
RECUPERANDO LA REHABILITACIÓN

RECOVERING REHABILITATION



Juan Fernández-Blanco
Psicólogo Clínico

email: juanfdezblanco@hotmail.es

RESUMEN

En este trabajo se propone una reflexión en torno a qué se entiende por rehabilitación psicosocial de las personas que sufren un trastorno mental severo y recurrente, cuál es su sentido, su porqué, qué caracteriza a sus legítimas praxis y si hoy en día la rehabilitación psicosocial tiene vigencia. Para ello se analizan los conceptos de deterioro psicosocial y Filosofía de la Rehabilitación, así como su alcance e importancia para la práctica profesional. Se detallan nueve principios en los que la Filosofía de la Rehabilitación se puede resumir. Tales principios siempre deberían marcar y guiar todo el trabajo rehabilitador. Se esgrimen argumentos para sustentar que, inherente a los procesos de rehabilitación psicosocial, se distingue una serie de componentes estructurales que otorgan sentido e identidad a la rehabilitación, y otros componentes, coyunturales, que, no siendo ni esenciales ni vertebrales, cobran importancia y sentido en el ámbito de lo circunstancial y lo situacional. Así mismo, se aportan criterios

ABSTRACT

In this paper it is proposed a reflection on what is meant by psychosocial rehabilitation of people who suffer from a severe and recurrent mental disorder, what is its meaning, its why, what characterizes its legitimate praxis and whether psychosocial rehabilitation is valid today. For this, the concepts of psychosocial impairment and the Philosophy of Rehabilitation are analyzed, as well as their scope and importance for professional practice. Nine principles are detailed in which the Philosophy of Rehabilitation can be summarized. Such principles should always mark and guide all rehabilitation work. Arguments are used to support that, inherent to the psychosocial rehabilitation processes, a series of structural components are distinguished that give meaning and identity to the rehabilitation, and other components, conjunctural, that, being neither essential nor vertebral, gain importance and meaning in the realm of the circumstantial and the situational.

para determinar cuándo es pertinente aplicar programas estructurados, sistemáticos y activos de rehabilitación psicosocial y bajo que premisas no estaría indicado hacerlo. Se termina concluyendo que, sólo se rehabilita psicosocialmente cuando se promueven conductas similares a las que la sociedad reconoce como propias y se fomenta hábitos que identifican a la persona como integrante de su comunidad de referencia. Hoy, si no se "re-habilita" la rehabilitación psicosocial, se corre el riesgo de que, al menos las personas con trastorno mental severo y deterioro psicosocial más grave queden desplazadas de una atención comunitaria y rehabilitadora a una atención ocupacional e "institucionalizadora".

PALABRAS CLAVE

Rehabilitación Psicosocial; Deterioro Psicosocial; Habilidades; Competencia.

Likewise, criteria are provided to determine when it is pertinent to apply structured, systematic and active psychosocial rehabilitation programs and under what premises it would not be indicated to do so. It ends up concluding that psychosocial rehabilitation is only possible when behaviors similar to those that society recognizes as their own are promoted and habits that identify the person as a member of their community of reference are promoted. Nowadays, if psychosocial rehabilitation is not rehabilitated, there is a risk that, at least the people with severe mental disorder and with the most serious psychosocial impairment, will be displaced from community and rehabilitative care to occupational and "institutionalizing" care.

KEYWORDS

Psychosocial Rehabilitation; Psychosocial Impairment; Skills; Competence.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación psicosocial, posibilitada e impulsada por la reforma psiquiátrica, viene proponiéndose, desde la década de los sesenta del pasado siglo, como una filosofía y una práctica de atención a las personas que sufren trastornos mentales severos. Al repasar sus más de cincuenta años de recorrido no es difícil constatar que se ha fijado con bastante claridad, exactitud y precisión su significado y su práctica (Spivak, 1977; Anthony, 1979; Farkas, y Anthony, 1982; Strachan, 1986; Liberman, 1988/1993; Pilling, 1991; Sánchez, 1992). Sin embargo, parece que todo ese bagaje, y la experiencia acumulada durante tantos años, no la han preservado de contradicciones, adulteraciones e incoherencias. Al menos en nuestro país, en los últimos años, da la impresión de que su conceptualización se ha ido desdibujando tan deprisa como sus praxis se debilitan por erráticas.

Por esta razón se ha puesto este título como una invitación a la reflexión y al debate. Reflexionar y debatir son los dos verbos que mueven la intención de quien suscribe y el sentido de lo aquí escrito. Comencemos pues reconociendo que, aunque hay margen para la equivocación, de partida no viene mal arrancar con una sugerencia. Igual no es descabellado plantear si no tendremos que ponernos a la labor de recuperar el trabajo en rehabilitación psicosocial porque tal vez lo hayamos ido perdiendo por el camino, a lo largo de cerca de 35 años de funcionamiento de recursos y servicios creados para este fin. Si esto fuese así, habría que pensar si hoy en día no se está produciendo una disonancia entre lo que se dice que se hace y lo que realmente se está haciendo. Si esto fuese así, habría que pensar si no se ha dado por bueno que todo lo que se hace dentro de un recurso llamado de rehabilitación, por el mero hecho de hacerse ahí, ya es rehabilitador. A ver si con mayor o menor conocimiento de causa no se está aceptando, como si fuese verdad, que los significantes hacen a los significados y que el continente legitima al contenido. Dar esto por cierto, implica tolerar que exista asintonía entre el significante, lo que se dice que se hace, y los significados, lo que realmente se está haciendo y contradicción entre el continente, los recursos creados para rehabilitar psicosocialmente y los contenidos, el funcionamiento de esos recursos.

Preguntarnos si hay que recuperar la rehabilitación tal vez sea un necesario toque de atención para hacernos pensar si no llegó el momento de solicitar que no se ponga al servicio de la rehabilitación, lo que no sirve para rehabilitar.

No parece que esté de más ejercitar el espíritu crítico para clarificar si en el ámbito de la rehabilitación psicosocial, y en sus alrededores, han ido proliferando toda una serie de teorías y de prácticas que lejos de ser una diversidad coherente y enriquecedora de un fin o un objetivo común, han resultado ser una yuxtaposición profusa y desordenada de modos y maneras de hacer que han causado una manifiesta confusión en el qué es la rehabilitación psicosocial y en el cómo, el cuándo y el dónde rehabilitar. Algo habrá que hacer, por el bien de la Rehabilitación psicosocial, y por ende de las personas que la necesitan, para que no siga siendo cierto lo que Martínez Jambrina (2020, p. 40) afirma. A saber,

“(…) actualmente la Rehabilitación Psicosocial es una babel terminológica y conceptual cuya filosofía no es firme y cuya praxis fluctúa notablemente en función de continentes, países, regiones, ciudades y profesionales. O sea, del contexto. No hay consenso ni en su definición, ni en los modelos con que llevarla a cabo, ni en los profesionales que deben hacerlo ni en los instrumentos que deben usarse para alcanzar los objetivos propuestos con los usuarios”.

Poner orden, claridad y coherencia en este panorama, conlleva volver a repensar no sólo en el qué es la rehabilitación psicosocial, sino también en el sentido que tiene, en su porqué y en su vigencia. Al hacerlo con esmerada atención, es fácil desechar cualquier planteamiento que, explícita o implícitamente, defienda que en este ámbito ni hay, ni puede, ni tan siquiera debe haber certezas ni criterios firmes. El argumento de que no ha de haberlos, pues cada uno ha de construir sus propias certezas, o sus propios criterios, que para esa persona si serán firmes y desde ellos habrá de construir la práctica rehabilitadora, ese argumento digo, es débil por falta de rigor e infundado. Por ello, no es lógico, y menos en los recursos públicos, que proliferen distintos enfoques sobre lo que ha de ser la rehabilitación psicosocial, y sobre qué intervenciones poner en marcha para lograrla. Así se evitaría esa suerte de babel terminológica y conceptual armada en torno a la ausencia de certezas, a la carencia de criterios solventes y contrastados que en nada o en poco benefician la rehabilitación de las personas afectadas por un trastorno mental severo y recurrente. Dicho lo cual, lo legítimo es tratar de buscar algunas certezas y encontrar algunos criterios que, por bien contruidos, tengan firmeza. Tal vez eso ayude a la solidez filosófica, a la coherencia de las praxis y a un consenso básico en torno a su definición y principios. Para ello se intentará reflexionar en voz alta sobre el porqué de la rehabilitación psicosocial, sobre qué es, sobre lo que caracteriza a sus legítimas praxis y sobre su sentido y vigencia.

REFLEXIONES EN BUSCA DE CERTEZAS Y AL ENCUENTRO DE CRITERIOS

Es importante comenzar estas reflexiones reconociendo que los trastornos mentales severos en general y la esquizofrenia, como nosografía que siempre se ha tomado como su ejemplar paradigmático, en particular, no son unívocos sino multívocos, no son uniformes sino multiformes. De esta manera en unos casos el trastorno mental cursará con deterioro, déficit y discapacidad en el funcionamiento psicosocial y en otros casos no. Por esta razón, las intervenciones habrán de ajustarse al curso de cada problemática. Así, sólo cuando la evolución del trastorno curse con deterioro, déficit y discapacidad, o cuando el pronóstico prevea alta probabilidad de que termine así cursando, será aconsejable un tratamiento rehabilitador. Algunos de esos factores que pueden predecir una evolución que curse con deterioro psicosocial y que aconsejaría una intervención precoz, preventiva, en rehabilitación psicosocial podrían ser:

- La presencia de un déficit cognitivo franco (Liddle, 2000; Green, Kern & Heaton, 2004; Kessler et al., 2009).

- Mal ajuste psicosocial premórbido (Mc Glashan & Johannessen, 1996; Cartón, Cartón y Vázquez, 2012).
- Relaciones sociales y familiares empobrecidas (Birchwood, 2002).
- Inicio insidioso de la problemática (Segarra & cols., 2002).
- Ser varón (Leung & Chue, 2000).

No parece pues que tenga sentido poner en marcha programas estructurados, sistemáticos y activos de rehabilitación psicosocial en aquellos casos en los que no haya deterioro, ni pérdida de capacidades y habilidades necesarias para un buen funcionamiento psicosocial y sí, cuando sí existe deterioro psicosocial o haya indicios más que razonables de que pueda llegar a haberlo.

Por esta razón no está por demás que aclaremos qué se entiende, o a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de capacidades o de habilidades que bien se han perdido, bien se han deteriorado sustancialmente (déficit o deterioro). Como es difícil poder decirlo con mejores palabras que Goldman, Gatozzi & Tambe (1981), reproduzcamos las suyas.

Dicen estos autores que el déficit o el deterioro psicosocial tienen que ver con la dificultad o el impedimento para desarrollar capacidades funcionales con relación a aspectos de la vida diaria tales como: la higiene personal, los autocuidados, el autocontrol, las relaciones interpersonales, las interacciones sociales, el aprendizaje, las actividades recreativas y de ocio, el trabajo o todo aquello que dificulta el desarrollo de su autosuficiencia económica. Es decir, por deterioro psicosocial podemos entender la pérdida, o menoscabo, de aquellos repertorios conductuales útiles y funcionales para desempeñarse de forma óptima y adaptativa en los asuntos comunes y corrientes de la vida cotidiana.

Es la definición de Goldman, Gatozzi y Tambe una buena definición. Lo es por concreta y porque, dada su precisión, aclara bastante bien lo que se entiende por déficit o deterioro psicosocial. Desde esa definición es fácil progresar hacia dónde se debe orientar la rehabilitación psicosocial. A saber, la rehabilitación psicosocial se orienta al desarrollo de competencias más que a la reducción de síntomas. Se interesa por aquellos repertorios conductuales que estructuran las distintas áreas vitales de las personas. Según González y Rodríguez (2010)

“(…) los programas de rehabilitación psicosocial que no ayuden a la consecución de objetivos relacionados con las áreas vitales no deberían ser considerados como tales. Esta consideración situaría fuera de la rehabilitación psicosocial aquellos programas o intervenciones que atiendan a lo ocupacional, al entretenimiento sin más, al hacer por hacer”.

Todas las dificultades o impedimentos en el desarrollo de habilidades funcionales que conduzcan a un vivir adaptativo no sólo tienen que ver con que en el transcurso de la problemática la persona haya ido perdiendo la competencia para responder eficazmente a las demandas ambientales, sino que también tienen que ver con que ha ido aprendiendo a emitir, ante las exigencias del entorno, conductas o repertorios conductuales desajustados o no funcionales. La rehabilitación psicosocial viene a dar respuesta a todas estas cuestiones pues, como sabemos, su objetivo es recuperar en la persona el mejor nivel posible de funcionamiento instrumental y social (Anthony, 1980; Pastor, Blanco, & Navarro, 2010). El hecho de que la rehabilitación psicosocial, desde la década de los setenta haya evidenciado ser un tratamiento, o una intervención, indicada, por eficaz, para quienes sufren trastornos mentales severos y recurrentes le da un valor añadido (Vallina & Lemos, 2003; Domínguez, 2006; Morin & Franck, 2017; Fernández-Ballesteros, 2017; Torres & Canchos, 2019).

Para poder hacerla realidad conviene tener muy claro a qué nos estamos refiriendo cuando usamos esta expresión. Recordemos entonces el significado de la palabra rehabilitación para así poder hablar con propiedad, y que lo que se diga hoy verdaderamente aluda a lo que se haga mañana. Para cumplir este propósito lo mejor es socorrernos del Diccionario de la RAE (1992).

La palabra rehabilitación, en su primera acepción, significa acción y efecto de rehabilitar o rehabilitarse. Rehabilitar tiene que ver con habilitar y habilitar significa hacer a una persona hábil, o lo que es lo mismo capaz y dispuesta para cualquier ejercicio, oficio y ministerio. En su segunda acepción rehabilitar significa subsanar en las personas falta de capacidad. Con estas referencias debería bastar para entender su significado y, desde él, orientar la práctica. Pero el diccionario aún nos sitúa con más claridad y contundencia en el lugar adecuado, cuando dice que la rehabilitación es un conjunto de métodos, en nuestro caso podríamos añadir de técnicas y estrategias de intervención, que tienen por finalidad la readquisición de una actividad o función perdida o disminuida. Más claro, imposible.

Pongamos ahora un ejemplo de lo que por definición, no es rehabilitación psicosocial. No es rehabilitación psicosocial aquel proceder que parte del supuesto de que, en el fondo, en el trastorno mental severo y recurrente no se produce, como tal, una pérdida o deterioro de habilidades, capacidades y funcionalidades. La no presencia de repertorios conductuales asociados a las actividades de la vida diaria se interpreta como manifestaciones o síntomas secundarios a una problemática de base, sea esta de naturaleza biológica o mental, intrapsíquica, o socioeconómica y política. Desde esta mira, el afán ha de ponerse en la resolución de esa problemática de origen. Cumplido ese trámite, se producirá, en una suerte de causa-efecto, la mecánica restitución de lo que, más que perdido o deteriorado, estaba ocluido o silenciado. Así,

no se trata tanto de rehabilitar habilidades sociales, habilidades de la vida diaria, conductas de integración en recursos, etc. como de restituir o compensar desequilibrios bioquímicos o anomalías anatomofuncionales; resolver traumas y complejos, superar apegos insanos o la carencia de estos, resituar y controlar pulsiones; o transformar una sociedad que oprime al distinto, que designa como paciente al diferente y que silencia al alternativo. Dirían los defensores de estos planteamientos que cuando los procesos bioquímicos se equilibran, cuando las anomalías anatomofuncionales se compensan, cuando se resuelven traumas y complejos, cuando se logra un apego sano, cuando las pulsiones se controlan y se encauzan, y cuando se respeta al distinto, se normaliza la diferencia y se da voz y se escucha al alternativo, no habrá inhabilidad social, ni incompetencia para las actividades de la vida diaria y el uso de recursos comunitarios normalizados será algo corriente. Este planteamiento, independientemente de su veracidad y solvencia, es más clínico o sociopolítico que rehabilitador. En el supuesto de que se diesen situaciones de esta naturaleza, no tendría sentido derivar a las personas que las padeciesen a un recurso en el que se implementan programas estructurados sistemáticos y activos de rehabilitación. Las intervenciones que diesen salida a problemas de esa índole no podrían, con propiedad, decirse de ellas que fuesen intervenciones rehabilitadoras. No lo son pues no promueven la readquisición de una actividad o función perdida o disminuida, sino que suprimen o superan los obstáculos que impiden el ejercicio de actividades y funcionalidades. No lo son pues no sería necesario establecer, o reestablecer, habilidades interpersonales y de la vida diaria como requisito necesario para un vivir en comunidad integrado y autónomo.

Es cierto que hay personas afectadas por un trastorno psicótico que no presentan deterioro psicosocial. Pero no es menos cierto que otras sí. Las primeras no necesitan participar en procesos integrales de rehabilitación psicosocial. Las segundas sí. La rehabilitación psicosocial estaría entonces indicada, y sería pertinente, en aquellos casos en los que la psicosis si cursa con mayor o menor deterioro psicosocial (González & Rodríguez, 2002; Guerreiro & López del Hoyo, 2013; Fernández, 2015).

El verdadero sentido de la rehabilitación psicosocial, lo que le es consustancial y vertebral, tiene que ver con una evolución, precoz o tardía, de la problemática hacia la pérdida de competencias, el déficit en habilidades y la discapacidad psicosocial. No es la resolución o el control de otros síntomas patognomónicos lo que, en primera instancia, da razón de ser a la rehabilitación psicosocial y define su objetivo general. En otra publicación (Fernández, 2022) se traza un razonamiento más elaborado sobre esta cuestión. Si el trastorno mental grave no lleva asociado pérdida o deterioro de habilidades funcionales, la rehabilitación psicosocial no tiene objeto. Por esta razón es difícilmente admisible un planteamiento que se reclame de la rehabilitación psicosocial y proponga centrar sus intervenciones en las capacidades y las habilidades

de la persona renegando u obviando sus déficits en habilidades y su discapacidad psicosocial. Sería esto tan chocante como escuchar a un médico decir que él, no se centra en la enfermedad de sus pacientes sino en su salud; o a un fisioterapeuta asegurar que su trabajo consiste en tratar o intervenir sobre la funcionalidad de las extremidades y articulaciones, y no sobre la limitación de su movilidad. Si no existe (dis)habilidad o (in)habilidad, qué es lo que hay que (re)habilitar. Seguro que serán útiles, necesarios y convenientes otros tratamientos, otro tipo de intervenciones, pero no son programas estructurados, sistemáticos y activos de rehabilitación psicosocial.

“La rehabilitación psicosocial es un elemento clave de cualquier sistema asistencial para personas con enfermedades mentales severas que aspire a un modelo comunitario, normalizado, e integrador. La reducción del abordaje sanitario de la enfermedad mental grave al tratamiento sintomático, dejando de lado el abordaje de la discapacidad y de los síntomas deficitarios persistentes, coarta los derechos de las personas afectadas a recibir un tratamiento integral de sus trastornos y contribuye a su cronificación, estigmatización y al riesgo de marginalidad. Dicho tratamiento integrado es un derecho de las personas afectadas, que no pueden ver reducido al nivel de problema social las graves alteraciones y discapacidades que acompañan a tales trastornos” (Uriarte, 2007).

En pocas palabras, para poder decir con legitimidad que una intervención es rehabilitadora ha de estar constituida como un proceso integral e individualizado en el que se conjugan complejas estrategias psicológicas y diversas prácticas sociales, debidamente estructuradas y sistematizadas, cuyos principios metodológicos, como bien dicen González y Rodríguez (2010) se derivan, principalmente, de los principios del aprendizaje y la modificación de conducta. El objetivo general de una intervención rehabilitadora no es otro que ayudar, a la persona que lo necesita, a adquirir o recuperar habilidades instrumentales y sociales que permitan que esa persona pueda vivir su día a día adaptativa y autónomamente. Por tanto, la rehabilitación psicosocial tiene que ver con los asuntos comunes y corrientes de la vida cotidiana. Es decir, con la higiene personal, los autocuidados, las relaciones interpersonales, las actividades recreativas y de ocio, el trabajo, etcétera.

Liberman (1988/1993) lo dice de este modo:

“La rehabilitación psicosocial tiene que ver con procesos sistemáticos de intervención para la mejora de capacidades, adquisición de habilidades y autonomía para el pleno desenvolvimiento social e instrumental. No se trataría de algo distinto a conseguir que las personas con dificultades funcionales y problemas de inclusión, que acarrearán desventaja social, consigan

las habilidades necesarias que les permitan desenvolverse con la mayor competencia posible, y el mínimo de dificultad, en su contexto social”.

Hay otro asunto de máxima importancia y trascendencia sobre el que merece la pena volver a reflexionar. ¿No nos estaremos olvidando que si bien es cierto que la rehabilitación psicosocial es un proceso eminentemente práctico, no es menos cierto que las prácticas y las intervenciones que ponemos en marcha, desde distintos recursos, deben estar inevitablemente enmarcadas, inspiradas, guiadas e interpoladas por un conjunto de principios y valores que se han dado en llamar Filosofía de la Rehabilitación?

Por tanto, cuando hablamos de rehabilitación psicosocial hablamos de filosofía y de praxis, de principios y de acciones. Esas acciones, como prácticas epistemológicamente fundamentadas y esos principios como Filosofía de la Rehabilitación no deben ser entendidos como dos partes de un mismo proceso porque son, en sí, el proceso rehabilitador.

La Filosofía de la Rehabilitación se puede resumir en nueve conceptos (tabla 1). Estos nueve conceptos deberían marcar y guiar siempre todo el trabajo rehabilitador. Ninguna praxis que se reclame como rehabilitadora podría situarse, por definición, al margen de ellos. Tal vez por esto no venga mal repasarlos, pues son la “carta de navegación” que impide perder el rumbo de la rehabilitación. A esto habría que añadir que, clarificando el sentido de cada concepto, sabremos a que nos estamos refiriendo cuando los utilicemos y será menos probable denominar como “rehabilitadoras” a acciones y prácticas que no lo son.

Tabla 1. Los nueve conceptos de la rehabilitación psicosocial.

Igualdad
Normalización
Integración en el entorno comunitario
Individualización
Autonomía
Apoyo social
Promoción
Coordinación
Perspectiva de género

LOS NUEVE CONCEPTOS O PRINCIPIOS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Igualdad es el primer concepto. Las personas con trastorno mental severo son ciudadanos de pleno derecho y esto obliga a los profesionales, como diría Rotelli (1995), a implementar “acciones habilitativas que determinen la posibilidad de ejercer plenamente los derechos civiles”. Los profesionales debemos trabajar para que cualquier persona que sufre un trastorno mental severo pueda, a través del ejercicio de sus derechos, acceder a una ciudadanía plena.

El trabajo profesional no consiste en suplantar a la persona en la defensa de sus derechos. Se ha de cuidar el sobreproteger y, más aún, el convertirse en su alter ego. De lo que se trata es de dotar a la persona de los repertorios conductuales necesarios para que, cuando lo estime oportuno, pueda ejercer y reivindicar sus derechos. Desde una perspectiva rehabilitadora el problema no es que una persona decida no ejercitar sus derechos, el problema es que no pueda hacerlo por carecer de las competencias necesarias.

La consideración de este contenido pasa por superar dos tipos de barreras. Barreras personales y barreras sociales. Las barreras personales aluden a la ausencia de repertorios conductuales, social y culturalmente, adaptativos y funcionales y a la presencia de conductas, social y culturalmente, desadaptadas y disfuncionales. Las barreras sociales aluden al estigma que como es bien sabido agrava la problemática, complica enormemente el itinerario de la recuperación y dificulta, de manera notable, la integración socio-comunitaria normalizada.

El segundo contenido es el concepto de **normalización**. Fue enunciado por primera vez en el año 1959 por Ban-Mikkelsen que era director del Servicio Danés para el Retraso Mental (Ban-Mikkelsen, 1959). Diez años después Nirje (1969) lo define con precisión y lo vulgariza.

Normalizar exige trabajar para reestablecer la normalidad que ha de entenderse como adaptación a lo que es común o normativo en la cultura o el ambiente de la persona. La normalidad se restablece cuando el proceder cotidiano se va (con)formando en lo que es habitual en el mundo de la persona, en su contextualización histórico-biográfica.

Lograr la normalización tiene que ver con restituir y recuperar el sentido normal y natural de la vida. Dicho de otro modo, restituir a la persona a su estado natural. No en balde normalizar alude a lo que es normal, y normal viene del latín

normalis; dícese de lo que se haya en su estado natural. El sentido normal y natural de la vida no es cosa distinta a ser capaz de ajustarse adaptativamente a todo un conjunto complejo, y si se quiere contradictorio, de reglas y normas que estructuran las relaciones interpersonales y los comportamientos sociales de una comunidad de ciudadanos. Por eso los procesos de normalización pretenden restituir en el individuo un estar en las circunstancias naturales que le atañen como persona.

Luego entonces, contribuiremos a lograr la normalización de las personas que están en rehabilitación cuando puedan hacer las cosas comunes y corrientes de la vida cotidiana. Los profesionales, con nuestras intervenciones, tenemos que propiciar pautas de vida normales. Digámoslo de otro modo, hemos de conseguir que las personas que atendemos hagan, con la mayor autonomía posible, lo que hace todo el mundo, entendiendo esta expresión en su sentido más coloquial, donde lo hace todo el mundo. Se puede afirmar que una persona se integra *normalizadamente* en los distintos contextos socio-comunitarios, cuando es capaz de ajustarse a las reglas y normas que estructuran las relaciones interpersonales y los comportamientos sociales de su comunidad de referencia. Si esto no ocurre así, no estaremos rehabilitando porque no estaremos contribuyendo a normalizar la vida de las personas.

La dinámica de los recursos de rehabilitación, y todo lo que en ellos se hace, deben tener una proyección normalizadora y comunitaria, en vez de replegarse en lo que ocurre dentro de los recursos y retroalimentarse de una lógica endogámica. Lógica que actúa como un obstáculo insalvable para conseguir los objetivos rehabilitadores, al producir desvinculación respecto de la vida cotidiana. Esto deriva en la obligación profesional de trabajar en la comunidad, y desde la comunidad, para que las personas se integren, que no se ubiquen, que es cosa bien distinta, en los distintos contextos socio-comunitarios en los que se desenvuelven y operan. Los procesos rehabilitadores siempre han de ser un medio y nunca un fin. Si lo fuesen, tales procesos dejarían de rehabilitar al tener un sentido en sí mismos en vez de un sentido para las personas atendidas y para su comunidad de referencia.

De trascendencia análoga a los anteriores es el principio de **integración** en el entorno comunitario. Este contenido guía el proceso rehabilitador a lograr la activa ocupación y participación de la persona en los espacios públicos y privados de interacción y convivencia ciudadana: los domicilios, los parques, las cafeterías, las asociaciones, el trabajo, etc.

Una persona está integrada en su entorno cuando ha recuperado el ser y el estar en comunidad a través del desempeño de distintos roles socialmente considerados, y útiles y valiosos para la persona, por esta razón, no son verdaderas o plenamente rehabilitadoras aquellas acciones que conducen a que la persona esté u

ocupe distintos contextos y recursos comunitarios custodiado, tutelado o acompañado por los profesionales.

Pongamos un ejemplo. Se crea un grupo para ir semanalmente, uno o más profesionales y varios usuarios a una cafetería, al cine, etc. Esta actividad, para que no sea un fin en sí misma y por tanto sea un medio rehabilitador, ha de lograr que aquello que se haga en el grupo capacite a los usuarios para que, pasado un tiempo, puedan hacer un uso autónomo, es decir, sin presencia de profesionales, de esos recursos como hace uso de ellos cualquier ciudadano.

Todo lo que no restituya en los usuarios la capacidad autónoma y normalizada de estar en los espacios y recursos comunitarios para hacer, en compañía de otros ciudadanos, distinto tipo de actividades no puede ser calificado, en sentido estricto, como “rehabilitador”. Las actividades para ser rehabilitadoras tienen que conseguir un objetivo rehabilitador y no simplemente ocupacional.

Concepto de la individualización. La **individualización** conceptualmente exige que todo el proceso rehabilitador se ajuste y adapte a las características, necesidades e idiosincrasia de cada usuario. Así, habrá tantos procesos rehabilitadores como personas necesiten rehabilitación psicosocial.

Cada proceso, necesariamente, tendrá elementos comunes con otros procesos, pero también elementos claramente diferenciales. Incluso esos elementos comunes, en cada caso, tomarán matices y peculiaridades propias para así mejor ajustarse a cada particularidad procesual.

Es evidente que este concepto anula de facto la estandarización y los paquetes de programas y actividades que se van aplicando, por protocolo y en serie, a todas o casi todas las personas atendidas.

Cójase este ejemplo para mejor ilustrar el razonamiento. No se es coherente con el concepto de individualización cuando evidenciándose un déficit en habilidades sociales, se produce el automatismo de derivar a la persona a un programa de habilidades sociales. Sólo los resultados del análisis funcional de las conductas concretas que conforman el déficit permiten tomar esa u otra decisión. Habrá casos, probablemente la mayoría, en que lo más conveniente sea la derivación a un grupo de habilidades sociales, pero habrá otros casos, probablemente la minoría, en que esa no sea la mejor opción. Por la misma razón tampoco es coherente, con el concepto de individualización, hacer que todos los usuarios vengan al centro a las 10:00 h para asistir al grupo de Buenos Días o derivar al grupo de paseo a quien no sale mucho a la calle y menos en compañía de otras personas.

No son las personas las que han de ajustarse a programas e intervenciones, son los programas y las intervenciones las que han de ajustarse en tipología, metodología y contenidos a las personas. Es la evaluación conductual y funcional, necesariamente idiográfica (Kaholokula & cols., 2009; Kaholokula & cols., 2013), la que inexcusablemente fundamenta la toma de decisiones con cada persona, y la que legitima y justifica la derivación a una atención grupal, la realización de una u otra actividad, o la aplicación de esta o aquella estrategia de intervención.

El concepto de **autonomía** tiene que ver con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria sin más apoyos ni dependencias que los que suministra, de un modo normalizado, la propia red social y familiar. En lo que escribió Anthony (1977), tan vigente hoy como entonces, encontramos lo que debemos hacer si queremos trabajar por la autonomía de las personas que atendemos y que no es otra cosa que “promocionar aquellas habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con los menores apoyos de servicios y profesionales posibles”. La labor de los profesionales irá entonces encaminada a propiciar la autonomía personal y social de las personas atendidas para que puedan conseguir los niveles más altos de integración socio-comunitaria normalizada.

Todos estos conceptos, como se puede ver, están entre sí relacionados. Así, no es concebible la normalización sin la autonomía, sin la integración, sin la igualdad. Cómo conseguir la autonomía si no se puede normalizar la vida e integrarse en la comunidad en condiciones de igualdad. Quién puede integrarse en su entorno si carece de la autonomía para hacerlo y su vida está alejada de la normalidad.

Propiciar la autonomía, de las personas que atendemos, no sólo tiene que ver con potenciar y maximizar los recursos personales que les permitan hacer, pensar, decir y sentir de forma normalizada. Propiciar la autonomía también tiene que ver con fortalecer y optimizar las redes de apoyo social y familiar (sexto concepto).

Este asunto de la autonomía pide un ejercicio reflexivo que nos aclare si no estaremos confundiendo el ámbito y el contexto en el que debe ser autónoma la persona que sufre un trastorno mental severo. A ver si, paradójicamente, estamos pretendiendo promover la autonomía para las cosas que se hacen dentro de los recursos en los que se les atiende, a la vez que los hacemos dependientes de los profesionales, o en el mejor de los casos de las familias, para las cosas cotidianas que, lógicamente, han de hacerse fuera de los centros. Igual esto tiene que ver con que cada vez que los usuarios hacen o tienen que hacer algo en la comunidad, la tendencia de los profesionales tal vez sea la de acompañar por norma y supervisar por sistema.

Sabido es que la ausencia de **apoyo social**, o un apoyo social muy débil e ineficaz, hace más frágiles y vulnerables a las personas (Giráldez & Hermida, 1990. Navarro & cols., 2008. Garzón, 2016). Esta es la razón por la que este contenido se considera importante para la rehabilitación.

La intervención rehabilitadora es un proceso individualizado que se articula en dos ejes entrecruzados. A saber, el entrenamiento y desarrollo de habilidades y competencias (procesos de mejora el funcionamiento psicosocial) y la estructuración de sistemas de apoyo y soporte social. Como dicen Alameda y Ortego (2013) el desarrollo de soportes sociales ofrece apoyos necesarios para compensar o fortalecer el funcionamiento psicosocial. El apoyo y el soporte social se hacen realidad a través de un conjunto variado de actividades. Actividades que facilitan el adaptativo afrontamiento de las demandas y problemas del entorno, ayudan a las personas en su socialización y autonomía facilitando la creación de redes sociales y vertebrando la vida cotidiana. Este sostén, esta ayuda, se le brinda a cada persona allí donde la necesite y el tiempo que sea necesario. Donde hay problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial, los procedimientos de apoyo, soporte social y supervisión se tornan imprescindibles.

El séptimo concepto es el de **promoción** que implica una expectativa realista y positiva sobre la persona que sufre un trastorno mental severo, sobre sus posibilidades y sobre sus potencialidades. Esta expectativa se bruñe desde un estilo de atención que equidiste tanto del paternalismo como del "igualitarismo", de la sobreprotección como de la sobrevaloración de los usuarios.

No se trata ni de promover interacciones profesional-usuario en las que el profesional ignora y minusvalora al usuario por el mero hecho de serlo, ni tampoco se trata de crear ingenuamente que profesionales y usuarios están, en el proceso de rehabilitación, en igualdad de condiciones a la hora de desempeñar roles, tomar decisiones o asumir responsabilidades.

Tan inadecuado es proteger por principio a quien de por vida se supone incapaz de afrontar cualquier reto existencial, como desconsiderar las limitaciones de los usuarios y desatender sus inhabilidades, por minimizar e incluso negar, la mayor parte de las veces desde un prejuicio ideológico, que tienen importantes, significativos e incapacitantes deterioros psicosociales.

Penúltimo concepto, **coordinación**. La adecuada coordinación, colaboración y complementariedad entre todos los servicios, recursos y profesionales que estén o puedan estar implicados en la atención a las personas con trastorno mental severo es

imprescindible para que puedan alcanzar de hecho, y no solo nominalmente, una verdadera y plena recuperación y, por ende, una suficiente integración social.

Noveno y último concepto, la **perspectiva de género** que nos obliga a un continuo ejercicio de alerta para tratar de evitar que se incrusten en nuestro trabajo diario aspectos culturales, normas, valores y creencias que sitúen a las mujeres en situación de desventaja o discriminación. Los profesionales también hemos de hacer un esfuerzo por dotar a las mujeres de aquellos repertorios conductuales que les permitan detectar y afrontar con éxito situaciones y circunstancias potenciales o reales de marginación o maltrato.

LO ESTRUCTURAL Y LO COYUNTURAL

Inherente a los procesos de rehabilitación psicosocial se distingue toda una serie de componentes que se propone dividirlos en componentes estructurales y componentes coyunturales.

Esta distinción se sustenta en la siguiente argumentación. Los componentes estructurales (procesos de aprendizaje, individualización, apoyo social, integración comunitaria, normalización y autonomía) son los componentes esenciales y vertebrales que dan significado y sentido al proceso rehabilitador. Su carácter puede estar sometido a variación o matiz, desde la perdurabilidad, principalmente por razones socioculturales. Su extinción supondría el fin de la rehabilitación psicosocial pues es a través de ellos como, inexcusablemente, se define. Si estos componentes se extinguiesen la rehabilitación quedaría indefinida y por tanto carente de sentido y valor.

Los contenidos estructurales organizan la coherencia interna del proceso rehabilitador otorgándole su propósito más genuino. Sin ellos, la rehabilitación deja de ser al vaciarse de significado. Por eso es pertinente defender que la rehabilitación psicosocial halla en estos componentes su propia naturaleza. Prescindir de ellos supondría cancelar su significado, alcance y razón de ser.

Los procesos de aprendizaje, la integración comunitaria, la normalización y la autonomía los nominamos como componentes estructurales porque sin ellos no hay praxis rehabilitadoras ya que sustancian e identifican, en su propia estructura esencial, el significado formal y material de la rehabilitación psicosocial (tabla 2). Se podría decir de ellos que son sus principios originales y constituyentes, dado que configuran y construyen, teórica y prácticamente, el concepto. Son irremplazables y suponen su rasgo "identitario", por eso su ausencia vaciaría de contenido la rehabilitación. En

última instancia lo estructural designa componentes estables, preservados, en esencia y naturaleza, no en ajuste y matiz, de las fluctuaciones políticas, ideológicas, económicas, culturales, etcétera. Tales fluctuaciones pueden moldearlos y matizarlos, pero no los agotan. Lo contrario de lo que ocurre con los componentes coyunturales cuyos caracteres son variables pues su identidad, y entidad, están sujetas a las fluctuaciones antes mencionadas.

Tabla 2. Componentes estructurales de la rehabilitación psicosocial.

Procesos de aprendizaje
Integración en la comunidad
Normalización
Autonomía

Como se ha dicho, no sólo es inherente a la rehabilitación una serie de componentes que la estructuran y le otorgan sentido e identidad. También se contempla otros componentes que no siendo, respecto de la rehabilitación psicosocial, esenciales y vertebrales si cobran importancia y sentido en el ámbito de lo circunstancial y lo situacional. Es ese ámbito el que autoriza a considerarlos como componentes coyunturales.

La clarificación argumental que legitima la inclusión de estos componentes y su diferenciación respecto a los componentes estructurales arranca de este modo. La estructura designa las permanencias sistémicas, la coyuntura, no tiene necesariamente continuidad, es fluctuante. Es una circunstancia particular o una combinación de factores y circunstancias de la realidad y de un determinado tiempo social. Dice Osorio (1998) que los procesos de variada naturaleza (económicos, políticos, sociales y culturales) son uno de los elementos significativos de las coyunturas. Recalca que la coyuntura es un momento particular de las sociedades. Son situaciones o hechos relevantes pero particulares de un tiempo histórico y, por tanto, subordinados a él. Pasado ese tiempo histórico es altamente probable que también pasen las coyunturas que en él se dieron. Sin embargo, los componentes estructurales de la rehabilitación psicosocial trascienden un determinado tiempo histórico al tener sentido en sí mismos y, desde ese sentido, dan sentido a todo el proceso rehabilitador.

Los componentes coyunturales se podrían definir como circunstancias características de un momento histórico. Siendo muy importantes para la rehabilitación psicosocial son contingentes a ella, mientras que los componentes

estructurales son necesarios por definitorios de su naturaleza esencial. Los componentes coyunturales están sujetos a ciertas particularidades sociohistóricas y culturales en las que encuentran su razón de ser. Si esas particularidades sociohistóricas cambiasen, perderían su sentido y pertinencia. Por ejemplo, si las personas con trastornos mentales graves no sufriesen discriminación alguna carecería de sentido el componente de igualdad. Lo mismo podríamos decir de la perspectiva de género, o la interculturalidad (tabla 3). Sin estos componentes, en el hipotético caso de que la coyuntura cambiase, la rehabilitación psicosocial no perdería vigencia ni razón de ser mientras sigan vigentes los componentes estructurales.

Tabla 3. Componentes coyunturales de la rehabilitación psicosocial.

Igualdad
Perspectiva de género
Interculturalidad

CONCLUSIONES

Se podría definir la Rehabilitación Psicosocial como un proceso integral que, de forma individualizada, estructurada, sistemática y activa, combina todo un conjunto de estrategias, técnicas y procedimientos de supervisión, apoyo y soporte comunitario destinados a extinguir aquellas conductas socialmente desadaptativas, o disfuncionales, y a recuperar, o en su caso instaurar, aquellas habilidades y capacidades que permitan un funcionamiento integrado, normalizado y autónomo en el entorno socio-comunitario desempeñando, en él, roles socialmente útiles y valioso para la persona.

La rehabilitación psicosocial promueve conductas similares a las que la sociedad reconoce como propias y fomenta hábitos que identifican a la persona como integrante de esa sociedad.

En estas conclusiones no se puede dejar de decir algo que la rehabilitación psicosocial en su origen, de la mano de los principios que ordenaron la reforma psiquiátrica, enunció. Enunciado que, más de cincuenta años después, sigue teniendo tanta vigencia y actualidad como entonces. Todas las personas que padecen una enfermedad mental grave y crónica, independiente de su gravedad y deterioro, son sujetos de rehabilitación. Como dirían Anthony y Libermam (1986), con unas personas se alcanzarán metas más ambiciosas. Con otras más modestas pero ambas, de igual importancia.

En contadísimas ocasiones, por no decir que nunca, deberíamos afirmar que alguien que sufre un trastorno mental severo, independientemente de lo gravemente afectado y deteriorado que esté, no es perfil de rehabilitación. No deberíamos decirlo porque tal afirmación además de gratuita es falsa.

Ahora bien, hay circunstancias que pueden hipotecar cuando no neutralizar tal enunciado. Hacer llegar, en plenitud, la rehabilitación psicosocial a cualquier persona que la necesite, más allá de su gravedad y deterioro, exige mantener ratios, profesional personas atendidas, equilibradas. Descompensar las ratios, hipotecaría la viabilidad metodológica exigible para conseguir los objetivos generales de cualquier proceso rehabilitador. De igual modo, derivaciones poco atinadas a los recursos especializados en rehabilitación psicosocial neutralizarían las praxis que les son propias. Este es el caso de personas que, de forma franca, no presentan un trastorno mental grave o, que presentándolo, no tienen deterioro psicosocial o si lo tienen este es funcional. Como se tuvo ocasión de razonar en otro escrito (Fernández, 2022), cuando no hay deterioro psicosocial, es decir, cuando no se hace presente un déficit funcional en habilidades y capacidades para vivir lo cotidiano, rehabilitar carece de sentido. Si nada hay (des)habilitado qué sentido puede tener volver a habilitar (re)habilitar. Pero es que aun evidenciándose deterioro, si este es funcional, para qué incluir a la persona en un proceso activo, estructurado, sistemático e integral de rehabilitación psicosocial si las habilidades y capacidades perdidas o deterioradas no impiden, ni limitan con severidad, su desenvolvimiento adaptativo en distintos contextos socio-comunitarios. Al final, evaluados estos casos, en la mayoría de las ocasiones, se debe intervenir más en lo clínico que en lo rehabilitador.

Las personas más gravemente afectadas y que tienen mayor deterioro psicosocial, por las complejidades que presentan y lo problemático que resulta encontrar alternativas rehabilitadoras viables y eficaces, siempre deben preocupar. Tal preocupación nace del temor de que de un modo más o menos explícito, o más o menos implícito, se les vaya desplazando de una atención comunitaria y rehabilitadora, a una atención ocupacional e “institucionalizadora”. Cobijar la derivación a una Unidad de Larga Estancia en un relato que habla de estas unidades como el recurso idóneo para trabajar procesos rehabilitadores, y reintegrar a la sociedad a personas con alto deterioro, es un modo implícito de institucionalizar. No es lícito ofrecer, ni tan siquiera para quienes tienen muy alto deterioro psicosocial, tratamientos que sólo tienen de rehabilitadores el nombre. La mala utilización del término “rehabilitación” puede hacer pensar que las intervenciones rehabilitadoras ocurren cuando de hecho sólo existen de nombre.

Hay algo de embaucador en ofrecer en nombre de la rehabilitación psicosocial, a las personas que están más gravemente afectadas, propuestas de atención claramente

saturadas de sesgos ocupacionales. No hemos de mantenernos pasivos o complacientes con propuestas de atención basadas en técnicas y procedimientos de dudosa eficacia rehabilitadora. Procedimientos tales como, la ludoterapia, la zooterapia, la arteterapia, la musicoterapia, la *monterapia*, la *psicodanza*, mientras no demuestren evidencias robustas de que rehabilitan competencias que tienen que ver con los componentes estructurales de la rehabilitación psicosocial, no deberían incorporarse como elementos centrales del proceso rehabilitador. En todo caso, su utilidad quedaría restringida a la fase de vinculación al recurso, y a sus profesionales, y al ámbito del soporte. La mayor parte de las veces este tipo de prácticas no tienen impacto en la vida cotidiana de las personas. Con el paso de los días terminan siendo un fin en sí mismas y favoreciendo que estas personas estén el mayor tiempo posible en los recursos de rehabilitación.

Terminar diciendo que en el mismo instante en que este tipo de procedimientos y técnicas comiencen a vertebrar el modelo de atención, ahí, se habrá acabado la rehabilitación psicosocial y entonces, si esto ocurre, sí que podremos decir, con conocimiento de causa, que habremos perdido el norte.

REFERENCIAS

- Alameda, C. A., & Ortego, H. (2013). Abordaje de un Caso de Esquizofrenia Paranoide desde el Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) "Ciudad Lineal". *Clínica Contemporánea*, 4(1), 65-76.
- Anthony, W. A. (1977). Psychological Rehabilitation. A concept in need of a method. *American Psychologist*, 32(8), 658-662.
- Anthony, W. A. (1979). *The principles of Psychiatric Rehabilitation*. Human Resource Development Pres Inc. Massachusetts.
- Anthony, W. A. (1980). A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitating Counseling Bulletin*, 24, 6-21.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R. & Cohen, B. F. (1984). Psychiatric Rehabilitation, en J. A. Talbot (ed), *The Chronic Mental Patient. Five Years Later*, 137-157, Orlando: Grune & Stratton, Inc.
- Anthony, W. A. & Liberman, R. P. (1986). The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559.
- Bank-Mikkelsen, N. E. (1975). El principio de normalización. *Siglo Cero*, 37(1), 16-21.
- Birchwood M. (2002). The critical period for early intervention. En Birchwood M, Fowler D, Jackson C (eds). *Early intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions*. Nueva York: John Willey and Sons, 28-63.
- Cañamares J. M., Castejón M. A., Florit A., González J., Hernández J. A. Y Rodríguez A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.

- Cartón, M. M. S., Cartón, M. S., & Vázquez, M. S. (2012). Factores pronósticos en la esquizofrenia. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, (11), 98-105.
- Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima primera edición. (1992). Madrid: Real Academia Española.
- Domínguez, A. I. (2006). Eficacia de la rehabilitación psicosocial. *Primer Congreso Internacional de Salud Mental*. Colombia
- Farkas, M. & Anthony, W. A. (1982). The development of the rehabilitation model as a response to the shortcomings of desinstitutionalization movement. Monografía nº 1. Uni. Boston.
- Fernández Blanco, J. (2022). Miscelánea. *Boletín de la AMRP*, 31(38), 54-58.
- Fernández-Catalina, P., & Ballesteros-Pérez, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 15-36.
- Garzón, M. L. (2016). Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13(1), 105-114.
- Giráldez, S. L., & Hermida, J. R. F. (1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*, 2(2), 113-135.
- Goldman H., Gatozzi A. & Tambe, C. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32(1), 21-27.
- González Cases, J. & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
- González Cases, J. & Rodríguez González, A. (coord.) (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Green, M. F., Kern, R. S., & Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia research*, 72(1), 41-51.
- Kaholokula, J. K. A., Bello, I., Nacapoy, A. H., & Haynes, S. N. (2009). Evaluación conductual y análisis funcional. *Clinical Psychology: Assessment, Treatment, and Research*, 1-43.
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., Haynes, S. N., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127.
- Leung MD, D. A., & Chue MRC Psych, D. P. (2000). Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(401), 3-38.
- Lieberman, R. P. (1988/1993) *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Liddle, P. F. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia: its impact on social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(400), 11-16.

- Martínez Jambrina, J. (2020). Crítica de la Rehabilitación Psicosocial y elementos clave en un modelo comunitario de asistencia psiquiátrica. *Rehabilitación Psicosocial*, 16(2); 38-43.
- McGlashan, T. H., & Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 201-222.
- Morin, L., & Franck, N. (2017). Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 100.
- Navarro Bayón, D., García-Heras Delgado, S., Carrasco Ramírez, O., & Casas Toral, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 321-336.
- Nirje, B. (1969). The normalization principle and its human management implications. *Changing patterns in residential services for the mentally retarded*, 938.
- Osorio, J. (1998). Estructuras, sujetos y coyuntura: desequilibrios y arritmias en la historia. *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 19(44), 13-28.
- Pastor, A. Blanco, A. y Navarro, D. (2010). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Síntesis.
- Pilling S. (1991). *Rehabilitation and Community Care*. London: Routledge.
- Rotelli, F. (1995). Tiempo de rehabilitación. *Boletín AMRP*. N°4, Año 2.
- Sánchez A. E. (1992). Consideraciones en torno a la rehabilitación. *Psiquiatría Pública*, 4(3), 130-134.
- Segarra, R., Gutiérrez, M., & González Pinto, A. (2002). Determinación de factores premórbidos y pronósticos en pacientes con un primer episodio psicótico tratados con risperidona. *Psiquiatr. biol.(Ed. impr.)*, 143-153.
- Spivak, M. (1977). Towards a systemization of a social competency approach to rehabilitation: Theory and definitions. *Israel Annals of Psychiatry & Related Disciplines*, 15(3), 289-299.
- Strachan, A. M. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: Toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 678-698.
- Torres Salazar, E. I., & Canchos Cuba, E. J. (2019). *Efectividad de las terapias psicosociales para mejorar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y psicosis*. Universidad Norbert Wiener. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3075>.
- Uriarte Uriarte, J. (2007). Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7(2), 87-101.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En M. Pérez et al. (coord.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Watts F. y Bennett D. (1990). *Rehabilitación psiquiátrica*. México, D. F.: Limusa.