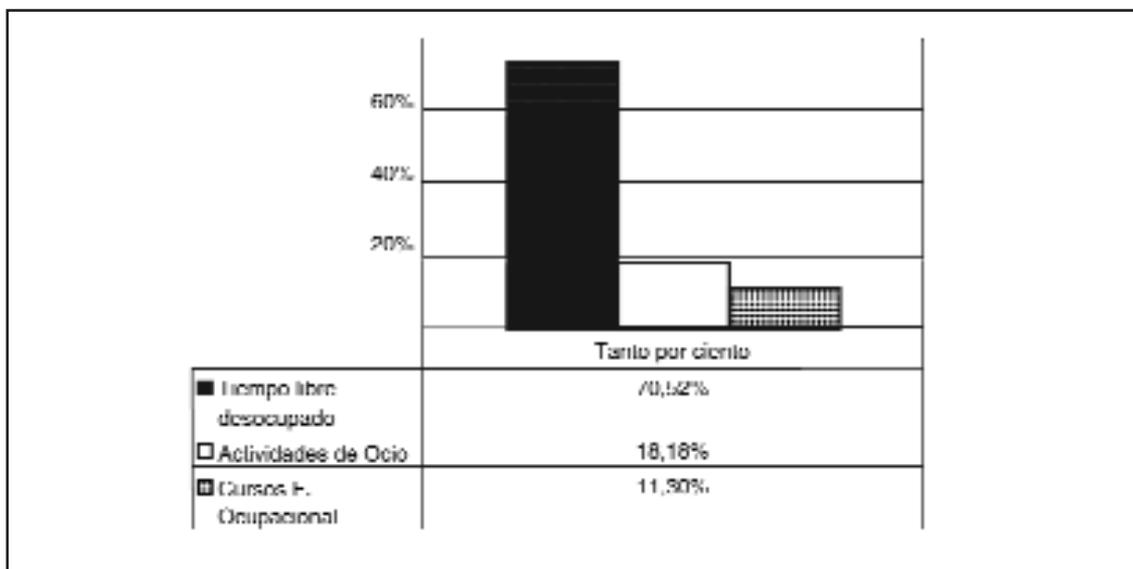


Gráfico 3. Tiempo libre de usuarios del CRPS de Martínez Campos

Analizando los datos el 70, 52% de los 88 usuarios consultados, es decir, 63 usuarios no realizan ningún tipo de actividad de ocio durante su tiempo libre. El tiempo que tienen desocupado lo pasan en casa realizando actividades que se pueden considerar sedentarias: ver la T.V., dormir la siesta, oír música, etc.

De los usuarios que realizan actividades relacionadas con el ocio en su tiempo libre, un 29, 48% (25 personas) salen con grupos de amigos, van al cine, pintan, realizan actividades culturales, etc.

En este grupo se han incluido a todos los usuarios que realizan actividades socioculturales de todo tipo y llevadas a cabo en cualquier entidad, esto es, participación en centros culturales, asociaciones, actividades realizadas de forma autónoma, etc. por considerarlas como las más próximas a la definición de ocio que se ha expuesto anteriormente.

## **FACTORES QUE DIFICULTAN EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE**

Del grupo de usuarios que no realizan ningún tipo de actividad, se puede decir que son varios los factores que impiden el acceso a las actividades de ocio y tiempo libre.

Por un lado, estaría la falta de adiestramiento para un adecuado conocimiento de las ofertas socioculturales de las que dispone el usuario, donde entraría el uso adecuado de los centros de ocio, manejo de guías de ocio y culturales, aprovechamiento de la oferta de su entorno más cercano, etc.

Por otro, estarían los impedimentos que se producen por la falta o pérdida de grupos sociales de referencia (amigos, compañeros de clase, etc.), problemas para

---

relacionarse con otros individuos (falta de habilidades sociales), desinterés para realizar actividades, aislamiento, etc.

En ambos casos las características propias de la enfermedad se entremezclan para añadir mayor dificultad, si cabe, a la hora de poder participar en las actividades de ocio que estas personas podrían llevar a cabo para mejorar su calidad de vida.

A modo de conclusión, se puede decir que las personas con enfermedad mental disponen de mucho tiempo libre que podrían emplearlo en la realización de actividades de ocio, pero que las características propias de la enfermedad dificultan la labor de llevar a cabo un aprovechamiento óptimo del tiempo.

Desde de los programas de ocio y tiempo libre de los CRPS, se pretende que los usuarios pueden superar los obstáculos que impiden su participación en actividades culturales, sociales, etc. y así, poder disfrutar de su tiempo libre de una forma diferente de la que actualmente lo hacen, buscando la satisfacción personal, el disfrute y la mejora de su calidad de vida y la estructuración del tiempo libre.

## **METODOLOGÍA EN OCIO**

La práctica de actividades de ocio debe estar sustentada por un encuadre teórico que impida actuaciones precipitadas, carentes de planificación y sin unos objetivos que posibiliten el buen desarrollo del proceso rehabilitador.

La metodología en cada intervención viene determinada, fundamentalmente, por un análisis de las capacidades individuales de los usuarios, de las necesidades e intereses personales y de los objetivos de rehabilitación a conseguir. El nivel de apoyo prestado tiene un papel decisivo desde una vertiente de organización, supervisión y/u orientación por parte de los profesionales respecto a las actividades a desarrollar, así como de los recursos existentes en la comunidad.

En todo momento, los apoyos son normalizados, comunitarios e integradores, independientemente del nivel de conocimientos, competencias y habilidades que cada persona posea.

Las actividades a las que el usuario asiste y los recursos a los que se incorpora, deben estar en consonancia con los objetivos planteados en el PIR (Plan Individualizado de Rehabilitación) y acordes a sus características personales y socioeconómicas. Por tanto, deben ser individualizados, operativos, concretos, funcionales, graduados y con alta probabilidad de ocurrencia.

## **OBJETIVOS GENERALES**

1. ASISTIR Y PARTICIPAR EN GRUPOS DE ACTIVIDADES
2. CONOCER, DECIDIR Y REALIZAR ACTIVIDADES DE OCIO
3. CONOCER Y UTILIZAR RECURSOS DE OCIO NORMALIZADOS
4. MEJORAR LA RED SOCIAL CUANTITATIVA Y CUALITATIVAMENTE

---

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.1. Formar grupos para la organización y distribución del trabajo.
- 1.2. Enseñar técnicas de organización, clasificación, distribución y reparto de tareas.
- 1.3. Servir de enganche entre el CRPS y el usuario.
- 2.1. Llevar a la práctica habilidades de conversación, debate, organización de reuniones y toma de decisiones.
- 2.2. Favorecer la capacidad de iniciativa individual y colectiva para generar alternativas de ocio y tiempo libre.
- 3.1. Aumentar el conocimiento y acceso a nuevos recursos de ocio y tiempo libre.
- 3.2. Adecuar las tareas según la complejidad de los recursos
- 4.1. Conseguir la formación de subgrupos naturales para compartir actividades.
- 4.2. Conseguir la auto-organización para la práctica de actividades.

Pese a las diferencias de nivel y grado de apoyo prestado en cada uno de los grupos, éstos presentan unas características que les son comunes:

- se realizan con una frecuencia semanal
- incluyen un máximo de 10 participantes
- las actividades son elegidas por los participantes
- se realizan siempre en espacios comunitarios

Para el desarrollo de actividades de ocio, la selección de los componentes es relevante tanto en el ajuste del perfil, (edad, capacidades, gustos personales y estilo de vida), como en el número de participantes (evitando siempre grupos numerosos). De este modo, se favorece el funcionamiento normalizado en el medio, se facilita el conocimiento y disfrute de los recursos y se potencian las relaciones personales.

Junto al enfoque y las actuaciones más organizativas y orientativas que se vienen realizando, empieza a cobrar importancia la introducción de una metodología más psicoeducativa respecto al ocio, entendida de forma global, como “un proceso en el que las personas aprendan a ser independientes y a determinar su propio ocio” (Howe, 1989, pag 207). Para ello, es necesario que tomen conciencia de la importancia y beneficios que la práctica de actividades conlleva, el conocimiento de las diferentes opciones existentes, de los recursos que se utilizan para su desarrollo, y de la adquisición de las competencias necesarias para una adecuada interacción en el medio socio-comunitario.

Las diferentes actuaciones que se plantean, se establecen a través de un trabajo coordinado entre los diferentes profesionales del equipo implicados en cada uno de los casos.

## **DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN**

Desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial se debe dar respuesta a las necesidades e intereses particulares de los usuarios dentro del área que nos ocupa. El objetivo es que todos se puedan beneficiar de las actividades de ocio, acercándoles a los

---

recursos e integrando el desarrollo de las mismas en un marco comunitario. Únicamente se utilizará el espacio físico del Centro como paso intermedio para tal fin. Para ello, se dispone de diferentes vías de actuación que posibilitan la participación de todas las personas, independientemente del nivel de competencias que presenten.

Las estrategias se canalizan a través de diversas intervenciones desde las que poder abordar todas las necesidades existentes. En función de esto, los grupos se estructuran en “niveles” de mayor y menor exigencia, dependiendo de las capacidades de desenvolvimiento de los usuarios en el medio, y abarca desde un total apoyo profesional hasta el mínimo necesario.

Los grupos no se conciben como compartimentos cerrados ni estándar, sino dentro de un *continuum* que posibilita un proceso de evolución con el que alcanzar el nivel de competencias básicas para planificar y desarrollar actividades.

Según lo expuesto, el trabajo se centra en intervenir específicamente con los grupos de los niveles mencionados. Se clasifican en 3 apartados que engloban los grupos existentes según el apoyo prestado, el cual básicamente consiste en:

- facilitar información (actividades, recursos)
- moderar las sesiones.
- acompañar durante el desarrollo de las actividades cuando el grupo no es lo suficientemente autónomo para ello.
- entrenar en la adquisición de conductas instrumentales necesarias.
- fomentar la comunicación.
- orientar en la incorporación a recursos.

Estas funciones se ejercen dependiendo del nivel de capacidades de los integrantes de cada grupo, ya que a mayor nivel de capacidades, menor apoyo profesional, y viceversa.

## **MAYOR APOYO**

Este apartado engloba diferentes grupos que van dirigidos a aquellos individuos que presentan mayores dificultades de funcionamiento y de autonomía en el medio socio-comunitario: problemas de orientación espacio-temporal, inadecuado manejo del dinero, déficits en habilidades de comunicación, desconocimiento del funcionamiento de los diferentes recursos y ausencia de red social e imposibilidad de adquirirla de manera natural.

El papel de los profesionales es fundamental, en cuanto facilitan, acompañan y/o supervisan la actividad durante todo el proceso, además de entrenar otros aspectos importantes del proceso rehabilitador: habilidades instrumentales (saludos, solicitar información personal y/o telefónica, etc.), aspecto personal, manejo y administración del dinero (pagar su billete, calcular el precio de una salida, etc.), utilización del transporte público, orientación espacial (ubicar el lugar de una cita), y habilidades de comunicación.

---

Dentro de este primer apartado se distinguen dos modelos de grupos:

A. Grupos en los que el perfil de los usuarios es heterogéneo, no siendo imprescindible compartir unas características determinadas, como son la edad, gustos afines, estilo de vida semejante, etc., sino que el acceso viene determinado por los objetivos de conocer y utilizar recursos comunitarios en los que poder desarrollar actividades de ocio.

La dinámica establecida consiste en alternar sesiones en el Centro con salidas a la calle. En las reuniones internas, cuentan con información previa sobre actividades facilitada por el profesional: prensa, folletos, guías, tablón de anuncios, ... Una vez examinado el material, los participantes proponen las actividades que les interesa realizar y se procede a la discusión y selección de una de ellas para realizar en la siguiente sesión.

El profesional facilita las intervenciones de los usuarios ayudando a centrar el tema, instigando al diálogo y a expresar e intercambiar opiniones, crear un clima de respeto ante otros puntos de vista y moderar el tiempo de uso de la palabra. En definitiva, a entrenar en la participación y permanencia en grupo.

B. Otros grupos presentan un perfil común respecto a la edad, sexo (grupos masculino o femenino), nivel de deterioro (bajas competencias) y/o estilo de vida (socialmente empobrecido).

Se trata de grupos abiertos y prolongados en el tiempo, donde la importancia de su planteamiento no radica en el conocimiento de recursos y actividades de ocio, sino en adquirir una red social de apoyo e introducir una mejora en su calidad de vida, estimulándoles y facilitando la estructuración de su tiempo libre.

Los participantes eligen un lugar en el que reunirse: cafetería, casa de la juventud, centro cívico, juegos recreativos..., para desarrollar una actividad "concreta" desde donde el profesional fomenta las habilidades de comunicación e instiga para su generalización fuera de un marco protegido. También se pretende conseguir una mejora en su calidad de vida introduciendo actividades en su tiempo libre en compañía de otros, que de motu proprio no realizarían.

## **APOYO MEDIO**

Aquí se incluyen aquellos grupos donde los participantes presentan un funcionamiento en el medio y unas capacidades lo suficientemente preservadas, como para ser capaces de, una vez adquiridos los conocimientos necesarios, desenvolverse autónomamente a la hora de planificar y desarrollar actividades de ocio.

Son grupos en los que sus miembros conocen recursos comunitarios de ocio que han utilizado en alguna ocasión, y que cuentan con un apoyo social mínimo (un amigo, un compañero, un familiar).

Está dirigido a aquellas personas con alta capacidad de aprendizaje y mínimo nivel de deterioro (competencia a la hora de buscar información, autonomía en los despla-

---

zamientos, capacidad de interacción,...), pero con dificultad a la hora de organizar o realizar actividades y desconocimiento del amplio potencial de recursos existentes.

Las intervenciones se llevan a cabo a través de dos formatos de grupo con niveles distintos.

Un nivel superior en el que se busca dotar al sujeto de los instrumentos y las capacidades necesarias para participar en recursos de ocio junto con la toma de conciencia de los beneficios que puede aportarles. Está orientado a recuperar capacidades que empiezan a deteriorarse, a suscitar nuevos intereses, a evitar y/o controlar la retirada y empobrecimiento social, además de mitigar comportamientos tan frecuentes como apatía, aburrimiento, falta de interés y motivación.

El grupo tiene una duración limitada en función del cumplimiento de objetivos marcados para cada usuario, o en su defecto, por el incremento general de conductas de ocio: mayor capacidad de elección, aumento y/o variedad del tipo de actividad y autonomía en la búsqueda de información y utilización de recursos.

El trabajo se desarrolla a través de un enfoque teórico-práctico, con breves exposiciones teóricas y aportaciones personales expuestas durante las sesiones, donde se muestran actitudes, motivación, intereses, expectativas, etc. Desde la práctica, se desarrollan las posibilidades que el ocio ofrece, aportando los apoyos adecuados, tanto personales (aumento de red), como instrumentales (diferentes tipos de actividad, información de recursos, forma de acceder a ellos, etc.). Durante las sesiones se elige y organiza la actividad y se desarrolla en el transcurso de la semana sin la presencia del profesional. En el siguiente encuentro se valoran las aportaciones, inconvenientes surgidos y alternativas generadas.

Por otro lado, existe un nivel inferior, en el que los participantes reúnen suficientes habilidades de comunicación y manejo en el medio, pero que necesitan organizar su tiempo libre con actividades de ocio planificadas. La programación de las mismas, se realiza a principio de cada mes, efectuándose una salida semanal en día y hora fijos. Los participantes hacen sus propuestas basadas en distintas fuentes aportadas por ellos, las discuten y eligen. Los distintos municipios de procedencia de los participantes enriquecen las opciones de actividades y amplía los conocimientos sobre recursos.

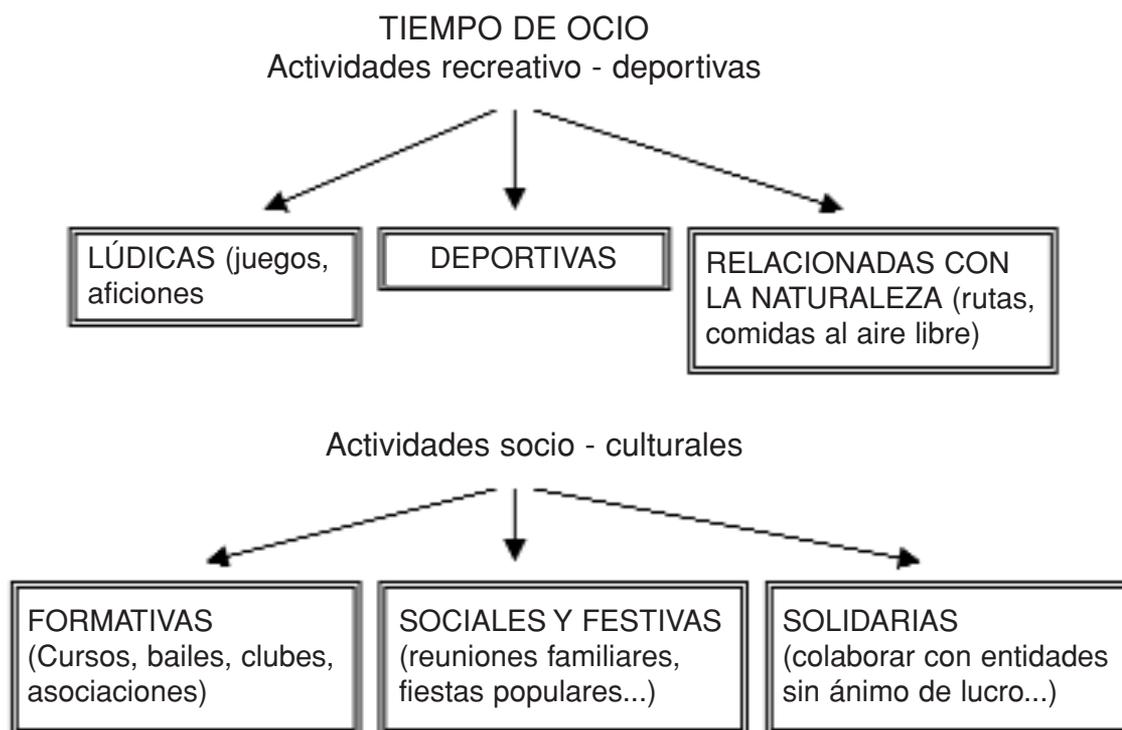
## **MÍNIMO APOYO**

Junto a las estrategias de intervención anteriormente expuestas y desarrolladas bajo un formato grupal, se lleva a cabo otra modalidad de trabajo que se aborda de manera más puntual, concreta e individualizada, centrada fundamentalmente en la directa incorporación a recursos de ocio. Desde aquí se presta apoyo a aquellos usuarios que inicialmente presentan, por su alto nivel de competencias y capacidades, o han conseguido alcanzar, después de un proceso de rehabilitación, un funcionamiento lo suficientemente autónomo para dicha incorporación. Se trata de recursos que requieren de un mayor nivel de exigencia y compromiso de asistencia e interacción con personas ajenas a su red social básica, tales como: asociaciones juveniles, religiosas, vecinales, polideportivos, cursos y talleres lúdicos, etc.

---

## TIPOS DE ACTIVIDADES

Desde el siguiente esquema se muestran los diferentes tipos de actividades que pueden llevarse a cabo encuadrados en dos grandes bloques que facilitan su clasificación:



## EVALUACIÓN

Previo a la evaluación en ocio, el terapeuta debe hacer una valoración respecto a la conveniencia o inconveniencia de la incorporación del usuario a los grupos de actividades. Una vez conocidas las necesidades de participación, se marcarán los objetivos individuales, que junto a los objetivos que tiene el grupo, indicarán la línea de trabajo a seguir.

Dentro de los grupos, cada persona pasa por una evaluación inicial, una intermedia y otra final. El criterio principal que se tiene en cuenta en las evaluaciones grupales es el impacto y las repercusiones que las actividades de ocio tienen en la persona, tanto cuantitativa como cualitativamente. Se lleva a cabo a través de cuestionarios, registros, hojas de sesión, información dada por la familia o los tutores, observación directa en sesión y cuestionario de red social (*ver Anexos 16 y 17*).

Cuantitativamente se mide por:

- La asistencia a las actividades, tanto de preparación como de ejecución.
- Las propuestas de actividades o alternativas que aporta.

- 
- La realización de tareas, tanto en número como en complejidad.
  - El grado de generalización de actividades, es decir, la realización de actividades extra Centro.
  - El número y tipo de recursos que utiliza.
  - El número de personas con las que realiza actividades

Cualitativamente se observa en:

- Las relaciones que establece: ausencia de contacto, comunicación con el resto de participantes o exclusivamente con el profesional.
- El modo de participación en un grupo: opiniones, toma de decisiones, etc.
- Los beneficios subjetivos concretos que está recibiendo desde que realiza actividades en grupo: mejora en habilidades sociales, interacción social, nuevos conocimientos, ...
- Reducción o eliminación de situaciones ansiógenas.
- Valoración personal que el sujeto hace de su tiempo de ocio.

---

## **CAPÍTULO 14: INTEGRACIÓN COMUNITARIA**

*Autores: Belén Lueches, Juan José González y María Jiménez  
Educadores C.R.P.S. Getafe*

### **FUNDAMENTACIÓN**

¿Por qué tenemos que hablar del programa de integración comunitaria de la persona con una enfermedad mental? Históricamente, con los psiquiátricos, antes de la desinstitucionalización, la persona con enfermedad mental ha sido segregada y apartada de la comunidad; el “loco” es vivido desde el miedo, entendido con una imagen de violento. Con el trabajo de integración se pretende que el enfermo mental use de forma autónoma los recursos de la comunidad.

Como individualidades que son (y somos), cada persona sentirá esa integración de forma diferente; por tanto, el trabajo no puede ser homogéneo, ya que no todos tenemos las mismas necesidades. Esta es una concepción clave del trabajo, si no, se corre el riesgo de imaginar una integración idílica, que ni las personas que no padecemos una enfermedad mental, podemos tener; se trabaja teniendo en cuenta la reubicación y que la persona alcance un nivel de vida satisfactorio para ella.

Otro punto importante es la concepción de la comunidad y de la propia enfermedad. La comunidad, lugar básico de vida, de relaciones, de interacciones, de apoyo, y la persona con enfermedad mental ante todo persona (como cada uno/a de nosotros/as), con los mismos derechos que cualquier ciudadano, de uso y disfrute de los recursos de la comunidad.

Pero no podemos dejar todo el peso de la integración en la persona. Con la integración comunitaria se pretende que pueda tener un rol de competencia social en cada uno de los contextos y redes sociales donde se mueve: la familia, los amigos, el trabajo, la vivienda, y así poder ser ciudadano de pleno derecho.

De ahí que, desde los recursos específicos de atención de la salud mental se intenten cubrir todas las áreas posibles que ayudan a la integración de la persona, centros de rehabilitación laboral en el ámbito del trabajo, C.R.P.S. desde la creación de redes sociales, el apoyo a las familias, acercamiento de los espacios comunitarios, etc.; desde los diferentes dispositivos de alojamiento. Se trata, por tanto, de trabajar teniendo en cuenta las características de cada uno.

Cuando la persona demanda espacios fuera de los recursos protegidos, dando respuesta a sus necesidades, utilizando recursos normalizados, los dirigidos a la población en general, es cuando apoyamos un proceso de integración. Aún así, el sólo uso de los recursos normalizados no es en sí integración, la persona tiene que sentir que ese uso es beneficioso y responde a objetivos propios, es participe en la toma de decisiones, logra un sentimiento de pertenencia, etc. Integración no es cuando la persona usa esos recursos con la supervisión constante de un profesional. Eso es acercamiento a los recursos, lo cual no significa que no sea necesario

---

este trabajo, básico para que la persona pueda llegar a dar el siguiente paso, que sería mantenerse sin una vinculación de dependencia con el profesional del recurso específico de salud mental.

Tan importante es este sentimiento de competencia social, como que el contexto más cercano reconozca ese papel.

No podemos olvidar el fenómeno de “puerta giratoria”, cuando la persona después de desvincularse del CRPS, vuelve otra vez a necesitar usar un recurso específico. Aquí la función es meramente de apoyo, la línea que sigue la integración de una persona no es siempre continua, se encuentra con altibajos, y en esos momentos el centro puede servir de referencia.

## **USO DE RECURSOS COMUNITARIOS**

Ya se ha comentado anteriormente que el uso de los recursos comunitarios por parte de las personas que tienen enfermedad mental, es uno de los indicadores de una normalización, sin embargo no podemos quedarnos únicamente en ese uso de recursos, ya sean estatales o no, para hablar de integración.

Desde los CRPS, se trabaja en coordinación con los ayuntamientos para la reserva de plazas en sus recursos; estas plazas son las llamadas de integración social, y van dirigidas a toda la población que tiene dificultades de inclusión, no sólo a aquella que tiene enfermedad mental. Usar este recurso para hacer una actividad, no significa que la persona ya esté integrada; habrá personas o momentos de la persona en que éste sea el mayor uso que pueden hacer de un recurso normalizado, siendo un paso, un apoyo, para su normalización.

No solamente se trabaja con los ayuntamientos, sino con más recursos comunitarios, con la finalidad de acercarlos a la persona, y de que los pueda usar más allá del apoyo de un profesional. Porque y según Watts y Bennet (1990), el final del proceso de la integración es la reubicación, el desempeño por parte de la persona que tiene enfermedad mental de sus papeles sociales naturales.

## **PROMOCIÓN DE REDES SOCIALES DE APOYO**

### **LA FAMILIA**

La familia es la red básica de apoyo de los usuarios. La integración pasa por que la persona sienta que está jugando un papel diferente al de enfermo, que su opinión cuenta, que es y está integrado en cada uno de los espacios donde se mueve; es necesario que el ambiente que le rodea sea eso lo que devuelva, que también sitúe a la persona en un papel que no es el de enfermo, y esto sucederá en la medida en que también esta persona empiece a ser competente en otros ámbitos.

Muchas de las asociaciones de familiares (pero evidentemente no todas, ni tiene porqué ser así) de personas con enfermedad mental han salido de grupos de

---

padres llevados desde recursos específicos de rehabilitación psicosocial. Esto es importante, porque aunque lo que se ofrece a las familias desde los centros es un apoyo, ellas también pueden influir en la comunidad; a la hora de la integración de la persona con enfermedad mental, desde la imagen que devuelven a la sociedad de “normalidad”.

## **LO/AS AMIGO/AS**

Habitualmente las personas que han cronificado una enfermedad mental, tienen mayores dificultades a la hora de mantener sus relaciones sociales previas. ¿Por qué es tan importante desarrollar estos apoyos? Según Shepherd, las relaciones personales, o las interacciones sociales (la forma más frecuente de relación en las sociedades occidentales), son factores claves a la hora de hablar de integración, a la hora de devolver a los usuarios con los que trabajamos una visión de persona y no de enfermo.

Desde el C.R.P.S. se intenta dar respuesta promoviendo grupos de funcionamiento autónomo (en principio guiados y partiendo de demandas o necesidades de las personas) desde la creación de redes sociales de grupos de iguales, o desde la búsqueda de recursos comunitarios que den respuesta a sus necesidades.

Se integra a la persona cuando se siente parte de un grupo de iguales, cuando el papel que cumple le satisface y se le reconoce, cuando el grupo responde a sus objetivos. El proceso es ser reconocido y cumplir un rol capaz en un grupo pequeño para poder desarrollarlo en un grupo grande.

Un aspecto a destacar y que generalmente no se le da la importancia que tiene para la persona, es el establecimiento de la red social que constituye la “pareja”. En cualquier sociedad, el hecho de tener pareja constituye otro indicio de “normalidad”.

Otra de las redes de apoyo que se deben promover desde los centros específicos (C.R.P.S., C.R.L,...) de salud mental, sería la creación de asociaciones de los propios usuarios. Actualmente, el desarrollo del asociacionismo por parte de personas que tienen algún tipo de discapacidad, (discapacitados físicos, psíquicos,) es una realidad, mientras que en el ámbito de los enfermos mentales suelen estar vinculadas principalmente a las familias, respondiendo a las necesidades de ambos conjuntamente.

## **TRABAJO**

En nuestra sociedad el trabajo tiene una importancia en muchos ámbitos, tanto individuales como sociales. El hecho de no tener trabajo es vivido con prejuicios. Se puede decir, por tanto, que éste es un aspecto importante a desarrollar para que la persona se sienta competente en otra red social y por lo tanto integrada.

Desde el C.R.P.S. se intenta dotar de herramientas de búsqueda de empleo.

---

## **OBJETIVOS GENERALES**

Los objetivos generales en el proceso de integración serán:

1. Promover que la persona recupere un papel social activo en los ámbitos que le rodean.
2. Devolver a la persona con enfermedad mental su papel de persona por encima del de enfermo (rescatar la parte sana de la persona).
3. Fomentar su participación social, a través de su capacidad de ser ciudadano, con sus derechos y deberes.
4. Favorecer la autonomía en la gestión de la propia vida.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Los objetivos específicos que se manejan en el proceso de integración, son los siguientes:

1. Crear redes sociales de apoyo.
2. Promover la autonomía grupal y de la persona dentro del grupo sin el tutelaje constante de un profesional, para recuperar el papel de validez y de autoconfianza.
3. Apoyar el desarrollo de intereses, ya sean laborales, de ocio, personales,...
4. Usar los recursos comunitarios que den respuesta a las necesidades, intereses y motivaciones de la persona.
5. Cumplir un rol competente dentro de los grupos.
6. Promover la toma de decisiones y el trabajo en equipo.

## **METODOLOGÍA**

Como medio para conseguir la integración comunitaria, se trabaja a nivel individual y/o grupal. Si la demanda que hace la persona coincide con unas demandas similares a las de otras, se trabajará la respuesta a esas demandas a nivel grupal (ej. : uso de una instalación deportiva). Pero si es muy puntual y con un objetivo concreto se trabajará a nivel individual, (ejemplo: incorporación a la actividad de un centro cívico), haciendo el seguimiento correspondiente.

La metodología que se usa en la integración comunitaria en los grupos, se caracteriza por ser:

- Participativa: es el usuario el protagonista de su integración, y es necesaria su opinión en el grupo, y de una manera implicadora.
- No directiva: el profesional no dirige los procesos grupales, los regula (con las actividades dirigidas a la normalización, el profesional es sólo un medio para que se produzca la cohesión grupal, es un informador y facilitador para responder a las demandas que surjan en el grupo, no dirige, sólo es un nexo).
- Abierta: Los grupos que se generan desde los centros para la integración, suelen ser grupos abiertos: esto significa que permiten la incorporación o la desvinculación de cualquier persona a lo largo de la vida del grupo.

- 
- Significativa: porque parte de los intereses concretos de las personas.
  - Socializadora: sirviendo de ámbito de referencia para la integración de normas sociales, de comportamiento, etc.

Otra característica de los grupos es que se van adecuando a las necesidades (de las cuales depende) de las personas que participan en ellos, sin tener principio ni fin concreto como los programas de entrenamiento (por ejemplo habilidades sociales).

El papel del profesional se caracteriza por ser un facilitador de la puesta en marcha de grupos, de la participación en recursos externos, a nivel individual y grupal, con el objetivo de ir dando la mayor autonomía posible, con su desaparición paulatina.

A nivel individual, la metodología utilizada será de mayor o menor supervisión, a través de citas o tutorías, según el grado de autonomía de la persona.

Ejemplos de trabajo con esta metodología pueden ser desde un grupo de mujeres, para compartir experiencias, hablar de temas comunes, quedar a tomar un café, ir de compras, ir juntas a la piscina, a un grupo sociocultural donde se trabaja la búsqueda de intereses comunes que generen puntos de encuentro y necesidades conjuntas que saquen de las personas la necesidad de crear grupo, para dar repuesta a esas necesidades, que sin el grupo serían difíciles de cubrir.

## **METODOLOGÍA ORGANIZATIVA**

Como ya hemos visto anteriormente, se trabaja tanto con la persona como con el grupo. Para ello se ha de tener en cuenta los siguientes pasos:

### **1ª Fase:**

- Concretar y partir de la demanda de la persona para realizar una actividad.
- Adecuar expectativas.
- Establecer las tareas para conseguir información y recursos para cubrir esa demanda.
- Apoyo del profesional para la organización.

### **2ª Fase:**

- Reparto de tareas en el grupo e individualmente para dar respuesta a sus necesidades.
- Realizar los pasos o gestiones propuestas.
- El profesional supervisa y motiva.

### **3ª Fase:**

- Una vez conseguida la demanda: realizar la actividad en un recurso normalizado, quedar para salir con un grupo de amigos, etc.

- 
- Hacer el seguimiento de ese grupo, con qué dificultades se encuentran, y cómo las solucionan.
  - El profesional desaparece progresivamente y es la persona o el grupo la que se autorregula.

## **DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN**

Entender la integración real en el medio conlleva que la persona pueda integrarse primero en un grupo donde se sienta reconocido, y consolide una red de apoyo. A través de la posibilidad de llevar a cabo iniciativas comunes se generan sentimientos de competencia; con el consiguiente manejo de relaciones y recursos que implica.

Esto se traduce en dos momentos de intervención:

1. Organizar y potenciar que pongan en marcha sus iniciativas, apoyándoles a través de sesiones en el centro.
2. El grupo se autoorganiza y mantiene de forma autónoma la actividad, con la consiguiente desaparición del profesional.

## **CONTENIDOS**

Los contenidos que se priorizan a nivel individual son el conocimiento de los procesos de acceso a un recurso concreto. A nivel grupal se priorizan los contenidos que tienen que ver con la organización y el trabajo en equipo, y todo lo que se deriva de esto: reparto de tareas, expresión de opiniones, gestiones, resolución de conflictos, etc.+

Secundariamente se atenderán distintos contenidos dependiendo de la demanda a cubrir (deportivos, culturales, sociales...), y utilizando éstos como hilo conductor para trabajar principalmente los anteriores.

## **SESIONES Y EJERCICIOS**

Teniendo en cuenta que los integrantes de los grupos serán los que progresivamente llevarán a cabo los diferentes tiempos dentro de las sesiones, la estructura de las mismas será la siguiente:

- Introducción a la actividad: se sitúa al grupo en el momento en el que está y se le centra en el objetivo que se va a desarrollar.
- Desarrollo: donde se definen las tareas a realizar o temas a tratar, de qué se encarga cada persona, materiales necesarios, información. Se lleva a cabo la actividad individual, por parejas, etc.
- Evaluación: o recogida de información, donde se integra todo lo realizado por el grupo y se comenta qué dificultades o qué aspectos se podrían apoyar de otra forma si fuera necesario.
- Preparación siguiente sesión: se reparten tareas a realizar para la sesión siguiente.

---

## REGISTROS

- Hoja de derivación a actividades: El tutor la realiza con los objetivos específicos para el usuario en esa actividad. (Ver anexo 18).
- Hoja diario del programa: donde se recoge asistencia, objetivos, metodología y observaciones durante las sesiones. (Ver anexo 19).
- Ficha de uso de recursos: donde se registra el recurso utilizado (ocio, laboral, formativo,...), por quién y la fecha de alta y baja en el mismo.

## CASO PRÁCTICO

*El caso que se muestra como ejemplo refleja el proceso de un grupo: “Grupo Sociocultural” para poder contrastar los diferentes momentos del proceso. A partir de los objetivos generales y desde la metodología descrita el llamado “grupo sociocultural” ha evolucionado, no sólo en cuanto a la consecución de objetivos o la adquisición de determinadas habilidades en los participantes, también en cuanto al papel jugado por los profesionales. Describimos el recorrido brevemente:*

1. *Tras los momentos iniciales, en que el profesional coordina el grupo detectando intereses comunes y fomentando que los usuarios los pongan en marcha en su tiempo libre (se reforzó el hecho importante de que algunos de ellos ya formaban parte de una red social de amigos que salían juntos) la existencia de este espacio en el centro permite canalizar demandas nuevas de otros usuarios que se acercan al grupo. Aprovechamos este contexto para:*

- *consolidar las redes de apoyo, que ya se están creando entre ellos.*
- *potenciar que pongan en marcha sus iniciativas de realizar juntos actividades de ocio, deporte, etc., dentro y fuera del centro.*

2. *En un segundo momento, en el que ya han consolidado como algo estable el quedar entre ellos los fines de semana, presentan demandas nuevas al grupo, que cubran también necesidades nuevas. Se les sugiere empezar por algo básico, consistente en preparar una actividad de ocio conjunta, a realizar en el centro (abierto al resto de la gente) que les suponga en primer lugar ponerse de acuerdo para elegirla, organizarse en equipo, secuenciar la tarea, reparto de las mismas. , y así poder producir algo “valioso”, reconocido.*

*El profesional (en este caso, educador social) deja de ser la figura que estructura, para reconvertirse en guía (coordina al grupo a través de preguntas, orienta sin dirigir) y por otra parte en “espejo” (devuelve a los miembros del grupo, “feed-back”, de sus dificultades y avances).*

*El resultado fue que el grupo participó en una semana cultural del centro de rehabilitación con una aportación propia: realizaron 2 actividades dirigidas por ellos y abiertas (una tertulia y una sesión de deporte). Como efectos observamos una mayor capacidad de toma de decisiones en grupo, de resolución de problemas, mayor iniciativa y una mayor sensación de competencia, además de un aumento en su motivación para hacer cosas.*

---

3. *En un momento posterior, los intereses del grupo comienzan a diversificarse entre la realización de actividades dentro y fuera del centro; por un lado, tienen la intención de mantener la preparación y realización de una tertulia semanal abierta y por otro lado, aprovechan la posibilidad de utilizar un recurso normalizado a partir del ofrecimiento desinteresado de un conocido del grupo, monitor deportivo, que les propone participar en un curso de tenis.*

*A partir de aquí conviven en paralelo distintas propuestas de los miembros del grupo con el denominador común de utilizar recursos comunitarios (polideportivo del barrio, etc.), desde una óptica más normalizada que en los momentos iniciales: si bien necesitan el apoyo del C.R.P.S. para asegurarse el espacio en dichos recursos deportivos locales, la utilización de los mismos como grupo (sin intervención de profesionales) se va acercando más al uso que haría una red natural de amigos, que llegan a acuerdos, toman decisiones por mayoría, etc.*

*Durante unos meses el grupo se autoorganiza y mantiene de forma autónoma un subgrupo de tenis, que aprovecha las pistas que les cede una asociación deportiva, y un subgrupo de baloncesto, que aprovecha las pistas cedidas esta vez por el ayuntamiento al CRPS.*

4. *Una vez conseguido este funcionamiento, coinciden varios factores que provocan un cambio. Algunos usuarios inician la búsqueda de empleo y/o formación, se generan nuevas relaciones sociales alternativas o complementarias a este grupo, con lo que se interrumpen las actividades generadas.*

*En la actualidad se mantiene el grupo natural inicial que queda los fines de semana. Por otra parte, la mayoría de los miembros están desarrollando actividades de ocio o formativo laborales en recursos normalizados. Es decir, además de mantener algunas de las actividades puestas en marcha por ellos, se observa la participación en otros recursos normalizados cubriendo necesidades propias. Existe, además, un cambio de actitud hacia el centro de rehabilitación, haciendo demandas más selectivas y no siendo imprescindible para dar respuesta a todas sus iniciativas.*

## **EVALUACIÓN**

Podemos diferenciar varios momentos de evaluación:

- Inicial: momento en el que se recoge información relevante para la incorporación en la actividad, a través de entrevistas del tutor con el usuario, demandas recogidas en otros espacios.
- De proceso: recogida de información de la evolución del usuario durante la intervención, a través de: hojas diario del programa – actividad (*ver anexo 19*), hojas de derivación (*ver anexo 18*), en las reuniones diarias del equipo,...
- Final: puede ser entendida como el final de la intervención o como el fin de su participación en alguna actividad en concreto. En este caso, bien porque haya conseguido los objetivos propuestos, por alta, abandono, realizando la devolución al equipo.

---

## **CAPÍTULO 15: ACTIVIDADES DE APOYO Y SOPORTE SOCIAL**

*Autores: Ana María Muñoz (\*), Belén Lueches (\*\*),  
Juan José González(\*\*) y María Jiménez (\*\*)  
(\* Terapeuta Ocupacional C.R.P.S. La Elipa; (\*\*)  
Educadores C.R.P.S. Getafe*

### **INTRODUCCIÓN**

La recuperación se entiende como el “desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la medida en que uno crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” (Farkas, 2001). La rehabilitación, como parte de este proceso, participa orientada por este principio y las actividades de apoyo y soporte social también.

Estas actividades de apoyo y soporte social dentro de los C.R.P.S. tienen como objetivo cubrir necesidades específicas y desarrollar potencialidades de las personas con enfermedad mental crónica, con el fin de mantenerse en su comunidad de la forma más autónoma posible.

La ocupación define y organiza al individuo a través de las actividades. “La diferencia básica entre ocupación y actividad es que una persona posee ocupaciones y roles ocupacionales y sociales, mientras ejecuta actividades y tareas”.

Frente al ocio forzoso, que al igual que otros muchos colectivos se ven sumidos este tipo de población, incorporarse a las actividades conlleva, no sólo tener un espacio propio distinto del de la familia, sino también un contraste que le posibilite discriminar entre tiempo libre y tiempo dedicado a una ocupación y responsabilidad, convirtiéndose en ocasiones en la única fuente de estimulación.

Las actividades tienen que tener un significado, es decir, un objetivo, para que formen parte del proceso rehabilitador del usuario. Estos objetivos abarcan las áreas: psíquicas, sociales y físicas. El diseño de actividades así como la oferta de las mismas tendrá que ajustarse a diferentes niveles dentro de las áreas e integrando las mismas, ya que la población a la que se dirigen no tiene las mismas características biopsicosociales.

Los déficits psíquicos, físicos o sociales, dificultades de contención familiar, que junto con la desmotivación e inactividad muchas veces limitan a la persona, hacen que ellos mismos se vean sólo como enfermos mentales. Frente a esto, las actividades no trabajan únicamente afrontando estos déficits, sino que tienen en la estimulación de la persona y en trabajar cambiando esa imagen su sentido, potenciando al máximo su autoestima, responsabilidad y competencia social, aunque hablemos de procesos de años.

La persona responsable del grupo, tiene que partir de todo lo anterior, evaluando y proponiendo individualmente y en grupo; interviniendo desde metodologías más estructuradas y dirigistas hasta modelos de intervención más autónomos y autogestionados por el propio grupo, que potencien “la dinamización sociocultural fomentan-

---

do la implicación, participación, la toma de decisiones y el trabajo en equipo” (Cembranos, Montesinos y Bustelo, 1992).

Otro aspecto importante es ir acercando la comunidad, sus espacios, procedimientos y recursos. Cuando el grado de aislamiento de la persona es grande o nunca ha accedido al uso de recursos socioculturales, es necesario un acercamiento gradual, justificado y demandado por la persona. Para esto nos servirá ir al polideportivo a realizar una actividad, porque en el centro no hay espacio ni materiales suficientes para desarrollarlo; tener que comprar en el supermercado porque tenemos que hacer un plato en la actividad de cocina; realizar gestiones por teléfono, poner un fax, porque vamos a hacer una excursión a la sierra y pedimos un descuento por ser grupo, etc. De esta forma la persona integra los recursos como medio para desarrollar motivaciones o aficiones que tienen y no para “ser más normales”.

Las actividades de apoyo y soporte social dentro de los C.R.P.S. ofrecen una amplia gama de contenidos que servirán como herramientas de trabajo que se adaptan en función de las necesidades que se detecten; no tenemos que entenderlas como un fin en sí mismas. Así encontraremos actividades que se mantendrán durante todo el año o incluso años y otras que se refieren más a demandas específicas y concretas de un determinado número de usuarios o para apoyar aspectos concretos.

La derivación a actividades se realiza una vez presentado el P.I.R en el equipo y se estructura la línea de intervención que se desarrollará con el usuario, recogiendo además las demandas de éste. Asimismo, las actividades pueden ser en un primer momento una forma para vincular al usuario en el centro mientras que paralelamente se desarrolla la evaluación.

Otra función que tienen es generalizar situaciones en las que se está interviniendo en los programas de entrenamiento, transversalmente y de forma indirecta, para la interacción con otras personas.

La coordinación entre los profesionales y la comunicación entre ellos permiten ajustar lo máximo posible una intervención global, para que ésta no se quede disgregada y en el activismo. Las hojas de derivación a actividades son el medio por el que se realiza la devolución de información por parte de los profesionales que llevan el grupo, con lo que el tutor/a tendrá una visión integral del funcionamiento de la persona en las diferentes actividades.

## **OBJETIVOS GENERALES**

1. Aumento del desempeño de roles y promoción de su iniciativa, potenciando así su autoestima y satisfacción personal.
2. Desarrollo de las habilidades sociales, que permitan romper con el aislamiento del enfermo mental crónico, construyendo redes de apoyo.
3. Estructuración y secuenciación de información y tareas, que le permita organizar tiempos y recursos necesarios para realizar cualquier actividad.
4. Integración y normalización del comportamiento en grupo, adecuándose a diferentes espacios (tanto fuera como dentro del centro).

- 
5. Mantener y conseguir un nivel de autocuidados y autonomía personal que conlleve, en la medida de lo posible, la autorresponsabilidad sobre sí mismo.
  6. Acercar los espacios y recursos comunitarios, que le permitan ampliar sus intereses y motivaciones, así como conocer los procedimientos para poder acceder a los mismos.
  7. Desarrollar e incrementar redes de apoyo y de ayuda mutua potenciando la autonomía y la normalización en recursos.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Entre la múltiple diversidad de objetivos a trabajar en las áreas, podríamos destacar:

1. Objetivos específicos a nivel psíquico:
  - Mejorar y mantener las funciones cognitivas superiores (atención, concentración, memoria, orientación temporo-espacial, numérica, verbal, percepción, comprensión,.....)
  - Reducir la confusión y el nivel de ansiedad.
  - Dotar de herramientas para la estructuración y secuenciación de información.
2. Objetivos específicos a nivel social:
  - Facilitar y promover la interacción con otros.
  - Construir y potenciar las redes sociales.
  - Promocionar gustos y aficiones.
  - Evitar el retraimiento social.
  - Ocupar el tiempo libre.
  - Acercar y apoyar la utilización de los diferentes recursos comunitarios.
  - Informar a la familia del proceso que la persona está desarrollando.
3. Objetivos específicos a nivel físico:
  - Reconocer el esquema corporal.
  - Paliar los efectos secundarios de la medicación.
  - Mejorar la psicomotricidad gruesa y fina.
  - Aumentar el lenguaje corporal y la expresión de emociones a través del cuerpo.
  - Aumentar el autoconcepto y la imagen corporal.

## **METODOLOGÍA**

Todos los usuarios tienen su Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), desde aquí se realiza la derivación al Programa de Apoyo y Soporte Social.

---

## CRITERIOS METODOLÓGICOS

El grupo va a ser la unidad básica elemental de trabajo, espacio de relación beneficioso y donde se fomenten estructuras de apoyo y socialización. Para que esto ocurra, el proceso de integración de una persona en el grupo variará, según el grado de tolerancia en la interacción con otros, pero siempre intentando conjugar el trabajo individual, con el trabajo de parejas, pequeño grupo y gran grupo.

La individualización de la intervención también requiere puntualmente el acompañamiento del usuario para facilitar esa intervención grupal o individual, ya que a veces es necesario que un profesional enlace los diferentes contextos de integración que se van a utilizar con dicho usuario (de su casa al centro, o acompañando a la persona a hacer gestiones). Estos acompañamientos responden a objetivos de orientación espacial, disminuir la ansiedad durante el trayecto, etc., para que la persona pueda aumentar su autonomía manejando sintomatología o incorporando recursos personales.

La comunicación tanto verbal como no verbal, es la herramienta clave con la que se interviene. Si realizamos actividades donde los usuarios no tengan opinión, ni posibilidad de opinar, se les está anulando, además de que será difícil que puedan después relacionarse con otros, ya que no tienen nexos de unión entre ellos. Intentar que la persona no sea un mero consumidor de actividad, sino que su opinión influye en los demás y tiene importancia para el desarrollo de la misma es necesario en las actividades, ya que les posibilita participar.

Las actividades tienen que ofrecer procesos de toma de decisiones y de llevar a cabo lo decidido. Cada persona dentro de sus posibilidades, pero siempre con la idea de trabajo en equipo. Así se puede realizar un grupo de cocina, destacando como lo importante no realizar únicamente un plato, sino el proceso que conlleva, decidir el plato, qué se necesita de ingredientes, comprar esos ingredientes, quién recoge el dinero para comprar, decidir los pasos para cocinar, quién cocina, quién recoge, etc. Generar actividades que tengan en sí mismas pequeños procesos, hace que la motivación sea mayor, ya que posibilitan un sentimiento positivo con la tarea inmediata, con los otros y con uno mismo porque forman parte de algo común.

En el diseño de las actividades hay que tener en cuenta las áreas psíquicas, sociales y físicas, conociendo los déficits que en cada una de ellas puedan surgir. Al vincular a la persona a una tarea concreta, adaptándola a su necesidad y responsabilizándola de ella, se puede conseguir que la persona encuentre estrategias de actuación para su consecución y que se sienta con seguridad para pobrar otras tareas nuevas.

El sentimiento de pertenencia a un grupo, ayuda a crear redes sociales, ya que se puede potenciar la conexión de usuarios y posibilitar además procesos de creación conjunta, que les ayude a buscar el apoyo en la otra persona y buscar otros espacios (que no sean protegidos) para realizarlos. Es éste el momento de trabajar la integración con la persona, esto es, cuando siente que puede dar pasos para la desvinculación de un recurso protegido.

---

## **METODOLOGÍA ORGANIZATIVA**

Teniendo como meta la participación con mayor autonomía-autogestión individual y de grupo posible, las fases en las que organizamos las actividades son, retomando a Sánchez Alonso (1991):

### **Fase de enganche:**

- Tarea definida y apoyo del profesional de referencia.
- Mayor estructuración posible en la información y en las tareas.
- Generar opinión.
- Buscar conexión con otros.

### **Fase 2ª:**

- Definir los pasos para secuenciar una tarea.
- Buscar posibilidades y recursos para llevarla a cabo.
- Contrastar la opinión con otros.
- Trabajar con otros en tareas sencillas.
- Conocer procedimientos de acceso a los recursos.

### **Fase 3ª:**

- Generar a través del trabajo en equipo, iniciativas propias o grupales para realizarlas fuera o dentro del centro, pero que éstas últimas, repercutan en los otros (Ejemplo: gestionar la comida de Navidad del centro o algún acto comunitario.)

## **DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN**

Una vez realizada la evaluación y establecidos los objetivos, se comienza con la fase de intervención, en la que se pone de manifiesto la ejecución del usuario en la actividad.

1. Se informa al usuario y a la familia de la actividad o actividades en las que va a participar:

- Individual o en grupo (son de carácter individual, aquellas actividades que requieran un seguimiento mayor sobre el usuario , ej. alfabetización o apoyo al estudio).
- La duración completa de la actividad (semanas, meses, ... etc.)
- El día o los días que asistirá a lo largo de la semana, la duración de las sesiones, la hora de comienzo de la sesión y la persona de referencia a esa actividad.
- Lugar o lugares dónde se realizan las sesiones.

- 
- Indumentaria, si fuera necesario, para el desarrollo de la actividad o actividades (delantal, ropa deportiva, utensilios para la ducha, ropa limpia para cambiarse, etc.)
  - Material que aporta el Centro y material que deben aportar los usuarios para el desarrollo de la actividad.
  - Normas generales y específicas (si se puede o no fumar, si se realizan descansos durante las sesiones, justificación de las faltas de asistencia, etc.)

## **SECUENCIA DE LOS CONTENIDOS**

Dependiendo del tipo de actividad de apoyo y soporte social, el contenido de la misma así como su desarrollo será diferente.

- Actividades físicas: deportivas (fútbol, baloncesto, tenis, natación, gimnasia) teatro, bailes de salón, etc.
- Actividades manuales: pintura, macramé, dibujo, collage, barro, cuero, etc.
- Actividades de ocio:
  - Organizar diferentes salidas: culturales (exposiciones, cine, teatro), de medio ambiente (excursiones de senderismo).
  - Desarrollo de procesos de creación conjunta: audiovisuales, cocina, periódico, radio, etc.
  - Desarrollo de redes de apoyo: grupo de mujeres y grupo sociocultural.

## **SESIONES Y EJERCICIOS**

La estructura de las sesiones se organiza en varios momentos:

- Introducción a la actividad: se sitúa al grupo en el momento en el que se está y se le centra en el objetivo que se va a desarrollar.
- Desarrollo: donde se definen las tareas a realizar y de qué se encarga cada persona, materiales necesarios, información.  
Se lleva a cabo la actividad individual, por parejas, etc.
- Evaluación: o recogida de información, donde se integra todo lo realizado por el grupo y se comenta qué dificultades o que aspectos se podrían apoyar de otra forma.

Importante destacar la estructuración de la información y la forma de comunicar consignas por parte del profesional, ya que debido a los déficit cognitivos en la atención, concentración,... etc., hay que buscar herramientas para que éstas personas puedan incorporarlas, para un mejor manejo en la consecución de tareas.

Ejercitar la memoria colectiva (nos acordamos entre todos de lo que hemos hecho o tenemos que hacer) y donde las secuencias se repitan hasta que se integren y posteriormente para aumentar la secuencia o incorporar otras nuevas, nos ayuda a que se estructuren más y a buscar el apoyo unos con otros.

---

## REGISTROS

- El tutor/a realiza la hoja de derivación con los objetivos específicos del usuario en esa actividad (*ver anexo 18*).
- Hoja diario del programa, donde se recoge asistencia, objetivos, metodología y observaciones durante la sesión. Elaboración por parte de los educadores. (*ver anexo 19*).
- Hoja de registro para: apoyo comunitario, acompañamientos, gestiones,...(*ver anexo 21*).

## CASO PRÁCTICO

*Grupo de baloncesto: Se convoca a los usuarios que asisten al grupo de baloncesto todos los martes a las 11:00 de la mañana en la mañana en las pistas de baloncesto cercanas al CRPS. El profesional responsable del grupo y los usuarios acuden a la convocatoria, hay usuarios que acuden antes de la hora, otros un poco más tarde y otros ni acuden, se intenta motivar para que asistan y sean puntuales. Se empieza la sesión con ejercicios de calentamiento.*

*El calentamiento se estructura de manera que tengan una misma secuencia y se trata de que ellos vayan explicando al resto del grupo cómo se hace el ejercicio:*

- *Ejercicios de precalentamiento: buscar el sitio vacío en un espacio determinado y dirigirse hacia él, a la vez saludar a compañeros, etc.*
- *Ejercicios de miembros superiores (flexión de hombro, rotación de muñecas, flexión y extensión de dedos, pronación y supinación, etc.).*
- *Ejercicios de miembros inferiores (flexión de rodilla, rotación de tobillo, flexión de caderas, etc.).*
- *Ejercicios de coordinación (flexión y extensión de hombro alternativa, andar botando la pelota con la mano, etc.)*
- *Ejercicios de equilibrio (caminar por una línea recta con los brazos en cruz, caminar levantando la rodilla y dando una palmada debajo de ésta).*
- *Ejercicios de reflejos (pasar el balón a un compañero sin avisar, etc.).*
- *Otros ejercicios: correr, andar de puntillas, de talones, girar la cintura, etc.*

*Después de los ejercicios de calentamiento, se realizan ejercicios deportivos (en este caso de baloncesto: entrar a canasta, lanzamientos, etc.), trabajando la distribución de funciones entre los participantes y el trabajo en equipo.*

*Por último, jugamos un partido, priorizando objetivos de organización, colaboración,... entre los integrantes de los equipos, al resultado del partido en sí. (Ejemplo: que el balón pase por tres compañeros del mismo equipo antes de tirar a canasta).*

*Se termina la sesión con ejercicios de estiramientos, comentando como ha transcurrido la actividad mientras entramos a los vestuarios para ducharnos. Además se convocará a los usuarios para la siguiente sesión.*

---

## **EVALUACIÓN**

Podemos diferenciar tres momentos de evaluación:

- Inicial: momento en el que se recoge información relevante para la incorporación en la actividad, a través de: entrevistas con del tutor con el usuario, cuestionarios para la incorporación a actividades deportivas (*ver anexo 21*), etc.
- De proceso: recogida de información de la evolución del usuario durante la intervención, a través de: hojas diario del programa – actividad (*ver anexo 19*), hojas de derivación (*ver anexo 18*), en las reuniones diarias del equipo, asambleas grupales, etc.
- Final: entendida no como el final de la intervención sino como el fin de su participación en alguna actividad en concreto, bien por que haya conseguido los objetivos propuestos o por abandono, realizando la devolución al equipo y reajustando objetivos.

---

## **CAPÍTULO 16: APOYO, PSICOEDUCACIÓN Y ASESORAMIENTO A LAS FAMILIAS**

*Autores: Juan Fernández Blanco (\*) y Esther de Grado(\*\*)  
Psicólogos (\*) C.R.P.S. Alcalá de Henares; (\*\*) C.R.P.S. Los Cármenes*

### **FUNDAMENTACIÓN**

La familia tiene un papel muy destacado en el proceso de rehabilitación psicosocial de la persona con una enfermedad mental crónica ya que, a partir del desarrollo de la reforma psiquiátrica y del movimiento comunitario, se ha convertido en la principal responsable de su atención y cuidado, y en muchos casos, en el único apoyo con el que cuenta.

Dentro de las enfermedades mentales crónicas, el núcleo familiar de las personas diagnosticadas de esquizofrenia ha sido el que más atención ha recibido en la literatura publicada hasta la fecha. Las primeras teorías sistémicas consideraban el comportamiento esquizofrénico como una respuesta a un ambiente anormal, haciendo énfasis a la hora de intervenir terapéuticamente en aquellos aspectos negativos, deficitarios, carenciales e incluso patognomónicos de la familia. Sin embargo, en los últimos veinte años, la concepción que se tiene del papel que desempeñan los familiares en el desarrollo y curso de la enfermedad ha cambiado notablemente. Ya no son considerados como los responsables de la enfermedad mental del familiar afectado, sino que son contemplados como los principales colaboradores con los que cuentan los profesionales en el proceso de rehabilitación y reinserción social que se lleva a cabo, siendo los encargados de compensar las dificultades que presenta el usuario mediante la utilización de estrategias adecuadas.

La convivencia con una de estas personas suele originar una serie de problemas y tensiones que, dependiendo del tipo de conducta o discapacidad que presenta el usuario, de los recursos personales y económicos que poseen los familiares para afrontarlos y manejarlos, y del apoyo social y profesional con los que cuentan, les sobrepasarán y sobrecargarán en mayor o menor medida. Aunque muchas familias se muestran muy competentes a la hora de hacer frente a estos problemas y poseen una buena comunicación entre todos sus miembros, otras fallan en estos aspectos y requieren ser entrenadas.

Por otro lado, los estudios sobre Emoción Expresada (EE) han servido para determinar que ciertas actitudes emocionales del ambiente familiar en el que está inmersa la persona diagnosticada de esquizofrenia pueden influir en su pronóstico a corto y medio plazo. La gran mayoría de los estudios que han replicado los hallazgos de Brown, Birley y Wing (1972) y de Vaughn y Leff (1976) han encontrado que aquellos pacientes que, tras un ingreso hospitalario, vuelven a hogares donde al menos uno de los familiares es de alta EE, tienen dos o tres veces más posibilidades de recaer a los nueve meses o al año de seguimiento, que los que vuelven a hogares de baja EE. Se desconoce el mecanismo por el cual tales actitudes emocionales de los familiares influyen en el pronóstico del paciente. Para muchos autores, la diferencia entre los familiares de

---

alta EE y los de baja EE radicaría en el conocimiento que poseen acerca de la esquizofrenia. Así, Vaughn y Leff (1981) han sugerido que los familiares de alta EE creerían que el paciente tiene control sobre su sintomatología y poseerían una visión de la enfermedad poco realista, mostrándose en consecuencia poco tolerantes con la conducta bizarra que presenta. Por el contrario, los familiares de baja EE considerarían que el paciente sufre una verdadera enfermedad y no puede ejercer ningún control sobre ella, siendo mucho más respetuosos y tolerantes con las conductas problemáticas que presenta. En consecuencia, se ha hipotetizado que si se proporcionase a los familiares información referente a la esquizofrenia, se podría reducir el criticismo y la hostilidad que muestran, y disminuir su nivel de EE.

Es importante resaltar que la influencia del clima familiar no sólo afecta a las personas que padecen esquizofrenia, sino que la EE se ha mostrado como un buen predictor de recaídas en otras enfermedades mentales tales como los trastornos bipolares, la anorexia nerviosa o la depresión mayor.

Por todo ello, las intervenciones familiares han de estar encaminadas tanto a modificar las actitudes emocionales y conductas de los allegados señaladas anteriormente, como a proporcionarles estrategias de afrontamiento y solución de problemas, a fin de que la influencia del clima familiar de una persona que padece una enfermedad mental sea lo más positiva posible y se reduzcan en último término las recidivas del usuario.

A lo largo de los años 80 han ido surgiendo diferentes programas de intervención psicosociales dirigidos a los familiares que conviven con personas diagnosticadas de psicosis (Leff y cols, 1982, 1985, 1989; Falloon y cols, 1982, 1985; Tarrier y cols, 1988, 1989, 1994; Hogarty y cols, 1986, 1991). Todos ellos combinan la información o educación sobre la esquizofrenia (sintomatología, etiología, evolución, tratamiento farmacológico, importancia del estrés ambiental/familiar, etc.) con algún tipo de abordaje de resolución de problemas. Lo que varía de unos programas a otros es el enfoque teórico y la forma de aplicarlos. No obstante, no existe evidencia de que un determinado programa sea superior a otro.

## **OBJETIVOS**

Como se ha comentado anteriormente, los familiares de las personas con una enfermedad mental crónica son los principales colaboradores en el proceso de rehabilitación que se lleva a cabo en los CRPS. Por ello, tras finalizar el proceso de evaluación, se les propone entrar en el programa psicoeducativo denominado Escuela de Familias. Dicho programa se complementa con el asesoramiento y la intervención que se realiza periódicamente con cada una de las familias de forma individual. En última instancia, se pretende una mejoría de la calidad de vida de la unidad familiar y una disminución de la tensión del clima familiar, lo cual evidentemente provocará una disminución del número de recaídas del propio usuario.

Este programa sirve también como canal de participación de los familiares en el funcionamiento y organización del propio centro, recogiendo las demandas y sugerencias que plantean, así como de plataforma para participar posteriormente en asociaciones de personas con enfermedad mental.

---

Los objetivos generales y específicos de la Escuela de Familias son los que siguen.

### **OBJETIVOS GENERALES**

- Reducir la sobrecarga y el nivel de estrés que conlleva la convivencia y el cuidado de una persona que padece una enfermedad mental crónica.
- Aumentar la competencia y capacidad de los familiares para atender los problemas que se puedan presentar en la convivencia diaria con el usuario.
- Facilitar a las familias el conocimiento y el uso de los diferentes recursos sociales, sanitarios y económicos que puedan ser útiles y necesarios para resolver los problemas derivados del cuidado del paciente.
- Promover la participación activa de los familiares tanto en el CRPS como en su comunidad de origen y en asociaciones que defiendan los derechos de los enfermos mentales.
- Generar un clima de comunicación, apoyo y comprensión entre las familias participantes.
- Promover expectativas más realistas con respecto a lo que pueden esperar de su familiar enfermo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Ofrecer información sobre diversos aspectos relacionados con la enfermedad mental y con la rehabilitación psicosocial.
- Mejorar la comunicación familia, tanto a la hora de expresar sentimientos positivos y negativos como a la hora de solicitar cambios en algún miembro de la familia.
- Implementar estrategias de resolución de problemas que les permitan enfrentarse y solucionar los diversos problemas tanto personales como familiares que se puedan presentar.

### **METODOLOGÍA**

En general, la participación en estos grupos de psicoeducación se propone al comienzo de la intervención en el CRPS, tras la fase previa de evaluación, ya que de esta forma es más fácil conseguir la implicación y colaboración activa de los familiares en el proceso de rehabilitación e integración social del usuario.

En cada grupo psicoeducativo suelen participar de ocho a diez familias. Por las características de la población con la que se trabaja -usuarios relativamente jóvenes, solteros, con una media de 10 años de evolución de la enfermedad, con pensiones no contributivas o en situación de paro sin subsidio-, los usuarios suelen vivir principalmente con los padres, y más raramente con algún hermano o con su esposo/a, por lo que habitualmente estos grupos están constituidos por padres, y más concretamente por madres, que son las que en general llevan todo el peso del

---

cuidado del paciente, bien porque el padre continúa trabajando, o bien porque delega en la madre todos los aspectos relacionados con la enfermedad del usuario.

A la hora de formar los grupos se tiene en cuenta el diagnóstico y grado de cronicidad del usuario, así como el nivel cultural de la familia, de forma que los grupos sean los más homogéneos posibles en lo referente a estos aspectos.

La participación activa de los familiares y el intercambio de experiencias entre ellos es fundamental a la hora de obtener resultados positivos de este tipo de intervención, por lo que es tarea del profesional responsable del grupo el fomentar dicha participación. Se intentará establecer un clima agradable y cálido que favorezca la confianza y expresión de los asistentes.

El contenido del programa se divide en cuatro módulos bien diferenciados:

- Información sobre las enfermedades mentales crónicas.
- Habilidades de comunicación.
- Solución de problemas.
- Necesidades y recursos de los familiares (estrategias que ayudan a mejorar su calidad de vida).

Las sesiones psicoeducativas se realizan una vez a la semana durante hora y media, siendo coordinadas o bien por dos psicólogos o bien por un psicólogo y un trabajador social. La duración exacta del programa va a depender de la participación de los familiares, de su nivel educativo y del grado de implicación que muestren.

En la primera y última sesión los participantes han de completar un cuestionario que abarca preguntas referentes a los conocimientos que posee el familiar acerca de la enfermedad del usuario, la actitud que muestra hacia éste y hacia la propia enfermedad, y las expectativas que posee sobre el usuario. De esta forma se podrá evaluar objetivamente si se han producido cambios en tales cuestiones tras haber pasado por este programa psicoeducativo. Posteriormente se describirá con más detalle dicho cuestionario.

## **DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN**

### **MARCO GENERAL**

Como ya se ha señalado anteriormente, los objetivos que se tratan de conseguir cuando se trabaja con las familias en grupo son informar, formar y apoyar. Tales objetivos han de ser abordados a lo largo de las sesiones que componen el programa y a través de los contenidos que se exponen en cada una de ellas.

Veamos brevemente qué finalidad tiene cada uno de estos objetivos.

#### **a) Informar a la familia**

Es importante informar a las familias sobre las enfermedades mentales crónicas para que conozcan en qué consiste la problemática que sufre el familiar afectado, los

---

tratamientos que existen en la actualidad y los servicios desde los que éstos se han de aplicar; y para que comprendan y acepten lo que le ocurre a su familiar, y las repercusiones que tiene la enfermedad mental en la vida de éste y de toda la familia.

Los tres propósitos que se persiguen dando información (conocimiento, comprensión y aceptación) están relacionados entre sí, ya que el conocimiento facilita la comprensión y favorece la aceptación; la comprensión hace útil el conocimiento y promueve la aceptación; y la aceptación pre-dispone al conocimiento y condiciona favorablemente la comprensión.

### **b) Formar a la familia**

La familia ha de estar formada para que pueda afrontar competentemente las situaciones vitales nuevas a las que va a dar lugar la problemática (atender a la persona afectada, experimentar emociones y sentimientos que hasta ahora nunca se habían percibido, utilizar servicios relacionados con la salud mental que, en muchos casos, ni siquiera sabía que existían, cambiar ciertos hábitos personales y familiares, etc.). También se persigue a través de la formación que se proporciona en los grupos que los familiares sean capaces de afrontar de forma competente la disruptividad de la vida cotidiana - ya que en ocasiones, por fuerza mayor, tienen que alterar sus costumbres, o no pueden desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas de forma coyuntural- y las conductas problemáticas que pueda exhibir el familiar afectado (verbalizaciones ilógicas y/o impertinentes que repite machaconamente, manierismos muy llamativos y/o molestos, estilo de vida desadaptado y conflictivo, etc.).

Esta formación permite a los familiares colaborar con los profesionales, a modo de coterapeutas o mediadores sociales de conductas, en la consecución de los objetivos del Plan Individualizado de Rehabilitación, así como cambiar en el sentido oportuno sus comportamientos, de forma que sea más fácil que las conductas inadecuadas del familiar afectado se modifiquen, utilizando para ello las técnicas y estrategias psicológicas convenientes.

Los tres propósitos que se persiguen formando a las familias también están relacionados entre sí. El afrontamiento favorece la colaboración y facilita el cambio. La colaboración determina el afrontamiento y posibilita el cambio. Y éste refuerza el afrontamiento y da sentido a la colaboración.

### **c) Apoyar a las familias**

Apoyar implica compartir con las familias las emociones que quieran expresar. Por regla general, estas emociones están asociadas a las profusas, contradictorias, diferentes e intensas vivencias experimentadas por los familiares a lo largo de la evolución de la problemática del afectado, tales como la aparición de los primeros síntomas, la confirmación de un diagnóstico psiquiátrico, los posibles ingresos hospitalarios, los periodos de estabilidad sintomática y de recaída, las conductas problemáticas y disruptivas del afectado, la asunción del rol de familiar de un enfermo

---

mental, la confrontación con el estigma social, las relaciones entre los distintos miembros de la familia, etc.

Es necesario asesorar a las familias para que puedan hacer una correcta elaboración de sus emociones y las canalicen en un sentido constructivo y adaptado. Hacer una correcta elaboración de las emociones significa que las entiendan como hechos reactivos a estímulos, y por tanto idiosincrásicas, y no como un rasgo endógeno, y por tanto permanente. Una vez entendidas de forma correcta, las emociones han de ser aceptadas como algo natural y lógico. Para canalizar las emociones de forma constructiva y adaptada hay que compartirlas para desahogarse y estar receptivo a las emociones que los demás puedan expresar. Este intercambio emocional es enriquecedor, ya que al ser conscientes de las emociones de los demás y aprender de ellas, se comprenden mejor las propias.

Asesorar a las familias sirve también para que aprendan a retraducir las narraciones alusivas a las experiencias vividas en términos de problemas a los que hay que buscarles soluciones cuando sea posible, o aceptarlos y asumirlos cuando no tienen solución.

Estos tres objetivos generales, la información, la formación y el apoyo, se necesitan y se complementan, ya que es más fácil formar y apoyar a quien está informado; cuando se informa y se apoya se refuerza la formación; y además, el apoyo se rentabiliza enormemente cuando se está informado y formado.

## **CONTENIDOS DEL PROGRAMA**

Los contenidos del programa albergan las informaciones, los conceptos, las definiciones, las respuestas y las realidades que las familias han de conocer, para así llegar a conseguir los objetivos que se les proponen cuando se incorporan al grupo. A continuación se presentan y se comentan brevemente estos contenidos:

1. Centros habilitados para la atención de personas con problemas mentales severos y crónicos.

Se informa a las familias de la existencia de recursos de rehabilitación psicosocial, laboral y residenciales; se les explica qué son, qué objetivos persiguen, qué actividades realizan y cómo se accede a ellos.

2. ¿Qué es la esquizofrenia?

Se responde a esta pregunta comentando lo que la esquizofrenia no es y explicándola como un problema de salud de orden bio-psico-social.

3. ¿Qué causa la esquizofrenia?

Se empieza por dismantelar las opiniones falaces sobre la etiología de este cuadro, para dar una explicación rigurosa desde el modelo de vulnerabilidad como modelo explicativo multicausal e integrador.

---

#### 4. ¿Qué caracteriza la enfermedad?

Se describen y clasifican los síntomas prototípicos de esta gnosis y se enseña a las familias a afrontarlos.

#### 5. Las recaídas

Se informa a las familias de qué son, por qué se producen, cómo se detectan precozmente y qué deben hacer cuando se percaten de su inminencia.

#### 6. Los tratamientos

Se les presentan resumidos en dos: medicación neuroléptica y rehabilitación. De la primera se explica el por qué de su eficacia, se informa de los efectos secundarios que provoca y se aconseja qué hacer ante ellos, se recalca la importancia de tomarla autónomamente y acorde a lo pautado por el psiquiatra. De la rehabilitación se explica qué es, para qué sirve y en qué consiste.

#### 7. La comunicación

Se remarca su importancia, se explica qué es, se entrena a los familiares en el seguimiento de las normas básicas que llevan a ser un buen comunicador, se les previene de aquello que favorece la incomunicación, se les entrena para que digan lo que quieren decir sin causar tensiones o problemas, y se les enseña a reaccionar adecuadamente cuando el familiar afectado presente trastornos en el lenguaje y la comunicación.

#### 8. La resolución de problemas

Se comenta a las familias cómo ante una situación problemática ha de adoptarse una actitud constructiva. Esta actitud pasa por analizar los problemas para ver si tienen o no solución. En el caso de que no la tengan, se les aclara cómo lo mejor es aceptarlos y aprender a convivir con ellos. En el caso de que sí tengan solución, se les enseña una técnica estructurada para resolverlos.

#### 9. El asociacionismo

Se trata de dar a conocer y fomentar el asociacionismo entre las familias que participan en el programa.

### **SESIONES DEL PROGRAMA**

Para cada una de las sesiones se preestablecen contenidos básicos de referencia, aunque el programa es lo suficientemente flexible como para admitir cambios y variaciones en función de las necesidades e intereses de los participantes.

El lenguaje a utilizar para introducir estos contenidos teóricos será directo, claro y sencillo, de forma que los participantes no tengan que hacer un gran esfuerzo para comprenderlo. Las sesiones han de ser ágiles, entretenidas y encuadradas en un for-

---

mato pedagógico. En cada una de ellas se abordarán pocos contenidos, pero considerados de utilidad para las familias. Cuando éstas así lo perciben y lo comprueban en la práctica, su motivación por aprender e implicarse en la dinámica del programa aumenta. La actitud del profesional con las familias será de cercanía y accesibilidad.

La estructura estándar de una sesión podría ser la siguiente:

- 1º Repaso de las ideas principales expuestas en la sesión anterior a través de preguntas que se les formula a los participantes.
- 2º Revisión de las tareas asignadas.
- 3º Preguntas que se quieran formular y dudas que se quieran plantear.
- 4º Presentación y desarrollo de un nuevo contenido. Ejemplificación comentada por parte del profesional y de los familiares, lo cual permite profundizar en lo explicado.
- 5º Siempre que algún participante haga preguntas o comentarios referidos a contenidos ya explicados, se invitará a otro miembro del grupo a que responda a la pregunta y de la explicación oportuna al comentario formulado.

A la hora de introducir los contenidos del programa, se irá desde los más simples a los más complejos. No se introducirá un contenido más complejo mientras no se domine suficientemente el contenido inmediatamente más simple.

## **RECURSOS DIDÁCTICOS**

Los recursos didácticos son procedimientos que facilitan la comprensión de los contenidos del programa. Han de ser elegidos por el profesional acordes a las características del grupo para utilizarlos discriminada y oportunamente.

A continuación se enumeran algunos:

- Los ejemplos. Utilizar ejemplos es de gran utilidad, ya que al ilustrar la explicación de los contenidos, aumenta la probabilidad de que sean comprendidos mejor. Estos ejemplos conviene que estén enraizados en la cotidianidad de quienes participan en el programa.
- La participación de las familias. Lograr una adecuada participación facilita la comprensión de lo tratado en las sesiones del programa. Cuando cada participante da su opinión, comparte sus experiencias de forma constructiva, aporta pertinentemente ejemplos sacados de sus vivencias, hace sugerencias útiles para el grupo y contribuye a la búsqueda de soluciones para los problemas que vayan apareciendo en el transcurso de las sesiones, promueve una dinámica en la que aprender es más fácil, comprender no es tan oneroso y aceptar es menos traumático.
- La pizarra. Dependiendo de cómo se use, puede ser un buen recurso didáctico. Realizar esquemas simples, gráficos elementales y dibujos sencillos lo favorece. No es difícil observar cómo las familias aprenden y, sobre manera, comprenden mejor los contenidos a partir de algún esquema, gráfico o dibujo.
- El vídeo. Utilizar vídeos sirve para apoyar las explicaciones y para repasar lo aprendido. Hablar del poder de persuasión y del alcance instructivo de los soportes audiovisuales no es decir nada nuevo.

- 
- Los apuntes. Entregar material resumiendo lo tratado en el programa permite el sobreaprendizaje del participante y da a conocer los contenidos del programa a los miembros de la familia que no hayan podido asistir. Los apuntes no serán prolijos, estarán escritos en un lenguaje inteligible, serán fácilmente manejables y formalmente presentados de modo que estimulen y faciliten su lectura.
  - La asignación de tareas. Mandar a los participantes que entre sesión y sesión realicen tareas relacionadas con lo último que se ha explicado, ayuda a que lo entiendan mejor, lo fija mnésicamente y les predispone a aplicarlo siempre que sea necesario. La probabilidad de que las familias realicen las tareas asignadas es directamente proporcional a sus intereses y necesidades. La tarea asignada en una sesión siempre ha de ser revisada nada más comenzar la sesión siguiente.

## **EVALUACIÓN**

Es importante evaluar los cambios producidos en cada uno de los familiares que han participado en este tipo de programas, en aspectos tales como los conocimientos sobre la enfermedad, las actitudes y las expectativas de los participantes con respecto al familiar afectado.

El instrumento utilizado por excelencia para evaluar la información que poseen los familiares sobre la esquizofrenia es el "Knowledge About Schizophrenia Interview" (KASI; Barrowclough y otros, 1987. Adaptación española de Montero, 1992). Esta entrevista evalúa la información, creencias y actitudes que posee el familiar con respecto a esta enfermedad mental, y consta de 21 preguntas abiertas relacionadas con los siguientes aspectos: diagnóstico, sintomatología, etiología, curso y pronóstico, medicación y deseos de los familiares de tener mayor información.

Como no todos los usuarios que son derivados a los CRPS tienen un diagnóstico de esquizofrenia, el KASI no se suele aplicar. En su lugar, se suele utilizar un cuestionario que recoge información referente a tres aspectos:

1. Conocimiento acerca de la enfermedad mental
2. Actitud del informante hacia el usuario, hacia la enfermedad mental y percepción que tiene con respecto a la actitud de la familia ante la enfermedad mental.
3. Expectativas del informante hacia el usuario.

Dicho cuestionario se pasa en la primera y última sesión de la Escuela de Familias. Puede ser también de interés el conocer la valoración que hace cada participante de los contenidos del programa y de la utilidad de los mismos en su vida cotidiana, por lo que se puede confeccionar un cuestionario sencillo que recoja tales aspectos y que se pase también en la última sesión del programa.

El área de Conocimiento sobre la Enfermedad consta de 10 ítems con dos alternativas de respuesta (sí/no), cuyos contenidos hacen referencia al diagnóstico, el tratamiento farmacológico, la atribución de los síntomas que presenta el usuario y el grado de control de los mismos tanto por parte del paciente como del familiar, la prevención de recaídas y la comunicación con el usuario.

---

El área de Actitud del Informante hacia el Usuario pretende evaluar el concepto general que tiene el familiar del usuario a través de 5 ítems. La Actitud del Informante hacia la Enfermedad Mental consta de 3 ítems que miden expectativas de recuperación, vivencias y familiaridad que posee el informante con respecto a la enfermedad del usuario. La Actitud de la Familia ante la Enfermedad Mental se evalúa mediante 5 ítems que hacen referencia a la postura que mantiene la familia en general en relación a la enfermedad mental del usuario. Cada uno de estos ítems consta de tres alternativas de respuesta.

El área de Expectativas del Informante hacia el Usuario se mide mediante 11 ítems con tres alternativas de respuesta (sí/no/ya lo hace), cuyos contenidos se refieren a las expectativas del informante con respecto a la consecución de la autonomía del usuario en aspectos tales como la higiene personal, la organización de la vivienda, la realización de gestiones básicas o la autoadministración del tratamiento; al aumento de la red social de apoyo y a la realización de actividades de ocio, estudios o el desempeño de un trabajo.

Cualquier instrumento de evaluación que recoja información sobre los conocimientos que poseen los familiares acerca de la enfermedad mental, la actitud que mantiene hacia el usuario y las expectativas que tiene hacia él, podrá ser utilizado a la hora de examinar los posibles cambios producidos tras finalizar un programa psicoeducativo.

---

# **Anexos**



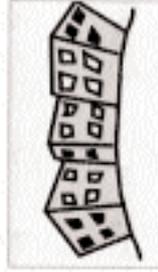
## ANEXO 1

### TRÍPTICO ACOGIDA USUARIOS

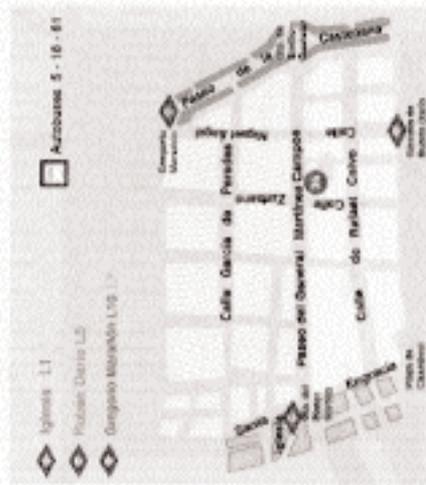


Consejería de Servicios Sociales  
Dirección General de Servicios Sociales  
Programa de Atención Social a Personas con  
Embarazo Prevalente

#### CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL



#### MARTÍNEZ CAMPOS



CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL  
**MARTÍNEZ CAMPOS (CRPS)**  
C/ General Martínez Campos, 36 Bajo  
Teléfono **913 19 32 08**  
**913 08 29 96**

#### ReCuerda:

Tu tutor/ es: \_\_\_\_\_

Los días que vas a tener cita son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El Educador/a Social que va a llevar tu Acogida es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El día que tienes Acogida es: \_\_\_\_\_

Nuestro teléfono es :  
**91 319 32 08**  
**91 308 29 96**

## ¿Qué somos?

El Centro de Rehabilitación Psicosocial Martínez Campos (CRPS) es un centro público perteneciente a la Consejería de Servicios Sociales cuyo objetivo es mejorar tus recursos personales y sociales para facilitar la integración en tu entorno.

## ¿Quiénes somos?

Nuestro equipo está formado por:

- Una coordinadora.
- Tres Psicólogos.
- Una Trabajadora Social.
- Una Terapeuta Ocupacional.
- Dos Educadores Sociales.
- Una Administrativa.
- Una Auxiliar de limpieza.

## ¿Qué vas a hacer aquí?

Para facilitar tu integración en el centro, pasarás por un período de Acogida y Evaluación. Tras este proceso, participarás en aquellas actividades que más te puedan beneficiar, (actividades de ocio, cuidado personal, relaciones sociales, etc....).

## ¿Cuándo puedes venir?

El horario de atención del centro para ti y tus familiares será de 10:00 a 18:00 horas. Las actividades se interrumpirán de 14:00 a 16:00 horas.

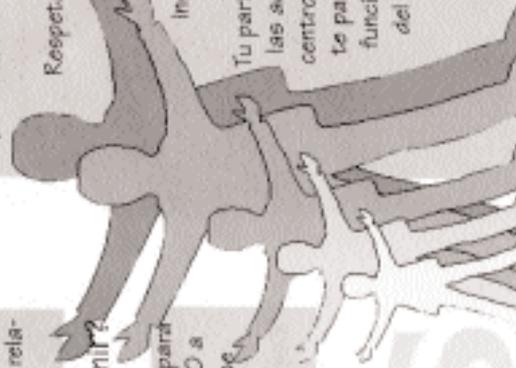
## ¿Qué debes tener en cuenta?

Durante tu estancia en el centro y en las actividades organizadas por éste, no puedes consumir alcohol ni otro tipo de tóxicos.

En caso de no poder venir a las citas y/o a las actividades, llámanos lo antes posible.

Respetar tanto a las personas como las instalaciones.

Tu participación en las actividades del centro es importante para el buen funcionamiento del mismo.

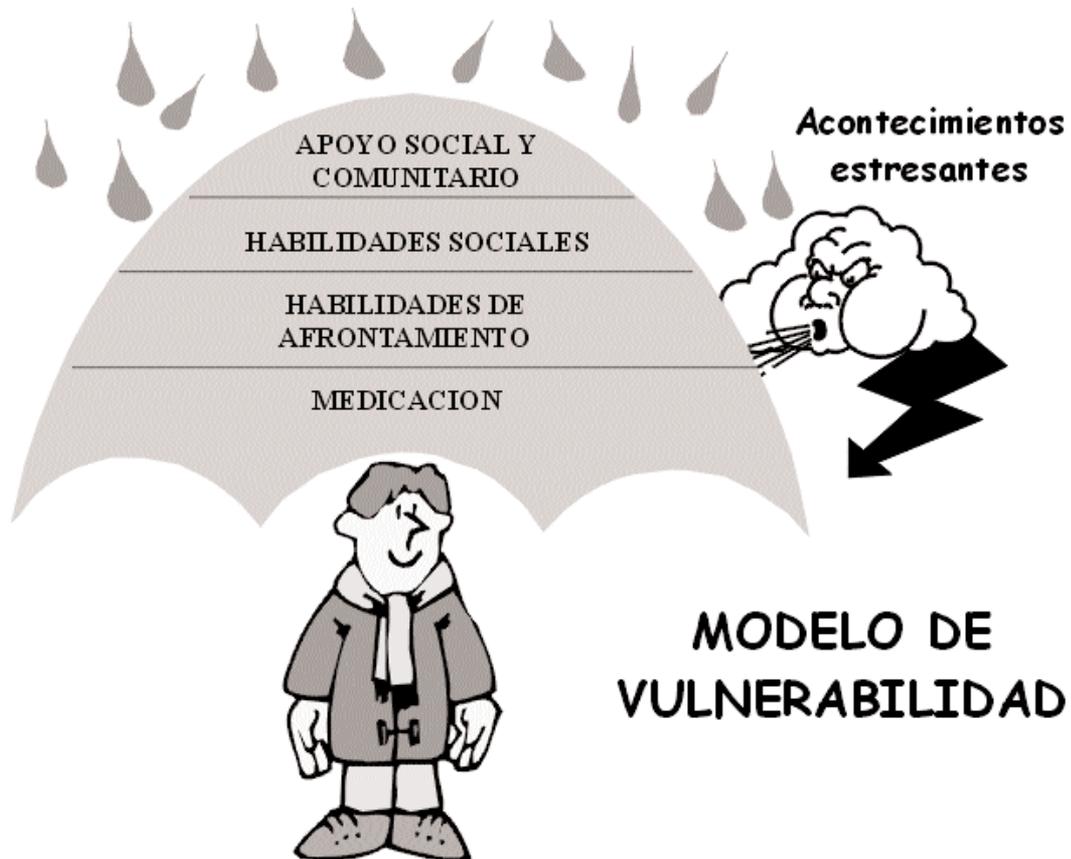


CRPS

---

## ANEXO 2

### CONCEPTO DE VULNERABILIDAD



---

### ANEXO 3

#### LISTA DE EFECTOS SECUNDARIOS LIGEROS DE LA MEDICACIÓN Y FORMA DE ALIVIARLOS

EFECTO SECUNDARIO	FORMA DE ALIVIARLO
Hipotensión ortostática	<ul style="list-style-type: none"><li>• No cambiar bruscamente de posición</li><li>• Realizar movimientos suaves</li></ul>
Sequedad de boca	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tomar caramelos mentolados</li><li>• Chicles</li><li>• Beber agua</li></ul>
Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tomar laxantes</li><li>• Comer fruta y verdura</li><li>• Tomar miel</li><li>• Beber agua</li></ul>
Molestia ante la luz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Usar gafas de sol</li><li>• Pasar progresivamente de la oscuridad a la luz</li></ul>
Molestias gástricas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tomar la medicación en las comidas</li><li>• Tomar antiácido</li></ul>
Reacciones alérgicas al sol	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tomar el sol con precaución</li><li>• Protector solar</li></ul>

---

## ANEXO 4

### EJEMPLO DE TRANSPARENCIA UTILIZADA DURANTE EL ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES PARA EL USO DE RECURSOS SANITARIOS

#### PASOS PARA HABLAR CON LA SECRETARIA

OBJETIVO: HABLAR CON MI PSIQUIATRA/CONCERTAR UNA CITA



- SALUDO: “Soy .....”
- PEDIR HABLAR CON EL PSIQUIATRA: “tengo que hablar urgentemente con el Dr. ....”
- ANTE NEGATIVA DE LA SECRETARIA:
  1. Insistir: “El Dr. .... me dijo que si me encontraba peor hablase con él y por eso necesito hablar”
  2. Proponemos alternativas: “Dígame cuando podré hablar con él y vuelvo a llamar”  
“También me podría dar una cita lo antes posible y yo le veo”
- AGRADECER SU COLABORACIÓN: “gracias”.

---

## ANEXO 5

### REGISTRO PARA EL USUARIO (AUTOADMINISTRACIÓN)

DÍAS DE LA SEMANA	MAÑANA	TARDE	NOCHE
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SÁBADO			
DOMINGO			

Este registro puede ser de ayuda para consolidar el hábito de tomar la medicación

Para utilizarlo correctamente deberás poner una cruz cada vez que tomes la medicación

## ANEXO 6

### REGISTRO DE EVALUACIÓN DE EMOCIONES DESAGRADABLES

Evaluación de emociones desagradables: señala de 0 a 10 con qué intensidad te suelen afectar estas emociones (0 = ausencia, 10 = máxima intensidad)	
Ansiedad, nerviosismo	
Depresión, tristeza	
Miedo a situaciones, personas u objetos	
Presencia de ideas delirantes	
Presencia de alucinaciones	
Especificar otras emociones desagradables:	
—	
—	
—	
—	
—	
—	

---

## ANEXO 7

### EVALUACIÓN PROGRAMA DE AUTOCONTROL

(MÓDULO DE AUTOCONTROL \_\_\_\_\_ )

— En general, el grupo me ha servido para afrontar las distintas emociones desagradables de mi vida en el tema abordado (marcar con una cruz):

Nada en absoluto

Nivel medio

Mucho

---

— La puesta en práctica de las estrategias entrenadas en el grupo me han ayudado en las siguientes situaciones:

- 
- 
- 
- 
- 
- 

— Del grupo destacaría los siguientes aspectos:

— De cara a la próxima vez que se desarrolle este grupo, creo que debería mejorarse:

---

**ANEXO 8**

**VALORACIÓN SUBJETIVA DEL NIVEL DE ANSIEDAD PERCIBIDO  
(DE 0 A 100), ANTES Y DESPUÉS DE LA PUESTA EN PRÁCTICA  
DE LA TÉCNICA DE AUTOCONTROL**

	Especificar técnica practicada:						
	Fecha						
Antes							
Después							

## ANEXO 9

### REGISTRO PARA LA DETECCIÓN Y ELIMINACIÓN DE PENSAMIENTOS IRRACIONALES

FECHA	SITUACIÓN (Describe lo que motivó la emoción desagradable: ¿qué estoy pensando justo antes de comenzar a sentirme mal?)	EMOCIÓN (especificar: triste, enfadado, etc. y grado de intensidad de 0 a 100)	ANÁLISIS DE LOS PENSAMIENTOS (¿qué pruebas existen para creer que son ciertos?, ¿qué es lo peor que podría ocurrirme si fuera cierto?, ¿qué cosas positivas podrían ocurrir si fuera cierto?)	PENSAMIENTO REALISTA O CONSTRUCTIVO

---

## ANEXO 10

### REGISTRO SEMANAL DE ACTIVIDADES

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-24							
0-9							

---

**ANEXO 11**

**REGISTRO PARA EL ANÁLISIS DE LAS IDEAS DELIRANTES  
Y LAS ALUCINACIONES**

CONTENIDO IDEA  
DELIRANTE O VOCES

EVIDENCIA  
A FAVOR

EVIDENCIA  
EN CONTRA

CONCLUSIONES

---

## **ANEXO 12**

### **REGISTRO PARA REALIZAR UNA PRUEBA DE REALIDAD DE UNA IDEA DELIRANTE**

CONTENIDO DE LA IDEA DELIRANTE:

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DONDE SE PONDRÁ A PRUEBA LA IDEA  
DELIRANTE (en qué lugar, en qué momento del día, quién estará presente, etc.):

RESULTADO DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LA SITUACIÓN DISEÑADA:

CONCLUSIONES:



---

**ANEXO 14**

**GRADO DE CREENCIA Y GRADO DE MALESTAR GENERADO  
POR UNA IDEA DELIRANTE Y/O UNA ALUCINACIÓN**

Fecha:	
	0%
100%	Grado de Creencia
	0%
100%	Grado de Malestar (interferencia en mi vida)

---

**ANEXO 15**

**FRECUENCIA DE APARICIÓN DE UNA IDEA DELIRANTE O UNA  
ALUCINACIÓN A LO LARGO DEL MES**

Mes: \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

SI = aparece a lo largo del día / No = no aparece a lo largo del día

---

## ANEXO 16

### HOJA EVALUACIÓN GRUPO DE ACTIVIDADES DE OCIO

#### EVALUACIÓN POR OBSERVACIÓN

##### PARTICIPACIÓN

- |                                      |          |    |
|--------------------------------------|----------|----|
| 1. ASISTE A LAS SESIONES .....       | SÍ ..... | NO |
| 2. SUGIERE ACTIVIDADES .....         | SÍ ..... | NO |
| 3. REALIZA LAS ACTIVIDADES .....     | SÍ ..... | NO |
| 4. OPINA SOBRE LAS ACTIVIDADES ..... | SÍ ..... | NO |

##### TOMA DE DECISIONES

- |                                  |          |    |
|----------------------------------|----------|----|
| 1. DA ALTERNATIVAS .....         | SÍ ..... | NO |
| 2. VALORA LAS ALTERNATIVAS ..... | SÍ ..... | NO |
| 3. SELECCIONA .....              | SÍ ..... | NO |
| 4. EJERCITA .....                | SÍ ..... | NO |

##### RELACIÓN

- |                                      |          |    |
|--------------------------------------|----------|----|
| 1. SE COMUNICA CON OTROS .....       | SÍ ..... | NO |
| 2. SE COMUNICA CON UNA PERSONA ..... | SÍ ..... | NO |
| 3. SE COMUNICA CON EL EDUCADOR ..... | SÍ ..... | NO |
| 4. NO SE COMUNICA .....              | SÍ ..... | NO |

## ANEXO 17

### HOJA REGISTRO ACTIVIDADES DE OCIO

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDAD QUE SE REALIZA  Fecha: _____ Duración: _____ Lugar: _____	ASISTENTES
TAREAS	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	AUSENTES
		OBSERVACIONES

Grupo: _____ Lugar: _____ Fecha: _____ Duración: _____		ACT. PROPUESTAS POR USUARIOS
ASISTENTES	AUSENTES	
DESARROLLO DE LAS SESIONES		ACT. PROPUESTAS POR EDUCADORES
		ACT. OCIO DURANTE LA SEMANA (SIN EDUCADOR)

---

## **ANEXO 18**

### **HOJA DE INTRODUCCIÓN A ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD:

NOMBRE USUARIO:

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD:

FECHA DEL 1º CONTROL:  
Objetivos alcanzados:

FECHA DEL 2º CONTROL:  
Objetivos alcanzados:

FECHA DEL 3º CONTROL:  
Objetivos alcanzados:

---

## **ANEXO 19**

### **HOJA – DIARIO DEL PROGRAMA**

FECHA:	SESIÓN	Nº: MÓDULO:
ACTIVIDAD:	EDUCADOR/A:	

ASISTENTES:

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

METODOLOGÍA:

OBSERVACIONES:

**ANEXO 20**

**REGISTRO DE ACTIVIDADES**

MES: \_\_\_\_\_

PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

DIA	TUTORÍAS				ATENCIÓN									
	USUARI		FAMILIA		FAMILIA		AP. COM		GESTIO		SEGUIM.		TLF	1º C
	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
...														
31														
TOTAL														

---

## ANEXO 21

### **CUESTIONARIO PREVIO A LA INCOPORACIÓN EN EL PROGRAMA DE DEPORTE**

NOMBRE DEL USUARIO:

FECHA:

1. Anteriormente ¿has practicado deporte?
2. ¿Qué deporte has practicado?
3. ¿Mantienes en la actualidad alguna actividad física y/o deportiva?, ¿cuál?
4. En el caso de que en la actualidad no realices ninguna actividad física y/o deportiva. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde la última vez hasta ahora?
5. Señala en el siguiente listado cual de estas molestias has padecido o padeces en la actualidad, y te pueden impedir realizar alguna actividad física:
  - Dolores de espalda
  - Esguinces
  - Rotura de algún miembro
  - Problemas de corazón
  - Problemas respiratorios
  - Problemas de tensión
  - Diabetes
  - Problemas de vista
  - Problemas de oídos
  - Problemas en las piernas
  - Problemas en los brazos
6. Detalla cuando apareció el problema
7. Señala si tienes consulta con algún especialista debido a este problema
8. ¿Has estado o estas actualmente en tratamiento debido al problema? ¿en qué consiste?
9. ¿Asistes a revisiones periódicas?
10. ¿Necesitas cuidados especiales para tu problema?
11. ¿Hay alguna actividad o deporte que no es aconsejable que realices? ¿Cuál?

---

## **Bibliografía de referencia**



- 
- Acero, C. (1995). Nuevas alternativas a la DI psiquiátrica, *Trabajo social hoy*, 9.
- AEN (2000). *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*. Madrid. Cuadernos Técnicos nº 4 . Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- AEN (2002). *Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Cuadernos Técnicos nº 6. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Aguilar I (1995). *El educador social y las drogodependencias*. Madrid: Ed. GID
- Ajuriaguerra, J. (1973). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson.
- Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (Comps) (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Edit. S.XXI.
- Alonso, B., García, B. y Salamero, C. (1997). Habilidades de autocontrol y manejo del estrés. En Rodríguez, A. (Coord.). *Rehabilitación psicosocial de personal con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 210-228.
- Anderson, C.; Reiss, P.; Hogarty, G. (1986/1989). *Esquizofrenia y Familia: Guía Práctica de Psicoeducación*. Buenos Aires: Edit. Amorrortu.
- Andeson, C; Hogarty, G y Reiss, D (1981). The psychoeducational family treatment of schizophrenia. En Goldstein, M (coord). *New development in interventions with families of achizophrenics*. San Francisco: Jos-Seg-Bass.
- Anthony, W. A. (1977). Psychological rehabilitation. Aconcept in need of a method. *American psychologist*, pp 658-662.
- Anthony, W. A. Y Nemecc, P. A. (1984). Psychiatric Rehabilitation. En Bellack, A. S. (De.). *Schizophrenia: Treatment, Management and Rehabilitation*. Orlando: Grune and Stratton, Inc..
- Anthony, W. A., Cohen, M. R. y Cohen, B. F. (1983). Philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach. *New Directions in Mental Health*, 17, pp. 67-69.
- Anthony, W. Cohen M., Cohen. B. (1984). Psychiatric Rehabilitation. En J.A. Talbot (ed). *The Chronic Mental Patient: Five years later*. N.Y. : Grunne & Stratton.
- Anthony, W.; Cohen, M.; Nemecc, P. (2000). Assesment in psychiatric rehabilitation. En Brian, Phd Bolton (ed.). *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation*. Aspen Publishers, hc.
- Anthony, W.A. (1980). A Rehabilitation Model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitating Counseling Bulletin*, 24, pp. 6-21.
- Anthony, W.A. y Liberman, R.P. (1986). The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historial, Conceptual and Research Base. *Schizophrenia Bulletin*,12(4).

---

Anthony,W.; Cohen,M.; Farkas,M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.

Anthony,W.A. Nemeč P. (1984). Psychiatric Rehabilitation. En A.S. Bellack (Ed). *Schizophrenia: treatment and care*. N.Y.: Grunne & Stratton.

Aparicio,V (1993). La Reforma Psiquiátrica en 1985.En V.Aparicio (coord). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Madrid: A.E.N.

Arribas, M. P. y otros. (1996). *Convivir con la esquizofrenia. Una guía de apoyo para familiares*. Valencia: Promolibro.

Ballús-Creus, C. y García, M. (2000). *Hablemos claro: Cómo convivir con la esquizofrenia*. Barcelona: Editorial Mondadori, Colección Salud y Bienestar.

Bara, A. (1975). *La expresión por el cuerpo*. Ed. Búsqueda.

Barrowclough, C y otros. (1987). Assessing the Functional Value of Relative's Knowledge about Schizophrenia: A Preliminary Report. *The British Journal of Psychiatry*, 151, pp. 1-8.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Ed Descleé De Brouwer S.A. (original, 1979).

Bellack, A.S. (1993). Problemas recurrentes en la evaluación de habilidad social. *Behaviour Research and Therapy*, 21, pp. 29-42.

Bentall, R.P., Baker, G.A. y Havers, S. (1991a). Reality monitoring and psychotic hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, pp. 213-222.

Bentall, R.P., Kaney, S. Y Dewey, M.E. (1991b). Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, pp. 13-23.

Bernstein, D. Y Borkovec, T. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Ed. Descleé De Brouwer S.A. (original, 1973).

Birchwood, M. (Ed) (1995). *Tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Madrid: Edit. Ariel.

Brown, G.V., Birley, J.L. y Wing, J.K. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenia Disorders: a Replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121, pp. 241-258.

Cañamares, J. M.; Castejón, M. A.; Florit, A.; Gozález, J.; Hernández, J. A.; Rodríguez, A.(2001). Evaluación. En Cañamares, J. M.; Castejón, M. A.; Florit, A.; Gozález, J.; Hernández, J. A.; Rodríguez, A. *Esquizofrenia*. Madrid: Ed. Síntesis.

Cañamares, J.M.; Castejón, M.A.; Florit, A.; González, J.; Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Ed. Síntesis.

---

Caplan, G. (1962/1966). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Edit. Paidós.

Cembranos F., Montesinos D., Bustelo M., (1992). *La animación sociocultural: Una propuesta metodológica*. Madrid: Ed. Popular S.A.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1995). *Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1997). *Memoria 1994/1996 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica*. Madrid. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Servicios Sociales (1999). Diseño de Centro de Rehabilitación Psicosocial. En *Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Servicios Sociales (1999). *Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Costa Cabanillas, M, López Méndez, E. (1991). *Manual para el educador social*. Madrid: Ed. M<sup>o</sup> de Asuntos Sociales.

Davis, F. (1976). *La comunicación no verbal*. Ed. Alianza.

De Fontaine, J. (1978). *Manual de Reeducción Psicomotriz. Terapia y Reeducción Psicomotriz. Primer Tomo*. Ed. Médico-Técnica.

De Fontaine, J. (1978). *Manual de Reeducción Psicomotriz. Terapia y Reeducción Psicomotriz. Segundo Tomo*. Ed. Médico-Técnica.

De Fontaine, J. (1978). *Manual de Reeducción Psicomotriz. Terapia y Reeducción Psicomotriz. Tercer Tomo*. Ed. Médico-Técnica.

Defensor del Pueblo (1991). *Situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España*. Madrid. Oficina del Defensor del Pueblo: Informes, Estudios y Documentos.

Desviat, M. (1995). *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ediciones DOR S.L.

Díaz, M., Comeche, M. y Vallejo, M. (1993). Técnicas de autocontrol. En Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Coords.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 577-593.

Dion, G.L. and Anthony, W.A. (1987). Research in Psychiatric Rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. March.

Ducke, L.W.; Weathers, S.L.; Caldwell, S.G. y Novack, T.A. (1992). Cognitive rehabilitation after head trauma. Toward an integrated cognitive behavioral perspective on

---

intervention. En C.J. Long y L.K. Ross (Eds.), *Handboock of head trauma: acute care to recovery*. Nueva York: Plenum Press.

Durante, P. y Noya, B. (1998). *Terapia Ocupacional en Salud Mental: Principios y práctica*. Madrid: Masson, S.A.

Durante, P. y Noya, B. (2000) *Terapia Ocupacional en Salud Mental: 23 casos clínicos comentados*. Madrid: Masson, S.A.

Falloon, I. R. H. y otros. (1982). Family Management in the Prevention of Exacerbations of Schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 306, 24, pp. 1437-1440.

Falloon, I. R. H. y otros. (1985). Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: Clinical Outcome of a Two-year Longitudinal Study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 9, pp. 887- 896.

Falloon, I.R.; Boyd, J.L. and Mc Gill, C.W. (1984). *Family Care of Schizophrenia*. N.Y.: The Guilford Press.

Farkas, M., (2001). *Rehabilitación y recuperación: ¿Qué queremos decir exactamente?*. En IV Jornadas A.M.R.P. (Documentación Ponencia).

Fernández Aguirre, M. V., González Cases, J., Fernández Chavero, J.M. y Eizaguirre de Luna, L. (1997). El campo de la rehabilitación psicosocial. En Rodríguez, A. (Coord.). *Rehabilitación de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 85-99.

Fernández, J.; Cañamares, J.; Otero, V. (1997). Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En Rodríguez, A. (coord.). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp.103-123.

Florit, A.; López, B. y Vázquez, C. (1996). Rehabilitación cognitiva en trastornos craneales y en esquizofrenia: ¿un único método para trastornos diferentes?. En *Daño Cerebral Traumático y Calidad de Vida*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

Frostig, M. (1975). *Educación por el movimiento*. Ed. Panamericana.

Fux, M. (1982). *Danza experiencia de vida*. Ed. Paidós.

García, J.; Espino, A. y Lara, L. (Eds) (1998). *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Diaz de Santos.

Godstein, M.J. (1984). Family Intervention Programs. En A.S. Bellack (ed). *Schizophrenia: treatment, management and Rehabilitation*. N.Y.; The Guilford Press.

Golden, C.J. (1994). *Stroop: test de colores y palabras*. Madrid: TEA.

Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A.; Tanbe, C.A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*. 32, pp.22.

---

Goldstein, A.P.; Sprafkin, R.P. and Gershaw, N.I. (1976). *Skill Training for Community Living: Applying Structured Learning Therapy*. N.Y.: Pergamon Press.

Goldstein, M.J. (1982). *Preventive interventions in Schizophrenia* (publicación núm (ADM 82-111). Washington, DC: U.S. Dept. of Health and Human Services.

Gorbeña, S.(2000). *Ocio y Salud Mental*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Granado, M.A; Hernández, M. (1997). Psicoeducación, autoadministración de la medicación y prevención de recaídas. En Rodríguez, A (coord). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 190-209

Gronwall, D. (1977). Paced auditory serial addition task: a measure of recovery from concussion. *Perceptual and Motor Skills*, 44, pp. 367-373.

Hatfield, A.B. and Lefley, M.P. (1987). *Families of the Mentally III. Coping and Adaptation*. N.Y.; The Guilford Press.

Heinrichs, D. (1984). Recent development in psychosocial treatment of chronic psychotics illness. En Talbott, J.A. (ed.). *The Chronic Mental Patient. Five Years Later*, Orlando: Grune and Stratton, Inc., pp. 123-136.

Hogarty, G. E. y otros (1986). Family Psychoeducation, Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. I. One- year Effects of a Controlled Study on Relapse and Expressed Emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 7, pp. 633 -642.

Hogarty, G. E.y otros. (1991). Family Psychoeducation, Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. II. Two- year Effects of a Controlled Study on Relapse and Adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 4, pp. 340- 347.

How (1989) en Modelos de intervención en ocio terapeutico. *Documentos de Estudios de Ocio*, 11, pp. 24.

Hugues, P. y Mullins (1990). *Manual de Terapia Ocupacional en Psiquiatría (ejercicios para desarrollar habilidades de la vida diaria)*. L. México, D.F.: Noriega Limusa.

Jackson, C. y Chadwick, P. (1997). Terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes. En Caballo, V. (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. Madrid: Ed. Siglo XXI de España Editores, S.A., pp. 663-684.

Jacobson, E. (1980). *Entrenamiento y Relajación Progresiva*. Bilbao: Ed. Desclee de Brouver.

Katz de Armoza, M. (1980). *Técnicas corporales para la tercera edad*. Ed. Paidós.

---

Kemp, R; Hayward, P; David, A; y Kirov, G (1995). *Compliance therapy in psychotic disorders*, comunicación presentada al I congreso Internacional de Tratamientos Psicológicos de la Esquizofrenia. Cambridge.

Kopfstein, J.H. y Neale, J.M. (1971). A multivariate study of attention dysfunction in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, pp. 294-298.

Labrador, F.J., De la Puente, M<sup>a</sup>.L. y Crespo, M<sup>a</sup> (1993). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Coords.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 367-395.

Lara, L y López; M (1998). La Provisión de Recursos de Apoyo Social en Andalucía. En García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds) (1998). *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Diaz de Santos.

Leff, J. P. y otros. (1985). A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients: Two- year Follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 146, pp. 594- 600.

Leff, J.P. (1989). A Trial of Family Therapy versus a Relatives Group for Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 154, pp. 58-66.

Leff, J. P. y otros. (1982). A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients. *The British Journal of Psychiatry*, 141, pp. 121- 134.

Ley 14 / 1986, de 25 de Abril. De Sanidad

Lieberman, R.P y Eckman, T. A. (1989). Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities. *British Journal of Psychiatric*, 155, pp. 117-122.

Lieberman, R.P. (1988). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: Ed. American Psychiatric Press.

Lieberman, R.P. (1988/1993). Adiestramiento en Habilidades Sociales. En Lieberman, R.P. (ed.). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ed. Martínez Roca, 130-168.

Lieberman, R.P. (1988/1993). *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona: Martínez Roca.

Lieberman, R.P., Eckman, T.A., Marder, S.R. (2001). Training in Social Problem Solving Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatrics Services*, 52 (1), pp. 31-33.

López Martínez, A (1994). *Valoración de los efectos de la Rehabilitación Psicosocial*. Málaga: Tesis Doctoral Universidad de Málaga, Facultad de Psicología.

López, B. y Florit, A. (1998). Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia: aplicación del Attention Process Training. En Botella, J. y Ponsoda, V. (comp). *La atención: Un enfoque pluridisciplinar*. Valencia: Promolibro.

---

López, M.; López, A. y Fernández, G. (1998). La Organización de Servicios para la Atención Comunitaria al Paciente Mental Crónico. En García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds) (1998). *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Diaz de Santos.

Loudes, J. (1971). *Educación Psicomotriz y Actividades Físicas*. Ed. Científico-Médica.

Martin, M. (1986). Aeging and patterns of change in everyday memory and cognition. *Human Learning*, 5, pp. 63-74.

McGuigan, F.J. (1966). Covert oral behaviour and auditory hallucinations. *Psychophysiology*, 3, pp. 73-80.

McLeod, C.M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 109, pp. 163-203.

Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1973). Training schizophrenics to talk to themselves: a means of developing attentional controls. *Behavior therapy*, 4, pp. 515-534.

Milner, B. (1971). Interhemispheric differences in the localization of psychological processes in man. *British Medical Bulletin*, 27, pp. 272-277.

Ministerio de Sanidad (1985). *Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Montejo, J.; y Espino, A. (1998). Sobre los resultados de la Reforma Psiquiátrica y de la Salud Mental en España. En García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds) (1998). *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Diaz de Santos

Mueser, K.T. y Bellack, A.S. *Social Learning Treatment for Chornic Schizophrenia and Autism*. In Matson, J.L. (Ed), *Chronic Schizophrenia and adult autism: Issues in diagnosis, assessment and psychological treatment*. New York: Springer.

Musitu G y otros. (1991) *Intervención psicosocial*. Madrid: Ed. Popular, S.A.

Nuechterlein, K.H. (1991). Vigilance in schizophrenia and related disorders. En S. Steinhauer, J. Zubin y J.H. Gruzelier (comp), *Handbook of schizophrenia: Neuropsychology, psychophysiology, and information processing. Vol 5*. Amsterdam: Elsevier.

Núñez Pérez, V. (1990). *Modelos de educación social en la época contemporánea*. Barcelona: Ed. PPU.

Obiols, J. y Obiols, J. (1990). *Esquizofrenia*. Madrid: Martinez Roca.

Orlic, M.L. (1979). *Método de Reeducción Psicomotriz. La Educación Gestual*. Ed. Cincel-Kapelusz, S.A.

---

Orviz, S. y Fernández, J. (1997). Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos. En Rodríguez, A. (coord.). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide, pp. 229-247.

Orviz, S. y Lema, M. (2000). Generalización de los efectos del entrenamiento en los programas de habilidades sociales. *Intervención Psicosocial*, 9 (1), pp.117-126.

Phipps, C. y Liberman, R.P. (1988/1993). Apoyo Comunitario. En R.P. Liberman (Ed). *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona: Martínez Roca.

Picq, L. y Vayer, P. (1969). *Psicomotricidad en el parvulario*. Ed. Científico-Médica.

Pilling, S. (1991). *Rehabilitation and Community Care*. London. Routledge.

Ramírez, I. (1993). Especialización en salud mental. *Trabajo social hoy*, 2.

Rebolledo, S. (Comp.) (1997). *Rehabilitación Psiquiátrica* ( curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos celebrado en Santiago de Compostela de noviembre de 1994 a junio de 1995). Universidad de Santiago de Compostela.

Rebolledo, S.; Lobato, M<sup>a</sup> J. (1994). *Como Afrontar la Esquizofrenia: Guía para las familias*. Madrid. Asociación Psiquiatría y Vida. Fundación ONCE.

Rebolledo, S; Lobato, M.J (1998). *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*. Barcelona. Editorial Fundación Seny.

Roder, W., Brenner, H.D., Hodel, B., Kienzle, N. (1996). *Terapia Integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel S.A.

Rodríguez González, A. (1992). Alternativas Residenciales Comunitarias para Enfermos Mentales Crónicos. En *Intervención Psicosocial*, 1(2), pp. 15-29.

Rodríguez, A. (1993). Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario del Enfermo Mental Crónico. Madrid. *III Jornadas de Psicología de la Intervención Social* (Nov. 1991). Publicadas por el INSERSO -Ministerio de Asuntos Sociales-. Colección Servicios Sociales nº 9.

Rodríguez, A. (1997). A modo de epílogo. En Rodríguez, A. (Coord.) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 455-464.

Rodríguez, A. (Coord.) (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.

Sáez Carreras J. (1994) *El educador social*. Murcia: Ed. Universidad de Murcia.

Sánchez Alonso, M., (1991). La participación. Metodología y práctica. Madrid: Ed. Popular S.A.

---

Sarraceno, B. (1995). Entrevista a Benedetto Sarraceno, presidente de la WARP. *Boletín AMRP*, 3, pp. 19 y 20.

Sarraceno, B. y Montero, F. (1993). La rehabilitación entre modelos y prácticas. En V. Aparicio (coord) . *Evaluación de Servicios en Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 313-321.

Schneider, W y Shiffrin, R.M. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search and attention. *Psychological Review*, 84, 1-66.

Servicio Regional de Salud (1989). *La Reforma Psiquiátrica en Madrid*. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid.

Shephred, G. (1996). Avances recientes en Rehabilitación. En Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (Comps) (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Edit. S.XXI.

Skinner, B. (1953/1986). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Ed. Martínez Roca S.A.

Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitation*. New York: Guilford.

Stein, L. y Test, M.A. (1985). The training in Community Living Model: A decade of experience. *New Directions for Mental Health Services* , 26.

Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, pp. 643-662.

Stroul, B. A. (1989). Community Support Systems for Persons with Long-term Mental Illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal* . , 12(3).

Tarrier, N. y otros. (1989). The Community Management of Schizophrenia. A Two-year Follow-up of a Behavioural Intervention with Families. *The British Journal of Psychiatry*, 154, pp. 625- 628.

Tarrier, N. y otros. (1988). The Community Management of Schizophrenia. A Controlled Trial of a Behavioural Intervention with Families to Reduce Relapse. *The British Journal of Psychiatry*, 153, pp. 532- 542.

Tarrier, N. y otros. (1994). The Salford Family Intervention Project: Relapse Rates of Schizophrenia at Five and Eight Years. *The British Journal of Psychiatry*, 165, pp. 829-832.

Test, M.A. (1989). Community Support Programs. En A.S. Bellack (ed). *Schizophrenia*. N.Y. : Grune & Statton.

Toulouse, E.Y. y Pieron, H. (1972). *Toulouse-Pieron: Prueba perceptiva y de atención manual*. Madrid: TEA.

- 
- Trilla J. (1991) Tiempo libre. *Revista de estudios del Mº de Asuntos Sociales*.
- Vaughn, C. E. y Leff, J. P. (1976). The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness: A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. *The British Journal of Psychiatry*, 129, pp. 125-137.
- Vaughn, C. E. y Leff, J. P. (1981). Patterns of Emotional Response in Relatives of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7, pp. 43-44.
- Vázquez, C., Florit, A. y López, B. (1996). Rehabilitación cognitiva: Principios generales y técnicas de evaluación e intervención. En Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (comp.) *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez, C., López, B y Florit, A. (1996). Procesamiento de la información y esquizofrenia. En Aldaz, J. A. y Vázquez, C. (comp.) *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Watts, F.; Bennett, D. (1983/1992). *Teoría y Práctica de la Rehabilitación Psiquiátrica*. Méjico: Edit. Limusa.
- Williard / Spackman. (1998). *Terapia Ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana
- Wing, J.K. (1992). Epidemiologically-based mental health needs assessments. Londres: Royal College of Psychiatrists Research Unit. (Citado en Shepherd (1996). *Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica*. En J. Aldaz y C. Vázquez (comps.). Opus cit.)
- Winnicott, D.W. (1981). *Juego y realidad*. Ed. Gedissa.
- Yubero Jiménez S. (1996). *El desafío de la educación social*. Murcia: Ed. Universidad de Castilla la Mancha.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, pp. 103-126.

---

## **TÍTULOS ANTERIORES DE CUADERNOS TÉCNICOS DE SERVICIOS SOCIALES**

- Nº 1. *LA POBLACIÓN INFANTIL EN SITUACIÓN DE DESAMPARO EN LA COMUNIDAD DE MADRID.*  
Cecilia Simón, J. L. López Taboada y José Luis Linaza Iglesias.
- Nº 2. *LOS RETOS DE LA SOLIDARIDAD ANTE EL CAMBIO FAMILIAR.*  
Jesús Leal y M<sup>a</sup> José Hernán.
- Nº 3. *ATRAPADOS EN LA CALLE.*  
Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez.
- Nº 4. *PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN NEONATOLOGÍA.*  
Profesionales del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario de San Carlos y del Servicio de Pediatría del Hospital General de Móstoles, bajo la coordinación del Instituto del Menor y la Familia.
- Nº 5. *LA POBLACIÓN Y LOS HOGARES MADRILEÑOS SEGÚN LA ZONIFICACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES.*  
Equipo de Trabajo del Servicio de Coordinación y Apoyo Técnico.
- Nº 6. *PROYECTO ÚNICO DE INTERVENCIÓN. Normalización y territorialización en la atención residencial a la infancia.*  
Servicio de Coordinación de Centros del Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Nº 7. *ACTITUDES Y MOTIVACIONES DE LAS PERSONAS MAYORES HACIA SU DESARROLLO PERSONAL.*  
Marta Torres. CONSULTRANS. S.A.
- Nº 8. *PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: AYUNTAMIENTO DE COLLADO VILLALBA.*  
Luis Cortés, Óscar López. Colaboradores/as: Manuel Álvarez, Isabel Agudo, Concepción García, Rosana Jiménez, Montserrat López.
- Nº 9. *RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL: FACTORES SOCIALES INFLUYENTES SEGÚN LOS PROFESIONALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.*  
Ferrán Casas (coordinador), Mónica González, Carme Calafat, Montserrat Fornells.
- Nº 10. *ESTRATEGIAS Y DIFICULTADES CARACTERÍSTICAS EN LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS DISTINTOS COLECTIVOS DE INMIGRANTES PRESENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID.*  
Rosa Aparicio, Andrés Tornos
- Nº 11. *DEMOGRAFÍA Y CAMBIO SOCIAL. SIMPOSIO ORGANIZADO POR LA CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES. MADRID, 12 Y 13 DE JUNIO DE 2000.*  
Lourdes Gaitán
- Nº 12. *NACIMIENTO, EVOLUCIÓN Y DISEÑO DEL CENTRO OCUPACIONAL "NAZARET" (DEL S.R.B.S., CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES). DE LA NADA Y EL CAOS A UNA REALIDAD CON FUTURO*  
Guillermo García, Eva Mayayo, Javier Montejo e Inmaculada Vidarte (Equipo Técnico del Centro Ocupacional "Nazaret")

- 
- Nº 13. *LA ATENCIÓN EDUCATIVA A LOS NIÑOS/AS EN LAS RESIDENCIAS DE PRIMERA INFANCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID*  
Raúl Casas, Celiano García, Socorro Martín, Paloma Martín, Marisol Marrón, Julia Sánchez, María Sáiz, Vicente Tinajero, Carmen Yeves.
- Nº 14. *REHABILITACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA: PROGRAMAS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN*  
Elena Alcaín Oyarzun, José Augusto Colis Hernández, Virginia Galilea García, Ana Isabel Lavado Ciordia, Eva Muñoz Giner, Marta Nicolás Gómez, Raquel Pagola Pérez de la Blanca, Abelardo Rodríguez González, María Teresa San Bernardo Vicente, Óscar Sánchez Rodríguez, Teodosia Sobrino Calzado.
- Nº 15. *LOS CENTROS DE DÍA COMO RECURSO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA*  
Organizado por la Consejería de Servicios Sociales. Participantes: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Educación. Ministerio de Asuntos Sociales. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento. INJUCAM.
- Nº 16. *LA ESTRATEGIA DE LAS ENTIDADES NO LUCRATIVAS EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE MADRID*  
Guillermo López Morante.



CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**