

## LA REHABILITACION PSICOSOCIAL : UN MODELO DE INTERVENCION

**M<sup>a</sup>Victoria Fernández Aguirre.**

**Juan González Cases.**

**Manuel Guerrero Merchán.**

Grupo Exter,  
Dpto. de Crónicos. Madrid.

### RESUMEN

*Se hace, en primer lugar, una revisión del concepto de Rehabilitación Psicosocial, las utilizaciones incorrectas que se han hecho de este término y una descripción de los componentes esenciales que definen cualquier intervención según este enfoque.*

*Se presenta, en segundo lugar, una aplicación de este modelo que se está llevando a cabo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares (Madrid) para personas con problemas psiquiátricos crónicos. Se explica su ubicación, funciones y objetivos dentro de la red de atención que la Comunidad de Madrid ha puesto en marcha para esta población. Además, se describen las características sociodemográficas de los usuarios atendidos y la organización de la intervención en el Centro.*

**Palabras Clave:** *Rehabilitación psicosocial, problemas psiquiátricos crónicos, esquizofrenia.*

### SUMMARY

*In the first place, the concept of Psycho-Social Rehabilitation is reviewed, covering the incorrect uses of this term, and a description of the essential components which define any treatment following this approach.*

*Secondly, a description is made of an application of this model currently under*

*way at the Centre for Psycho-Social Rehabilitation in Alcalá de Henares (Madrid) for people suffering from chronic psychiatric disorders. An explanation is made of its location, functions and aims, within the context of the assistance network set into operation by the Madrid Area authorities for such people. Also described are the socialdemographic characteristics of the users under treatment and of the organization of patient care within the centre.*

**Key Words:** *Psycho-Social rehabilitation, chronic psychiatric disorders, schizophrenia.*

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 estableció, entre otras cosas, las bases de lo que debía llegar a ser la asistencia y rehabilitación de las personas con problemas psiquiátricos crónicos.

Los hospitales psiquiátricos, que hasta ese momento eran prácticamente el único servicio al que le correspondía la asistencia a pacientes crónicos, deberían comenzar a reducir el número de camas e incrementar la externación de su población.

Un aspecto básico del Informe es la consideración de la necesidad de "potenciar las acciones de la salud mental y atención psiquiátrica dentro del entorno social propio de la población en riesgo" (pag. 20).

Por otra parte, el informe establece la necesidad de reducir las hospitalizaciones y crear los recursos alternativos precisos para la atención en su propio entorno de los pacientes con problemática de larga evolución.

La Rehabilitación Psicossocial aparece, entonces, como un tipo de atención adecuado y necesario para la población con problemas mentales crónicos. "Las evidencias investigadoras revisadas sugieren que un enfoque rehabilitador orientado a habilidades integradas y el desarrollo de apoyos en la variedad de lugares donde está el cliente bien puede ser el enfoque más efectivo" (Dion, G.L.; Anthony, W.A.; 1987), (Anttinen, E.E.; Joniken, R.; Ojanen, M.; 1985), (Rogers, S.; Anthony, W.A.; Jansen, M.A.; 1988).

Esta forma de intervención ha recorrido ya un largo camino en otros países, donde se ha comenzado a delimitar con mayor precisión el concepto de Rehabilitación Psicossocial.

Al hacer una revisión de las experiencias y bibliografía referente a este tema, podemos encontrar gran variedad de definiciones.

La rehabilitación Psicossocial es un concepto complejo que engloba muchos aspectos diferentes. Esta complejidad puede conducir, como así ha sido en muchos casos, a errores en su definición, al tomar alguno de sus componentes como sinónimo del término. "La especificación de los principios básicos de la Rehabi-

litación Psiquiátrica ha sido, hasta ahora, una tarea difícil ya que la Rehabilitación Psiquiátrica es practicada en servicios muy diferentes por profesionales de muy diferentes disciplinas." (Anthony, W.A.; Cohen, M.R.; y Cohen, B.F.; 1984, pag. 139), (Cnaan, R.A.; Blankertz, L.; Messinger, K.W.; Gardner, J.R.; 1990).

Es importante hacer una definición adecuada de la Rehabilitación Psicosocial, ya que de ella se derivarán los objetivos y las formas de intervención. Una definición parcial del término conducirá inevitablemente a una intervención parcial. "... No hay siquiera acuerdo en el significado de las palabras más utilizadas." (Cnaan, R.A., et al.; 1990), "Clarificar los conceptos de rehabilitación, trasladarlos a programas prácticos será necesario para avanzar en los esfuerzos de todos aquellos que atienden a las personas con inhabilidad psiquiátrica severa" (Farkas, M., Cohen, M.R.; Nemeč, P.B.; 1988).

Así, la Rehabilitación Psicosocial no puede ser entendida sólo como "asistencia en el entorno comunitario". Esta definición es demasiado inespecífica y, muchas veces, engañosa. El simple hecho de situar un servicio en un entorno comunitario y cercano al sujeto, no implica que se esté haciendo Rehabilitación Psicosocial.

"El trasladar a una persona con problemas psiquiátricos a un ambiente no institucional no es un método o un programa de rehabilitación, es sólo un escalón preparatorio. Si el lugar es considerado como el programa en sí, entonces lo que sucede es que el paciente se hace dependiente de un sistema de apoyo diferente". (Anthony et al. 1977).

"El saber en qué lugar ocurre la intervención da poca información acerca de la intervención específica que se ha hecho." (Dion, D.L. et al. 1987).

"La rehabilitación psicosocial debe ser definida por los métodos que utiliza, no por donde se hace" (Anthony, Cohen y Farkas, 1982). (Lavender, A.; 1987). (Bachrach, L.L.; 1984, pag. 171; Anthony, W.A.; Kennard, W.A.; Forbers, R.; 1986; Anthony, W.A. et al. ; 1984, pag. 153).

La vuelta a la vida en comunidad de una persona, no es una intervención en sí misma, es, sólo y nada menos que, mejorar su calidad de vida.

La Rehabilitación Psicosocial no es, tampoco, sinónimo de "disminución del control sobre el usuario". "Lo restrictivo de un ambiente debe estar en función, tanto de las características de ese ambiente como de las del cliente". (Anthony, W.A.; Cohen, M.R. y Cohen, B.F.; 1983) (Anthony, W.A. et al.; 1984, pag. 142).

La Rehabilitación Psicosocial no es la simple eliminación de síntomas o de conductas "problemáticas" de una persona. "La reducción de la incomodidad del cliente y de su ambiente, no lleva automáticamente a una mejora de sus habilidades" (Anthony, W.A.; Cohen, M.R. y Cohen, B.F.; 1983). (Rogers, S.E.; et al.; 1988; Anthony, W.A. et al.; 1984, pag. 142). "Uno de los aspectos más significativos de enfoque de Rehabilitación Psicosocial es que desvía el énfasis clínico de los síntomas psicopatológicos a las capacidades funcionales del individuo". (Turkat, D. y Buzzell, V.; 1982).

La Rehabilitación Psicosocial, no puede ser sólo definida como "el entrenamiento de habilidades". Esta definición es muy restrictiva, y puede dar lugar a muchos equívocos:

- El pensar que hacemos Rehabilitación Psicosocial, cuando lo que hacemos es entrenar a las personas en las habilidades que el profesional conoce, y no en las que cada usuario necesita. "Hay cierta tendencia en muchos centros de rehabilitación a enseñar a todos los clientes determinadas habilidades, simplemente porque son las que saben enseñar sus profesionales" (Anthony, W.A.; Cohen, M.R. y Cohen, B.F.; 1983). (Anthony et al.; 1984; Bachrach, L.L.; 1984, pag.175; Anthony, W.A.; 1979).

- El pensar que hacemos rehabilitación al entrenar habilidades según las normas sociales y entorno del propio profesional, y no en función de las características del entorno de cada usuario. (Minkoff, K., 1987).

- El pensar que entrenamos las habilidades y que luego la generalización que el sujeto hace de éstas a su entorno es "algo" que se lleva a cabo por sí mismo. Es como si la generalización fuese una especie de proceso mágico, sobre el cual no tenemos mucho control. "Las medidas de adquisición de habilidades no indican si la generalización al ambiente requerido ha ocurrido" (Anthony, W.A. y Farkas, M., 1982); (Lieberman, R.P.; 1988, pag.196).

Todos estos errores derivados de definir la Rehabilitación Psicosocial como un entrenamiento en habilidades forman una larga cadena que culmina cuando el profesional, después de haber trabajado con la población crónica durante un tiempo, comienza a "darse cuenta" de que las evaluaciones de todos los usuarios son iguales, ya que tiende a centrar esta evaluación sólo en aquellas habilidades que sabe entrenar, y que los entrenamientos son siempre los mismos y "deduce" de ello cosas como que "todos los crónicos tienen problemas", "no necesito explorar mucho para saber lo que le pasa, porque he tenido muchos casos como éste". Además, cuando comienza la intervención y lógicamente esta no tiene éxito, hace otra deducción mucho más peligrosa, "la rehabilitación psicosocial no sirve, y lo que le pasa a esta persona no tiene solución", porque, evidentemente, un trabajo que se sustenta en estas bases erróneas, no puede dar muchos resultados, excepto los que se derivan de un trato más humanitario u otros factores inespecíficos.

Sin embargo, lo que está ocurriendo es que no se está haciendo Rehabilitación Psicosocial. "La mala utilización del término rehabilitación puede hacer pensar que la intervención rehabilitadora ocurre. cuando de hecho, sólo existe de nombre... Por ello, si estas intervenciones que sólo tienen rehabilitación en el nombre son inefectivas, el concepto de rehabilitación puede ser asociado con programas inefectivos y abandonados antes de ser realmente probado". (Anthony, W.A.; Cohen, M.R. y Cohen, B.F.; 1983). (Brown, R.I. y Hughson, A.E., 1989).

Ejemplos de deducciones inadecuadas como éstas podemos encontrarlas actualmente en las voces alzadas abogando por la vuelta a formas tradicionales de tratamiento que se suponían ya superadas.

Como vemos, el término Rehabilitación Psicosocial es complejo, no sólo en sí mismo, sino también, y muy especialmente, porque suele utilizarse para nombrar cosas que no son Rehabilitación Psicosocial.

En palabras de Anthony, la Rehabilitación Psicosocial es "dotar a las personas con incapacidades de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con los menos apoyos de servicios y profesionales posibles" (Anthony, 1977); otros autores también la definen en semejantes términos. (Farkas, M. et al., 1988; Rogers, S.E. et al., 1988; Lavender, A., 1987; Liberman, R.P., 1988, pag.16; Farkas, M. y Anthony, W.A., 1982, 1989).

Para llevar a cabo la Rehabilitación Psicosocial de acuerdo con esta definición, es necesario:

1- La adaptación de los servicios de Rehabilitación Psicosocial al contexto socioeconómico y cultural donde estos van a ser desarrollados. ( Bachrach, L.L., 1984, pag. 179).

2- La evaluación funcional en relación a las demandas ambientales y a las del propio sujeto. (Minkoff, K., 1987; Anthony, W.A. et al., 1982).

3- La elaboración de objetivos a corto, medio y largo plazo y la planificación individualizada de todas las fases de la intervención. (Liberman, R.P., 1988, pag.61).

4- El compromiso del cliente y de su grupo de apoyo en todas estas fases. (Liberman, R.P., 1988, pag.15; Anthony, W.A. et al., 1982; Anthony, W.a. et al., 1984, pp. 192, 142).

5- El entrenamiento de habilidades específicas al usuario y la situación, con una única forma de intervención basada en los principios del aprendizaje y una metodología experimental. (Liberman, R.P., 1988, pag. 4).

6- El entrenamiento y seguimiento en el propio ambiente del usuario. (Anthony, W.A., 1979, pag. 86; Anthony, W.A. et al., 1982).

7- La utilización de los apoyos necesarios según las capacidades del usuario respecto a las demandas de su ambiente, utilizando, en la medida de lo posible, recursos naturales. (Liberman, R.P., 1988, pag. 65).

8- La modificación del ambiente específico del cliente y la actuación sobre la comunidad donde el servicio se integra. (Liberman, R.P., 1988, pag. 22; Farkas et al. 1982; Anthony, W.A. et al. 1984, pag. 143; Estroff, S.E., 1983).

9- El trabajo enfocado en equipo, con delimitación de funciones y canales de información adecuados.

10- La coordinación de los diferentes equipos que intervienen. Esto quiere decir un consenso en cuanto objetivos generales en rehabilitación y objetivos específicos en cuanto a un determinado usuario, el trasvase adecuado de información a través de canales reglamentados y la especificación de las funciones de cada equipo y cada profesional. (Bachrach, L.L., 1984, pag. 173; Liberman, R.P., 1988, pag.22).

11- La evaluación de resultados observables y la utilización de esos resultados para el ajuste de objetivos e intervenciones.

Esta definición es la que ha guiado tanto el diseño como las intervenciones que se están llevando a cabo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares desde su puesta en marcha.

Este es el primer centro del plan que la Conserjería de Integración Social de la Comunidad de Madrid, a través del Programa de Alternativas Sociales a la Institucionalización Psiquiátrica, ha comenzado a poner en práctica para la atención a las personas con problemas psiquiátricos crónicos.

Dentro de este plan los Centros de Rehabilitación Psicosocial tienen un papel fundamental como apoyo a los centros de salud mental en la rehabilitación de esta población y como supervisores y coordinadores de los restantes recursos que la Conserjería pone en marcha en cada distrito (centros ocupacionales, pisos protegidos y miniresidencias).

El Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares está, por medio de un contrato de servicios con la Conserjería de Integración Social de la C.A.M., diseñado, dirigido y gestionado por la empresa Grupo Exter, S.A., que se encarga además de la contratación y formación del equipo.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial atiende fundamentalmente a lo que se ha venido a denominar "nuevos crónicos", personas con edades comprendidas entre 20 y 45 años y con períodos y variables de hospitalización, aunque también da cabida a la población crónica desinstitucionalizada, procedente de los hospitales psiquiátricos, de edad más avanzada y con un mayor deterioro conductual.

La media de edad de los usuarios del Centro es de 28 años y la distribución por sexo es de 75% de hombres frente a un 25% de mujeres.

El nivel socioeconómico familiar es predominantemente medio-bajo (60%) y bajo (33%). La mayoría de ellos viven con sus padres, hermanos y/u otros familiares (81%). Conviven con su conyuge o pareja un 8%. Viven solos el 8%.

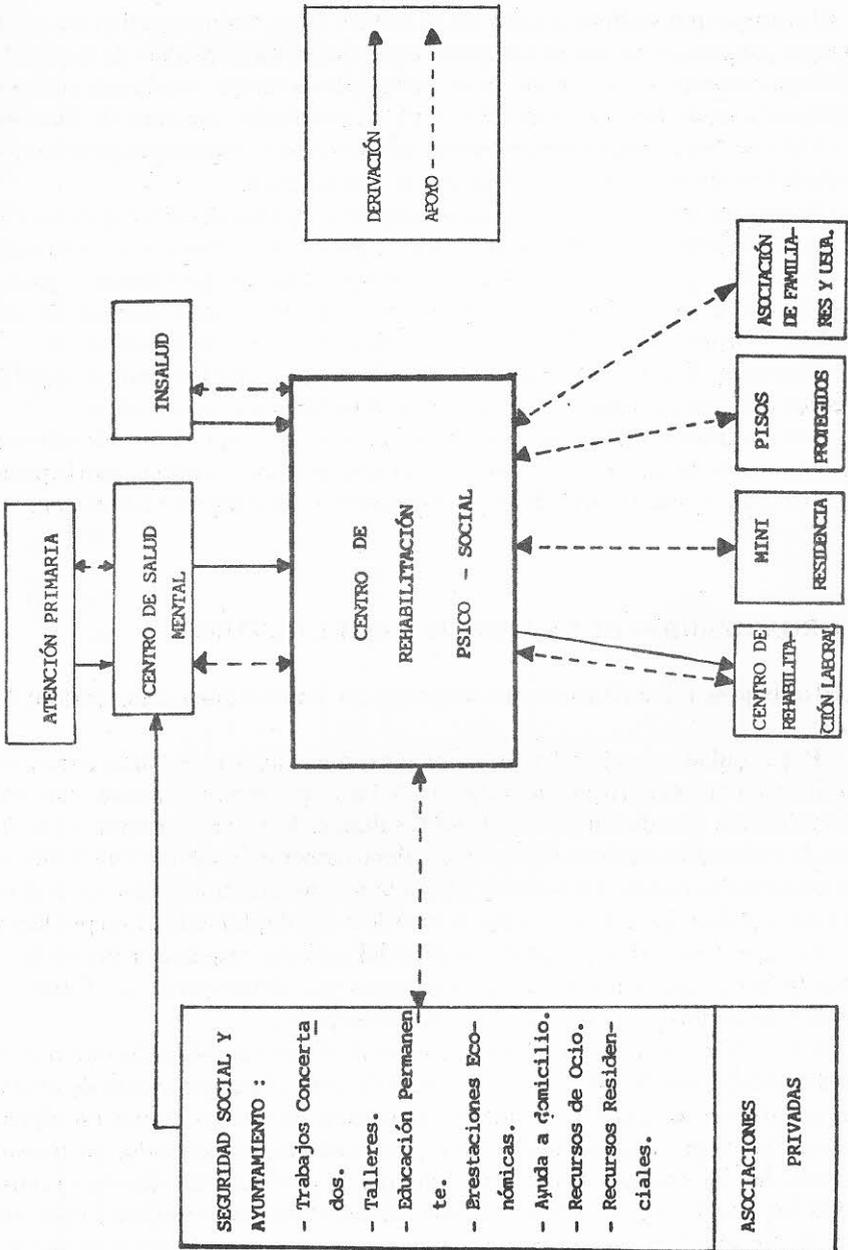
El 43% están en situación de desempleo, siendo pensionistas o con una paga por incapacidad laboral el 36%. Menos del 3% (sólo uno) está trabajando.

En cuanto al tipo de diagnóstico, el 20% tiene un diagnóstico actual de Esquizofrenia Paranoide. El 15% ha sido diagnosticado de Transtorno Esquizofrénico y otro 10% de Transtorno Paranoide.

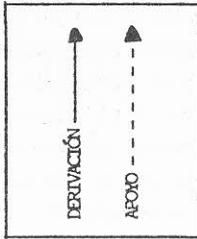
Desde Junio a Diciembre de 1989 el Centro atendió a 42 personas, de los cuales 5 se encontraban en este último mes en la fase de evaluación. En este periodo hubo 3 abandonos, 1 de ellos en la fase de evaluación. Se realizó intervención con 36 usuarios (85'7%), de los cuales participaron en programas en grupo 28 (77'8%). El número de hospitalizaciones fue de 2, una con intento de suicidio y otra a petición del propio usuario, sin que se observase reagudización de la sintomatología.

Para llevar a cabo su trabajo, el Centro cuenta con un equipo formado por 1 director, 3 psicólogos, 1 trabajadora social, 3 monitores y 1 auxiliar administrativo.

CUADRO 1



- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <p><b>SEGURIDAD SOCIAL Y AYUNTAMIENTO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajos Concertados.</li> <li>- Talleres.</li> <li>- Educación Permanente.</li> <li>- Prestaciones Económicas.</li> <li>- Ayuda a domicilio.</li> <li>- Recursos de Ocio.</li> <li>- Recursos Residenciales.</li> </ul> | <p><b>ASOCIACIONES PRIVADAS</b></p> |
|---|-------------------------------------|



## **OBJETIVOS Y FUNCIONES DEL CENTRO**

El trabajo que se lleva a cabo en el Centro tiene como objetivo el que las personas con esta problemática recuperen o adquieran, en la medida de lo posible, aquellas habilidades que se consideran necesarias para llevar una vida lo más autónoma posible en su medio familiar y social. Por ello, el Centro realiza una serie de funciones:

- Lleva a cabo la evaluación, diseño de intervención y actuaciones precisas para la rehabilitación psicosocial de cada uno de sus usuarios.

- Se encarga, además, del apoyo y asesoramiento a sus familias, informándoles sobre los distintos aspectos de esta problemática, enseñándoles formas de actuación adecuadas para resolver los problemas que esta situación les plantea y para la relación diaria con su familia, promoviendo, además, la participación de estas familias en grupos de autoayuda y asociaciones de apoyo a esta población.

- Realiza el seguimiento, tanto a nivel individual como familiar, de aquellos usuarios que han cumplido sus objetivos de rehabilitación en el Centro.

- Lleva a cabo una labor de concienciación sobre este tipo de problemática en la comunidad a la que está adscrito, informando y promoviendo la participación activa de asociaciones, entidades y personas en este proceso de reinserción.

## **ORGANIZACION DE LA ATENCION EN EL CENTRO**

El trabajo de rehabilitación psicosocial que el Centro realiza se sustenta en dos bases:

- Rigurosidad conceptual y metodológica, que implica, por una parte, una planificación pormenorizada de cada una de las intervenciones que se realizan, y una evaluación y medición precisa de los resultados de dicha actuación, y por otra parte, la evaluación continua del funcionamiento general del centro y de como este funcionamiento traduce a la práctica los fundamentos de la rehabilitación psicosocial y los objetivos que el Centro tiene dentro de la red de atención a esta población.

- Consenso de todos los profesionales del servicio respecto a los objetivos concretos para cada usuario y a las actuaciones que, desde diferentes frentes, se han de realizar para la consecución de tales objetivos.

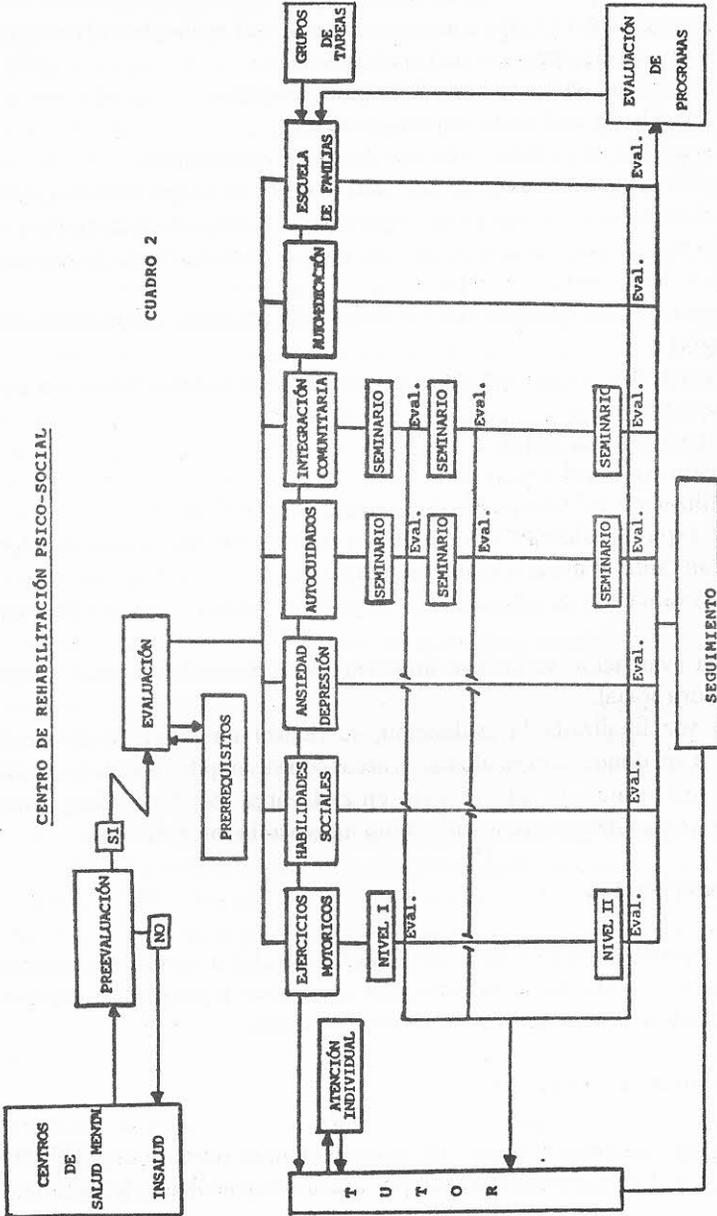
En el Centro se han establecido una serie de mecanismos (reuniones de coordinación, reuniones diarias y semanales de todo el equipo, juntas de evaluación, registros, memorias e informes), que garantizan una coordinación efectiva entre todos los profesionales del equipo, permitiendo, por un lado, un trasvase continuo de información y una labor conjunta de planificación, diseño y realización de las intervenciones, y por otra, una traducción en datos escritos y operativizados de los objetivos y metodología de las intervenciones y de sus resultados.

La organización del Centro, por lo tanto, es un aspecto fundamental que se ha ido enriqueciendo con el objetivo de ser coherente con estas bases.

ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICO - SOCIAL

CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICO-SOCIAL

CUADRO 2



## FASES DE LA ATENCION

### Evaluación y diseño de la intervención

La actuación del Centro comienza con una evaluación de cada usuario, llevada a cabo por un psicólogo y la trabajadora social.

En la evaluación se exploran las siguientes áreas:

- Capacidades en la relación interpersonal.
- Capacidad en el manejo de las situaciones estresantes.
- Problemas en la autonomía personal, tanto en su propio entorno (vivienda, aseo, sueño, alimentación) como en la comunidad (manejo de transportes, teléfono y otras formas de comunicación, uso del dinero, realización de gestiones, orientación en la calle y orientación temporal).

-Características clínicas (historia de hospitalizaciones, medicación, crisis, sintomatología).

- Características del entorno del usuario y su familia, situación económica, relaciones familiares.

- Capacidades motoras.

- Historia laboral y escolar.

- Utilización del tiempo libre y actividades gratificantes.

- Se explora, además, la demanda y motivación que, hacia la intervención, presentan tanto el usuario como su familia.

Esta evaluación se extiende a lo largo de la primera semana de asistencia al centro.

En la evaluación se incluye una visita a su domicilio llevada a cabo por la trabajadora social.

Una vez finalizada la evaluación, se realiza un *diseño individualizado de actuación*, en donde se especifican las áreas con sus objetivos a corto, medio y largo plazo y las formas de intervención en cada área. Se especifican, además, los recursos comunitarios necesarios como apoyo a la intervención.

### La intervención

Las intervenciones pueden ser llevadas a cabo a través de entrenamientos individuales y a través de la asistencia del sujeto a grupos de entrenamiento, completándose con la gestión de recursos sociales.

#### *La intervención individual*

Una vez realizado el diseño de intervención, se designa un TUTOR para el usuario. Esta labor es llevada a cabo por uno de los psicólogos, y sus funciones son:

- Profundizar en la evaluación realizada durante la primera semana.
- El diseño y, en algunos casos, realización de las intervenciones individuales que dicho usuario precise.
- El entrenamiento y asesoramiento a la familia.
- La supervisión del trabajo llevado a cabo con ese usuario en los programas en grupo. Esta figura centraliza toda la información que sobre dicho sujeto se tiene en cada momento, y lleva a cabo la evaluación continua de las intervenciones.
- El tutor se encarga, además, de mantener continuamente informado al resto del equipo sobre los cambios en la intervención y los progresos o problemas que se produzcan con el usuario o su familia, para, así, mantener una coherencia entre las distintas intervenciones que el equipo esté realizando.
- Por último, el tutor realiza el seguimiento del usuario una vez éste abandona el centro, al finalizar su intervención.

Otra modalidad de intervención individual que se lleva a cabo en el centro son los entrenamientos individuales, llevados a cabo por las monitoras. El diseño de estas intervenciones es realizado por el tutor y la monitora asignada, que es la encargada de realizar la evaluación de línea base, los entrenamientos, generalmente en el medio natural, y la recogida de los datos sobre los resultados de la intervención. A partir de estos datos, el tutor y la monitora, llevan a cabo la evaluación de la intervención.

### **La intervención en los programas en grupo**

La mayor parte del trabajo del centro se lleva a cabo a través de entrenamientos en grupo.

Los usuarios, según las problemáticas que presenten son asignados a programas en grupo, para los cuales se han diseñado previamente ejercicios, material de entrenamiento y vídeos, tareas que los sujetos deben realizar fuera del centro y pruebas para la evaluación de su eficacia.

En los entrenamientos en grupo se busca en todo momento la homogeneidad de sus participantes en cuanto a los niveles de déficits y habilidades en el área que se trata y se entrena sobre los problemas concretos que cada usuario tiene, por lo que es de especial importancia para el buen desarrollo de los grupos la evaluación previa que de cada usuario se haya hecho.

Los programas en grupo que se llevan a cabo en el centro son:

#### *Prerrequisitos*

Este programa está destinado a aquellas personas cuyas habilidades básicas (atención, memoria, comprensión, lenguaje, lectura,...) son tan deficientes que les impiden aprovechar adecuadamente un entrenamiento en el resto de los programas.

Prerrequisitos funciona, además, con carácter motivacional para aquellas personas que llegan al centro con poco interés hacia su rehabilitación o con problemas para enfrentarse a entrenamientos en grupos mayores.

Los grupos de prerrequisitos son, por ello, muy pequeños (2 ó 3 personas, muchas veces, incluso individuales) y son llevados a cabo por los monitores, que diseñan la intervención para cada participante con la supervisión de los tutores.

### *Ejercicios motóricos*

Está destinado a mejorar las capacidades motoras (motricidad fina y gruesa, expresión corporal) y crear hábitos de ejercicio físico en los participantes.

Se divide en dos niveles, según el grado de dificultad de los ejercicios y las habilidades que requieran.

Los grupos son de 7 a 10 sujetos.

Se han formado también grupos para la realización de actividades deportivas en instalaciones municipales (polideportivo, pistas de patinaje, piscina).

### *Automedicación*

Dirigido a dotar a los usuarios del conocimiento necesario sobre la medicación que están tomando, las razones por las que lo toman, sus efectos secundarios y los beneficios que les aportan.

Pretende, además, enseñar y motivar para el correcto uso de la medicación y para su obtención y cuidado.

El objetivo final es que el propio entrenado se responsabilice de la toma adecuada de su medicación.

### *Habilidades sociales*

Tiene como objetivo fundamental dotar al usuario de las habilidades necesarias para aumentar y mejorar sus redes sociales.

Se centra en tres aspectos:

- La mejora de topografías problemáticas que dificultan de forma general las relaciones sociales del usuario.

- El entrenamiento en el centro de situaciones sociales problemáticas específicas de cada usuario.

- El entrenamiento en el medio de situaciones sociales.

### *Ansiedad*

Destinado a preparar al sujeto para enfrentar las situaciones que le generan ansiedad, dotándolas de los conocimientos y habilidades para discriminarlas y afrontarlas. Además, este programa incluye entrenamientos para la mejora de la autoestima y para la organización del tiempo e incremento de actividades placenteras.

### *Integración comunitaria*

Su objetivo es hacer al sujeto más competente en el conocimiento y uso de los recursos comunitarios (medios de transporte, teléfono, actividades comunitarias de ocio, gestiones administrativas, etc.).

Está dividido en diferentes seminarios según los temas de entrenamiento. Los usuarios pueden ser asignados a uno o varios de estos seminarios, según sus necesidades.

La mayoría de los seminarios requieren la realización de entrenamientos en medio rural.

### *Autocuidados*

Engloba todos los temas relacionados con el cuidado personal y del entorno propio.

Está dividido en tres módulos:

.Aseo: en el que se entrena a los usuarios en el cuidado de su higiene y vestido.

.Hábitos saludables: centrado en la mejora del sueño, la alimentación y la salud.

.Vivienda: dedicado al cuidado de la casa, la cocina y la prevención de accidentes en la vivienda.

El objetivo de los seminarios de autocuidados es, no sólo el aprendizaje de estas conductas, sino también la implantación de hábitos adecuados, para lo cual se realizan diseños individuales complementarios a la participación en los grupos.

Los usuarios acuden a los seminarios que más se ajustan a sus necesidades.

### *Escuela de familias*

La rehabilitación y reinserción de los crónicos depende en gran medida de la participación de su familia en ellas. Por tanto, el centro cuenta con este programa que tiene como objetivos:

- Dar a conocer a los familiares los diversos aspectos de esta problemática: medicación, prevención de crisis, aspectos implicados en el desarrollo de la esquizofrenia y la cronicidad, etc.

- Enseñar a los familiares a cómo relacionarse con el usuario, a cómo enfrentar situaciones problemáticas con él y a apoyar en su vida diaria su proceso de rehabilitación.

- Promover la participación activa de los familiares, tanto en el centro (en programas, entrenamientos en situaciones naturales, actividades de ocio,...) como en su comunidad y en asociaciones que defienden los derechos de estas personas.

El programa está dirigido por un psicólogo una vez por semana durante hora y media por cada grupo. El número de asistentes suele ser aproximadamente de 10, normalmente dos participantes por cada usuario.

Consideramos que la realización de las tareas que se asignan a los usuarios es un aspecto clave para el aprendizaje. Para ayudarlos a realizarlas adecuadamente se crearon los Grupos de Tareas, que se encargan de recordar las tareas que se han asignado y volver a explicar en qué consisten, si ello es necesario.

Para todo ello, la responsable de cada uno de estos grupos recibe información diaria del resto del equipo.

La mayoría de los programas del centro se imparten entre una y dos veces por semana para cada grupo, con sesiones de treinta a cuarenta y cinco minutos.

Al inicio de cada grupo, se dedican las primeras sesiones a establecer la línea base de cada usuario en las áreas que se van a entrenar en el programa. Esta línea base sirve de punto de referencia imprescindible para, en las próximas evaluaciones, determinar los progresos obtenidos.

Cada grupo es evaluado periódicamente para comprobar la consecución de los objetivos previamente marcados. La información obtenida sobre cada uno de los usuarios es remitida a su tutor por parte de los responsables de cada grupo.

### **Intervención en el área social**

Además de las intervenciones individuales y de los entrenamientos en grupo, el apoyo social es un requisito imprescindible para lograr la integración del crónico en la comunidad. Por ello, desde el centro, se colabora con los Servicios Sociales en la gestión de recursos de ocio (participación de los usuarios en actividades comunitarias, gimnasios, clubs culturales, enseñanza para adultos, ...), recursos laborales (talleres ocupacionales, empleos protegidos, formación laboral,...) y ayudas económicas y sanitarias (pensiones, ayuda a domicilio,...) y se realiza un seguimiento de estas actividades.

Una vez terminada la intervención, el tutor es el responsable de llevar a cabo un seguimiento prolongado de su vida en la comunidad.

Desde Junio a Diciembre de 1989, el tiempo de atención medio por usuario al mes fue de 15 horas, que se distribuyen del siguiente modo:

Intervención individual.....	3 horas
Atención en programas en grupo.....	8 horas
Atención a la familia.....	4 horas

### OTRAS ACTIVIDADES DEL CENTRO

El centro desarrolla, además, otra serie de actividades diversas (fiestas, salidas a museos, piscinas, etc. campeonatos deportivos, viajes, etc.) que, con la colaboración activa de los usuarios, pretenden alcanzar los siguientes objetivos.

- Que los usuarios, deficitarios en la planificación y ocupación del ocio y el tiempo libre, realicen alguna actividad recreativa.

- Que las actividades programadas y puestas en marcha desde el centro sean el punto de partida para la recuperación o adquisición de las habilidades de planificación y organización de actividades para un uso y disfrute del tiempo libre más autónomo.

- Fomentar las relaciones de amistad y apoyo mutuo entre los usuarios y los familiares, con el objetivo último de crear grupos de autoayuda.

En todas las intervenciones que el centro realiza, se enfatiza el entrenamiento de aquellas habilidades que cada sujeto precisa para reincorporarse a un determinado medio.

El centro pretende adecuarse a las necesidades de los usuarios, y no al revés, es decir, que los usuarios tengan que adaptarse a las características de éste.

Es por ello, que adquiere especial importancia la evaluación funcional tanto del sujeto como del medio concreto al que se reincorporará, así como la realización de un diseño individualizado de intervención en cada caso.

La filosofía de la rehabilitación psicosocial determina que cualquier intervención debe enmarcarse dentro de estos principios. De no ser así, corremos el peligro, como señalábamos al principio del artículo, de desechar la Rehabilitación Psicosocial sin haber sido previamente probada. Actuaciones como las que se están llevando a cabo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares pueden quizás aportar alguna luz sobre lo que la Rehabilitación es y lo que puede ofrecer a la atención de las personas con problemas psiquiátricos crónicos.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANTHONY, W.A. (1977): Psychological rehabilitation. A concept in need of a method. *American Psychologist*, Aug. pag. 658-662.
- ANTHONY, W.A. (1979): *The principles of Psychiatric Rehabilitation*. Human Resource Development Press Inc. Massachusetts.
- ANTHONY, W.A. y FARKAS, M. (1982): A client outcome planning model of assessing Psychiatric Rehabilitation interventions. *Schizophrenia Bulletin*, 8 (1). 13-38.
- ANTHONY, W.A.; COHEN, M.R. y FARKAS, M. (1982): A Psychiatric Rehabilitation Treatment Program: Can I recognize one if I see one?. *Community Mental Health Journal*, 18(2). 83-96.
- 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. 67-69.
- ANTHONY, W.A.; COHEN, M.R. y COHEN, B.F. (1984): Psychiatric Rehabilitation. En Talbott, J.A. (ED.) *The chronic mental patient. Five years later*. Grune & Stratton Inc. Orlando.
- ANTHONY, W.A.; KENNARD, W.A.; O'BRIEN, W.F. y FORBES, R. (1986): Psychiatric Rehabilitation: Past myths and current realities. *Community Mental Health Journal*, 22 (4). 249-264.
- ANTTINEN, E.E.; JONIKEN, R. y OJANEN, M. (1985): Progressive integrated system for the Rehabilitation of long-term schizophrenia patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Supl. no 319, 71. 51-59.
- BACHRACH, L.L. (1984): Principles of planning for chronic psychiatric patients: A synthesis. En Talbott, J.A. (Ed.) *The chronic mental patient. Five years later*. 165-182. Grunne & Stratton Inc. Orlando.
- BROWN, R.I. y HUGHSON, A.E. (1989): Towards a model of Rehabilitation. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 12. 29-38.
- CNAAN, R.A.; BLANKERTZ, L.; MESSINGER, K.W. y GARDNER, J.R. (1990). Expert's Assessment of Psychosocial Rehabilitation Principles. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (3). 59-73.
- DION, G.L. y ANTHONY, W.A. (1987): Research in Psychiatric Rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, March, 177-203.
- ESTROFF, S.E. (1983): How social is Psychosocial Rehabilitation?. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 7 (2). 7-20.
- FARKAS, M. y ANTHONY, W.A. (1982): *The development of the rehabilitation model as a response to the shortcomings of the desinstitutionalization movement*. Monografía nº1. Univ. Boston.

- FARKAS, M.; COHEN, M.R. y NEMEC, P.B. (1988): Psychiatric Rehabilitation programs: Putting concepts into practice. *Community Mental Health Journal*, 24 (1). 7-21.
- FARKAS, M.; ANTHONY, W.A. y COHEN, M.R. (1989): Psychiatric Rehabilitation: The approach and its programs. En Farkas, M. y Anthony, W.A. (Eds). *Psychiatric Rehabilitation programs. Putting theory into practice*. pag. 1-27. The John Hopkins University Press. Baltimore y Londres.
- Informe de la Comisión Ministerial. (1985). Ministerio de Sanidad y Consumo.
- LAVENDER, A. (1987): The measurement of the quality of care in Psychiatric Rehabilitation settings: Development of the model standards questionnaires. *Behavioral Psychotherapy*, 15. 201-214.
- LIBERMAN, R.P. (1988): *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*. American Psychiatric Press.
- MINKOFF, K. (1987): Beyond deinstitutionalization: A new ideology for the Postinstitutional Era. *Hospital and Community Psychiatry*, 38 (9). 945-950.
- ROGERS, S.E.; ANTHONY, W.A. y JANSEN, M.A. (1988): Psychiatric Rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*, 33 (1). 5-14.
- SEARIGHT, H.R. y HANDAL, P.J. (1986): Psychiatric Deinstitutionalization: The possibilities and the reality. *Psychiatric Quarterly*, 58 (3). 153-166.
- TURKAT, D. y BUZZELL, V. (1982). Psychosocial Rehabilitation. A process evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 33 (10). 850-898.