

Función del psicólogo clínico en la rehabilitación psicosocial del enfermo mental crónico en el ámbito comunitario

Carlos CUEVAS YUST

Unidad de Rehabilitación de Area Virgen del Rocío. Sevilla

Fernando HERNANDEZ ESTEBAN

Unidad de Rehabilitación de Area Virgen Macarena. Sevilla

Resumen

En el presente trabajo se describen y analizan las múltiples funciones que los psicólogos clínicos desarrollan en el campo de la rehabilitación psicosocial de pacientes con trastornos mentales crónicos. Tal descripción y análisis se realiza desde un enfoque comunitario e interdisciplinar.

Palabras clave: Psicología clínica, funciones del psicólogo, salud mental comunitaria, esquizofrenia, rehabilitación psicosocial.

Abstract

In this article the multiple functions which clinical psychologists develop in the psychosocial rehabilitation field of the chronally mentally disturbed are described and analyzed. Such a description and analysis is achieved through a community and interdisciplinary approach.

Key words: Clinical psychology, functions of the psychologist, community mental health, schizophrenia, psychosocial rehabilitation.

La rehabilitación psicosocial dentro del campo de la psiquiatría y la salud mental se está configurando como un campo de intervención terapéutica relevante en el abordaje de los enfermos mentales crónicos y desde modelos de atención sanitaria basados en la salud integral y en el enfoque comunitario de los problemas de salud. Específicamente, la rehabilitación en salud mental alcanza un mayor grado de significación en el abordaje de los trastornos psicóticos

de evolución crónica y con riesgo de incapacitación psicosocial.

Las contribuciones del psicólogo a la atención sanitaria y al campo de la salud vienen estructurándose desde hace varios años a través de numerosas aplicaciones en los diferentes niveles de atención a la salud que recomienda la OMS y desde una concepción de atención integral del binomio salud-enfermedad de naturaleza ineludiblemente biopsicosocial. Desde esta óptica, el abordaje integral

a los problemas de salud se basará en planes de actuación interdisciplinar en los diferentes niveles: *prevención primaria* (promoción de la salud); *prevención secundaria* (detección y tratamiento precoz) y *prevención terciaria* (reducción, compensación y manejo adoptado de la incapacidad asociada al proceso del enfermar). El campo de intervención de la rehabilitación en salud mental se identificaría principalmente con el nivel de prevención terciaria y, por tanto, con procesos psicopatológicos de evolución crónica que presentan diversos grados de incapacitación funcional.

A lo largo de este artículo, expondremos la conceptualización sobre rehabilitación y el *rol del psicólogo clínico* como profesional clave en los procesos de recuperación de discapacidades psiquiátricas, donde los factores psicológicos y comportamentales están incidiendo de manera directa sobre el *proceso incapacitante* del enfermar y no sólo desde las vivencias, pensamientos y las necesidades subjetivas del paciente, sino además desde la influencia positiva o/y negativa de la familia, del medio interpersonal y comunitario del paciente (especialmente estos procesos interinfluyentes se perciben claramente en los trastornos psicóticos y particularmente en la psicosis esquizofrénica). Describiremos nuestra labor como psicólogos clínicos trabajando en el campo de la rehabilitación psicosocial de la psicosis y en el marco de la reforma psiquiátrica iniciada en Andalucía a partir de 1984 con la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM). Nuestro ejercicio profesional se desempeña en las Unidades de Rehabilitación de Área (URA)

Virgen del Rocío y *Virgen Macarena* de Sevilla dependientes del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y que vienen funcionando desde mediados de 1989.

La URA es una Unidad de Salud Mental especializada en la rehabilitación de pacientes mentales crónicos y que se interrelaciona con el resto de dispositivos de salud mental que existen en el modelo de atención a la salud mental desarrollado en Andalucía. Este modelo se estructura organizativa y funcionalmente en una serie de niveles de atención sanitaria a la salud mental, y de menos a mayor nivel de especialización asistencial.

El primer nivel de atención sanitaria corresponde a la atención primaria con los Equipos Básicos de atención primaria (EBAP) que realizan la primera valoración y tratamiento básico de cualquier problema de salud incluyendo, por tanto, los trastornos de salud mental. El segundo nivel de atención corresponde al Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD) que, como dispositivo especializado de atención a los trastornos de salud mental, atiende a los pacientes mentales derivados desde los EBAP y realiza, además, funciones de apoyo al primer nivel en cuanto asesoramiento y seguimiento de casos. El tercer nivel corresponde a dispositivos de mayor especialización en los trastornos mentales que presentan altos niveles de gravedad clínica y alto riesgo de incapacitación y que requieren programas intensos de atención continuada. Los casos atendidos desde el tercer nivel son remitidos por los ESMD. Junto a la atención directa tienen la función de apoyo al segundo nivel en cuanto a asesoramiento y seguimiento conjunto de casos. Entre los dispositivos

que engloban este nivel cabe destacar, entre otras, las Unidades de Salud Mental Infantil (USMI) y las URA (para una descripción más exhaustiva véase IASAM, 1988).

La rehabilitación psicosocial en salud mental: marco conceptual general

La rehabilitación psicosocial en salud mental se está configurando en los últimos años como un campo de intervención terapéutico idóneo en el abordaje de las enfermedades mentales de evolución crónica. El auge de los enfoques de rehabilitación psicosocial en nuestro contexto ha sido propiciado, principalmente, por los nuevos modelos de atención sanitaria de los trastornos psiquiátricos incluidos en el Plan de Reforma Psiquiátrica que se inicia en Andalucía a partir de 1984 (IASAM, 1988). La enfermedad mental es conceptualizada desde modelos basados en una concepción biopsicosocial del trastorno psíquico, el concepto de atención integral de la salud y el enfoque comunitario del trastorno mental.

La rehabilitación en salud mental se dirigirá principalmente hacia los trastornos psicóticos crónicos y específicamente la psicosis esquizofrénica. Desde una óptica comunitaria del trastorno psicótico crónico hay que integrar los componentes biopsicosociales a través de programas terapéuticos que unifiquen tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos (individuales, grupales y/o familiares) y rehabilitadores (Lieberman, 1988).

Para llegar a una comprensión clara de lo que es la rehabilitación psicosocial del paciente mental crónico es necesario distinguir entre los conceptos de *deterioro*, *discapacidad* y *hándicap psicosocial*.

Todos ellos son aplicables tanto a la rehabilitación física como a la psicosocial.

El *deterioro* implica (como consecuencia de una enfermedad) una pérdida o anomalía de estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Por ejemplo un daño en la columna vertebral puede provocar una tetraplejía; un inadecuado funcionamiento del páncreas una diabetes.

La *incapacidad* o *discapacidad* se refiere a limitaciones funcionales o pérdida de las habilidades para actuar en una actividad dentro del rango considerado normal para una persona. No siempre un deterioro implica discapacidad, así una persona tetrapléjica tendrá limitaciones en su funcionamiento laboral, mientras que un diabético compensado podría desarrollar normalmente su trabajo.

El *hándicap* o *desventaja social* es una barrera en el entorno, no en la persona. La barrera actúa limitando las oportunidades de un individuo para desempeñar un papel o rol valioso en la sociedad (aún teniendo capacidades).

El concepto de *rehabilitación psicosocial* se entenderá como la intervención sobre las discapacidades y los hándicaps de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos. La rehabilitación psicosocial ayuda a las personas con incapacidades psiquiátricas de largo plazo a incrementar su funcionamiento de manera que mejoren y se sientan satisfechas en el entorno de su elección, con la menor cantidad de intervención profesional continuada (Farkas, 1990). Los métodos principales para alcanzar la meta de la rehabilitación psicosocial, consisten en dotar a la persona incapacitada de las habilidades específicas necesarias para

funcionar con autonomía y satisfacción en la comunidad y, además, en desarrollar los recursos del ambiente necesarios para apoyar y fortalecer sus niveles de capacidades funcionales (Anthony y Liberman, 1986). La rehabilitación psicosocial pretende que las personas con incapacidades psiquiátricas crónicas puedan hacer el mejor uso de sus capacidades residuales en el mejor contexto posible (Watts y Bennet, 1983).

El modelo de vulnerabilidad-estrés

Uno de los modelos teóricos más vigentes hoy en día en el campo de la rehabilitación de trastornos psiquiátricos crónicos y que nos sirve de marco teórico en las URA de Sevilla, es el *modelo de vulnerabilidad-estrés a la esquizofrenia* formulado por Zubin y Spring (1977) y sus desarrollos posteriores. El modelo postula que cada individuo participa de un determinado grado de vulnerabilidad psicobiológica a la esquizofrenia o a sufrir sintomatología psicótica que, bajo determinadas circunstancias (agentes estresógenos o amenazantes externos y/o internos), se traduciría en un episodio esquizofrénico al superarse el umbral de tolerancia al estrés del individuo.

La variable *vulnerabilidad a la esquizofrenia* es un rasgo duradero y permanente, mientras que el *episodio esquizofrénico* sería la descompensación aguda del cuadro psicótico y es un estado remitente. La aparición o no de recaídas psicopatológicas dependerían, por un lado, del *umbral de tolerancia al estrés* de cada individuo y, por otro lado, de la presencia de variables *moduladoras o protectoras* que se refieren a las competencias del individuo (entre las competencias personales e instrumentales, la

capacidad del sujeto para establecer pautas comportamentales efectivas en la toma de la medicación antipsicótica como factor protector de exacerbación de sintomatología activa), sus habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas, así como, las competencias de las familias y los sistemas de apoyo natural. Todos estos factores están en interacción compleja y diferenciada en cada sujeto con trastorno esquizofrénico.

Como señala Ruiz Vargas (1987), el interés de este modelo es esencialmente pragmático (además de su innegable valor heurístico) pues, en el campo de la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia, ofrece una valiosa orientación tanto en los aspectos evaluadores como en los terapéuticos, así como en el preventivo, ya que desde esta perspectiva el problema terapéutico primario no es tanto curar el trastorno como ofrecer los medios para prevenir tanto su primera aparición como su reaparición.

Junto al modelo de vulnerabilidad-estrés, cabe destacar otro eje teórico en nuestro campo profesional desde las URA, el paradigma de la *psicología conductual-cognitiva* en su sentido amplio y, dentro de este enfoque, el modelo teórico del *aprendizaje social* con sus principios y estrategias metodológicas. Este armazón teórico-técnico se apoya a su vez en los fundamentos conceptuales de la psicología y la psiquiatría comunitaria.

Funciones del psicólogo clínico en la rehabilitación psicosocial del trastorno psicótico en la Unidad de Rehabilitación de Área

El rol del psicólogo clínico en el campo de la psicosis es un reto para

nuestra profesión. Es habitual que muchos de los psicólogos clínicos que trabajan en el sistema sanitario público se concentren, principalmente, en el abordaje psicoterapéutico de los trastornos neuróticos en su sentido más amplio y en los trastornos de la salud mental infantil. Es relativamente frecuente escuchar en el campo de la salud mental que los psicóticos representan la *psiquiatría pesada* y es, por tanto, una atención casi exclusiva del psiquiatra. Sin negar el valor fundamental del tratamiento psicofarmacológico en el control clínico de la sintomatología positiva, hay numerosos estudios rigurosos que muestran cómo la medicación neuroléptica tiene escasos o nulos efectos terapéuticos sobre la sintomatología negativa del cuadro psicótico esquizofrénico (desmotivación, anhedonia, aislamiento social, inactividad generalizada, deterioro cognitivo, etc.).

El tratamiento de la sintomatología negativa y la discapacidad asociada en el paciente psicótico crónico va a tener efectos positivos sobre el curso de la enfermedad esquizofrénica. Entre las alternativas terapéuticas sobre la cronicidad e incapacitación en la psicosis hay que destacar como tratamiento de elección los programas de rehabilitación psicosocial y las intervenciones ambientales (Ciompi, 1983; McGlashan, Heissen y Fenton, 1990). Incluso en las denominadas esquizofrenias resistentes, es decir, aquellas que afectan a pacientes esquizofrénicos de curso crónico, de sintomatología persistente (positiva o negativa) y, sobre todo, que no experimentan mejoría pese a haber recibido diferentes tratamientos neurolépticos (Kane, 1988), se plantea por algunos

clínicos la elección de tratamientos psicosociales. Gunn y colaboradores (1987) enfatizan que el peso del tratamiento en este tipo de esquizofrénicos corresponde a las técnicas psicosociales, criticando la focalización existente en los tratamientos farmacológicos con efectos discretamente eficaces. El tratamiento psicosocial que propugnan se centraría en tres modalidades: psicoterapia de apoyo; diseñar ambientes cotidianos libres de estrés, y por último, aportar al paciente un cuidadoso y minucioso programa ocupacional y de ocio.

A continuación se irán desarrollando las funciones que un psicólogo clínico desempeña, en el campo de la rehabilitación en salud mental dentro de las URA.

Función evaluadora

La evaluación se constituye en un factor crucial e ineludible en todo enfoque de rehabilitación psicosocial en salud mental y en sus tres grandes fases: *diagnóstico funcional, planificación individualizada del tratamiento e intervención y seguimiento.*

El psicólogo, por su cualificación en evaluación de conductas y procesos psicológicos en interacción con el ambiente social, está capacitado para diseñar y aplicar específicamente y en colaboración con otros profesionales métodos y técnicas de evaluación de los componentes psicológicos o comportamentales (entendiéndose comportamiento desde una concepción integral de variables afectivas, cognitivas, interpersonales y de conductas ejecutivas) en el proceso de salud-enfermedad. En la rehabilitación de psicóticos crónicos la evaluación

psicológica se enfocará desde los diferentes modos de expresividad comportamental en diversas áreas específicas: individual, grupal, familiar y ambiental.

Individualmente, y desde el enfoque de la rehabilitación, la evaluación se dirigirá hacia la valoración cuantitativa y cualitativa de variables personales: síntomas negativos y positivos; motivación hacia el cambio; déficits de funciones cognitivas superiores; componentes conductuales-cognitivos del funcionamiento interpersonal; habilidades personales en la resolución de problemas; expectativas a nivel personal, social y laboral...

A nivel *familiar* la evaluación psicosocial exploraría los estilos y habilidades comunicacionales entre los miembros de la familia; el clima emocional y los niveles de estrés; los estilos conductuales en la toma de decisiones; la resolución de problemas comportamentales familiares; los niveles de conocimiento y percepción subjetiva sobre la enfermedad esquizofrénica del familiar...

A nivel de *contextos* significativos del paciente hay que evaluar los comportamientos de diferentes *ambientes extrafamiliares* que pueden potenciar o frenar la autonomía personal y social del paciente. Destacaremos como contextos principales:

a) Los grupos de relación de iguales generalmente muy reducidos o incluso inexistentes en los psicóticos crónicos incapacitados, constituyendo lo que técnicamente se denomina evaluación de la *red social* y el *apoyo social* que recibe el enfermo mental crónico en sus diversas necesidades: afectivas, instrumentales, materiales y de sociabilidad.

b) Los contextos ocupacionales-laborales como una de las metas últimas y principales en la rehabilitación integral del paciente psicótico crónico. La evaluación de estos contextos se encaminará a detectar situaciones específicas estresantes en los ambientes ocupacionales-laborales y debe permitir diseñar estrategias individuales que apoyen un adecuado ajuste laboral de la persona psicótica así como la evaluación de las habilidades requeridas en el contexto laboral.

Generalmente el objetivo principal de la evaluación en la rehabilitación del enfermo mental crónico es establecer un exhaustivo *diagnóstico funcional* que permita planificar planes individualizados de rehabilitación. La evaluación y diagnóstico funcional de las capacidades y déficits conductuales de un individuo es un requisito previo para diseñar un programa de rehabilitación psicosocial. La evaluación funcional ayuda a identificar las aptitudes, excesos y carencias conductuales que favorecen o dificultan el desempeño de los papeles social y ocupacional de un paciente (Kuehnel y Liberman, 1988).

Todo este proceso de evaluación exhaustiva se basa en la metodología del *análisis funcional* como factor específico y fundamental en la psicología conductual y del aprendizaje. Este método psicológico exige, previamente a cualquier diseño individualizado de tratamiento, el conocimiento de las condiciones asociadas a la ocurrencia y no ocurrencia de los comportamientos-problema. Los elementos a evaluar serían: la identificación de la conducta-problema

definida operativamente en sus diferentes niveles de expresión y según criterios de intensidad, duración, frecuencia,...; los antecedentes del problema (factores o situaciones que elicitán la conducta desadaptada); las consecuencias que mantienen o aumentan dichas conductas y las relaciones de contingencia entre diferentes condiciones.

En la rehabilitación del psicótico crónico la evaluación funcional se centraría en dos niveles: 1) las habilidades y potencialidades de la persona; es decir, qué ha sido capaz y qué es capaz de hacer el paciente en su vida cotidiana y 2) los excesos y déficits conductuales contenidos en sus niveles de deterioro, incapacidad y hándicap psicosocial. Un exhaustivo análisis funcional de estos componentes permiten detectar el nivel de funcionamiento del sujeto (en términos de habilidades y carencias) en diversas áreas de la vida diaria: funcionamiento interpersonal y aceptabilidad social, habilidades comunitarias, aptitudes ocupacionales-laborales, habilidades de autocuidado, relaciones familiares.

El objetivo principal de este proceso es el establecimiento de un plan terapéutico encaminado a la *mejora y satisfacción* del usuario en el entorno de su elección, en relación a su meta personal y con los apoyos naturales que sean posibles (Farkas, 1990).

Por último, queremos resaltar que la función evaluadora del psicólogo en las URA abarca evaluaciones específicas de conductas en distintas áreas de la rehabilitación en salud mental: evaluaciones de variables cognitivas (memoria, concentración, atención, percepción); habilidades psicológicas en relación al manejo de ansiedad, respuestas de autocontrol

emocional y cognitivo ante estímulos y situaciones estresantes; evaluación de repertorios de conductas verbales y no verbales, cognitivas y emocionales en relación a las habilidades sociales; patrones y estilos de comunicación en las familias junto con la emoción expresada del clima familiar; evaluación específica para el manejo y autocontrol de psicopatología positiva de evolución crónica y, por último, evaluaciones psicométricas del nivel intelectual y de estados de personalidad.

Junto a estas funciones específicas del psicólogo clínico hay que señalar las funciones compartidas con otros profesionales implicados en el abordaje interdisciplinar de la rehabilitación a través del trabajo en equipo. Una de las tareas que el psicólogo aportaría en este quehacer conjunto sería el diseño y supervisión de métodos de evaluación como apoyo técnico a otros profesionales del equipo (por ejemplo, trabajadores sociales, diplomados universitarios en enfermería, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, monitores).

Función clínica-asistencial

La función asistencial del psicólogo clínico en la rehabilitación del enfermo mental crónico adquiere su sentido y pertinencia desde la visión integral de los planes de intervención. El pilar fundamental, tanto para el psicólogo como para otros profesionales de la salud mental, sería el abordaje de las necesidades de rehabilitación del paciente psicótico a través de *planes individualizados de rehabilitación*, donde se registra la planificación de la intervención a través de una serie de componentes claves:

- Identificación de necesidades de rehabilitación, factores de riesgo de incapacitación y prioridades de actuación (evaluación funcional).
- Establecimiento de objetivos individualizados de tratamiento definidos operativamente.
- Definición de una temporalidad orientativa para la cobertura y revisión de los objetivos marcados.
- Establecimiento de áreas de intervención y especificación de los profesionales responsables de su aplicación.
- Establecimiento de mecanismos de evaluación continua de procesos y resultados.

La elaboración y aplicación del plan individualizado tiene como requisito imprescindible que se base en las necesidades reales expresadas tanto por el paciente como por los familiares o personas significativas de su entorno. Es un proceso de tratamiento que en todas sus fases se desarrolla junto con el paciente. Los planes individualizados de rehabilitación alcanzan su máximo efecto en contextos de equipos interdisciplinarios que participan en todo el proceso asistencial.

Las funciones clínico-asistenciales del psicólogo clínico en la rehabilitación del enfermo mental crónico se estructuran en diversas áreas y programas asistenciales:

Área de habilidades sociales y asertividad

El entrenamiento en habilidades sociales es una de las terapias psicológicas más reconocida en cuanto a su efectividad en la rehabilitación del paciente psicótico esquizofrénico (Bellack y Morrison, 1982). El diagnóstico de

esquizofrenia implica un claro deterioro y discapacidad en el funcionamiento interpersonal tanto en componentes verbales y no verbales como en procesos cognitivos en relación a recibir, procesar y emitir información en situaciones de interacción social, así como en los procesos perceptivos relacionados con las habilidades observacionales presentes en las relaciones interpersonales.

El marco teórico del entrenamiento en habilidades sociales se fundamenta en los principios teórico-metodológicos de la psicología del aprendizaje (condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social) y en principios teóricos derivados de la psicología social (la comunicación no verbal, los determinantes culturales, las reglas sociales... que juegan un papel importante en las interacciones sociales; Argyle, 1978, 1983).

Este área representa, por tanto, una función específica del psicólogo clínico en la rehabilitación psicosocial a lo largo de todo el proceso de evaluación, planificación, intervención y seguimiento de los programas de habilidades sociales y asertividad dirigido a la población psicótica.

A modo de síntesis señalaremos las principales áreas de intervención en las habilidades sociales en el caso de una población psicótica crónica (Cuevas, Hernández, Perona, y García, 1991): habilidades observacionales; habilidades de escucha y atención; habilidades conversacionales (de inicio, mantenimiento y finalización), y habilidades asertivas. Para un estudio global y sistemático de las habilidades sociales y sus diferentes campos de aplicación en la psicología clínica puede consultarse Caballo (1987).

*Área de autocontrol sintomático
(manejo de psicopatología delirante-
alucinatoria)*

Es esta un área de intervención especializada. En ella se entrena psicológicamente al paciente psicótico crónico, con un perfil clínico específico, para que adquiera respuestas de autocontrol de síntomas positivos crónicos. Tales respuestas posibilitan conductas de afrontamiento efectivas que contribuyan a reducir a límites tolerables las interferencias (en términos de respuestas emocionales de ansiedad e inquietud) de la sintomatología positiva sobre su nivel de funcionamiento personal y social. Esta actividad terapéutica deberá estar efectivamente coordinada con las prescripciones psicofarmacológicas en sus dosis óptimas para cada paciente psicótico.

*Área de vínculo terapéutico con el
paciente*

El vínculo terapéutico se establece a través del abordaje individual en un proceso que se inicia desde el primer contacto con el servicio de rehabilitación. El objetivo individual sería establecer una relación de confianza y comprensión terapéutica que apoye al paciente en la clarificación de metas y expectativas de rehabilitación, identificación de valores personales, motivación hacia el cambio, investigación de alternativas y ayuda sistemática a la resolución de problemas.

Área de intervención familiar

Las familias se constituyen en un apoyo clave en la rehabilitación e integración del enfermo mental crónico. Las intervenciones terapéuticas sobre la familia incluyen abordajes psicoeducativos para aumentar los niveles de conoci-

miento y comprensión de la enfermedad esquizofrénica (concepto, sintomatología, causa, curso y evolución, detección de pródromos y factores de riesgo de recaídas, afectación emocional de esta enfermedad sobre el paciente y la familia, información sobre los recursos sanitarios y sociales existentes,...).

Otra línea de intervención familiar en los procesos de rehabilitación psicosocial la constituye el entrenamiento en comunicación y resolución de problemas. El objetivo de este entrenamiento es mejorar el clima familiar reduciendo o/previniendo los altos niveles de emoción expresada presentes en un porcentaje importante de familias con un miembro esquizofrénico y la disminución, por tanto, de la tasa de recaídas asociada con altos niveles de emoción expresada (Vaughn y Leff, 1986). Asimismo el citado entrenamiento pretende mejorar la calidad de las relaciones familiares.

Área de orientación vocacional-laboral

La función del psicólogo en la orientación vocacional-laboral del enfermo mental crónico enfocaría los aspectos conductuales referidos al proceso de aclaración y toma de decisiones del sujeto en cuanto a las actividades de elección profesional, apoyo para la clarificación de metas individuales y realistas a nivel formativo-laboral y el entrenamiento en estrategias para la inserción laboral. La orientación vocacional-laboral en salud mental es un área de crucial importancia para alcanzar niveles satisfactorios de integración social.

Necesariamente las aportaciones del psicólogo en este área de la rehabilitación se coordinan con funciones claves de otros profesionales como son los trabajadores

sociales y los terapeutas ocupacionales. Esta coordinación persigue la cobertura de objetivos como el conocimiento de los requisitos para acceder al empleo, el conocimiento y utilización de los recursos existentes para la búsqueda de empleo, la elección de objetivos, la ordenación de actividades y tareas, la realización de currículum, el cumplimiento de solicitudes, etc.

Por último, dentro de las funciones terapéuticas rehabilitadoras que aporta la psicología clínica al abordaje rehabilitador del trastorno psicótico crónico, queremos describir un conjunto de estrategias terapéuticas de orientación conductual por su idoneidad y eficacia en los programas de rehabilitación (Kuehnel, y Liberman, 1988):

- Desarrollar una alianza terapéutica de confianza, cálida, de atención y de mutuo respeto que servirá como base para muchas de las técnicas conductuales.
- Desarrollar programas de tratamiento limitados en el tiempo.
- Emplear el ensayo conductual o la representación de papeles para simular las situaciones problemáticas del mundo real.
- Proporcionar al paciente instrucciones, indicaciones y señales para mejorar sus ejecuciones.
- Proponer *tareas intersesiones* en el medio físico-social del paciente.
- Reforzar los pequeños y discretos pasos que se dirijan a la adaptación y satisfacción del sujeto.
- Promover expectativas de resultado favorables.
- Hacer que el paciente practique repetidamente la conducta deseada.
- Proporcionar retroalimentación sobre los cambios conductuales al pa-

ciente y reevaluar periódicamente el progreso y reformular objetivos.

- Reforzar los progresos y no los fracasos.
- Generalizar de los logros al ambiente natural, implicando a los familiares y a otros recursos comunitarios.

Las funciones clínico-asistenciales descritas pueden aplicarse según diferentes modalidades de intervención terapéutica: individual, grupal, familiar y comunitaria. A su vez estos formatos de intervención en la rehabilitación del enfermo mental crónico contemplan los diferentes contextos de aplicación: consulta, domicilio, trabajo y comunidad. El progreso y efectividad de los resultados de la rehabilitación psicosocial dependerán en gran medida de que los programas de entrenamiento integren contextos progresivamente más cercanos a ambientes físico-sociales naturales o de la vida real.

Función formativa

La formación en salud mental es uno de los instrumentos principales para el desempeño de funciones asistenciales integrados dentro del trabajo en equipo. Desde cualquier unidad de salud mental se requieren unas líneas generales teóricas y metodológicas que guíen de manera sistemática las tareas asistenciales. Es por ello que en los servicios de rehabilitación, al estar compuestos por equipos multiprofesionales (psicólogos, psiquiatras, diplomados universitarios en enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, monitores en salud mental), se necesitan definir unas líneas de formación interna que sirvan de marco teórico-conceptual sobre

la rehabilitación psicosocial para todo el equipo (relación con el usuario, mejora de la comunicación con el paciente, estrategias de rehabilitación, detección de necesidades del paciente y de la familia, ...). La función formativa es, por tanto, una función a desempeñar por los diferentes profesionales de salud mental. En ella, por su cualificación profesional con respecto a la rehabilitación psicosocial, desempeña un papel destacado el psicólogo clínico.

Dentro de nuestro contexto -las URA- las líneas formativas se dirigen en dos direcciones: la formación interna del propio equipo y el apoyo y asesoramiento en el área de la rehabilitación psicosocial a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) situados en el segundo nivel asistencial.

Función de coordinación del equipo

Desde la visión de salud mental comunitaria de naturaleza biopsicosocial interdisciplinar e interinstitucional surge la coordinación como una función clave en la salud pública y los servicios comunitarios en general. La coordinación en salud mental se puede entender como toda actividad sistematizada y reglada que tiene lugar entre personas grupos y/o instituciones para el desarrollo de una tarea en común (Duro, 1992).

Consideramos que la coordinación en salud mental debiera facilitar y potenciar estilos de abordaje coherentes con los principios teóricos del enfoque comunitario. Globalmente podemos diferenciar dos niveles de coordinación:

a) Coordinación técnica de las tareas clínico-asistenciales que posibilite confluir los diferentes conociemien-

tos y disciplinas de los profesionales del equipo hacia el establecimiento de líneas asistenciales homogéneas de atención integral y continuada.

b) Coordinación como facilitadora del trabajo en equipo, entendida como el esfuerzo común de los diferentes profesionales y dirigida al objetivo de hacer confluir los esfuerzos en una tarea común como es la atención integral a los enfermos psíquicos. La coordinación debiera impulsar la consolidación del trabajo en equipo, tanto a nivel interno como en su relación con otros dispositivos sanitarios y comunitarios. Para ello se fomentan los espacios de reflexión y toma de decisiones consensuadas para definir líneas asistenciales a seguir; el reconocimiento y apoyo a los diferentes profesionales y, por último, el análisis y resolución de los conflictos y crisis por los que todo equipo o institución pasa.

Desde su formación universitaria así como por su especialización de postgrado en salud mental (Programa PIR en Andalucía, otros programas postgrado...) el psicólogo clínico está cualificado para desempeñar eficazmente la función de coordinador de un equipo o servicio de salud mental comunitaria. Por lo tanto, la función de coordinador de unidades de salud mental puede ser asumida tanto por psicólogos como por psiquiatras. En este sentido sería deseable tanto el reconocimiento y nombramiento oficial por las autoridades administrativas competentes como la capacitación personal a partir de las habilidades, formación y experiencia del profesional, siendo también deseable un cierto nivel de apoyo y confianza del equipo.

Función docente

Otra de las funciones del psicólogo clínico en las URA es la supervisión docente en el área asistencial de la rehabilitación psicosocial. Ello se enmarca dentro de los programas de formación de especialidad de postgrado que funcionan en la Comunidad Autónoma de Andalucía: el Programa MIR de especialidad en psiquiatría y el Programa PIR de especialidad en psicología clínica y salud mental. A ello se añade la supervisión docente a nivel de pregrado de los estudiantes de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Dentro de estos programas de postgrado se incluyen tanto una parte teórica con una metodología de formación sistemática, así como la rotación por dispositivos asistenciales de la Red Pública de Salud Mental en Andalucía: Equipos de Salud Mental de Distrito, Unidades de Agudos en Hospital General, Unidades de Rehabilitación de Área, Unidades de Salud Mental Infantil, Hospitales de Día, y Comunidades Terapéuticas (COP, 1989). El programa PIR actualmente tiene una duración de tres años y con una rotación fija por las URA de cuatro meses; esta rotación es ampliable hasta un período opcional de nueve meses según los intereses de los psicólogos en formación.

Función del psicólogo clínico en la rehabilitación psicosocial del trastorno psicótico en contextos comunitarios

Posiblemente una de las características básicas inherentes a los psicólogos la constituye una capacitación general para aplicar sus conocimientos a todos los ámbitos en los que se produzca actividad

humana. Actividad humana que implique interacción de tipo social o interacción entre comportamiento y ambiente. Por lo tanto el campo de aplicación de los conocimientos de la psicología son prácticamente todos aquellos en los que se dé actividad humana.

Esta capacidad general para abordar la realidad del ser humano procede tanto de su vasta y heterogénea formación académica, como de los conocimientos adquiridos a través de la experiencia profesional y de la investigación; tal capacidad general está relacionada directamente con el arsenal metodológico de que dispone el psicólogo. Se trata de una característica que posibilita la realización de un preciso análisis de situaciones, de la elaboración de hipótesis explicativas plausibles sobre dichas situaciones y del establecimiento de un plan de intervención con probabilidades de éxito. Es, pues, un *principio general* aplicable a cualquier situación de carácter social independientemente de su contenido y que trasciende, siendo al tiempo compatible, con la realización de posibles *funciones específicas* de una profesión o disciplina. Todo ello supone que el psicólogo sea una figura fundamental también en las tareas a realizar fuera del centro de trabajo, *fuera del despacho*; en todo el trabajo a desarrollar —junto a otros profesionales— a nivel comunitario, en la comunidad y con la comunidad.

La comunidad es un elemento básico. Tengamos en cuenta que en los últimos años la ideología sanitaria ha cambiado, al menos conceptualmente, desde un modelo de salud en el que se concedía atención prioritaria a la enfermedad, hacia otro más integral que supone una atención conjunta a los aspectos

de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, tomándose en consideración los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y comunitarios de la persona (Richart y Cabrero, 1988). Desde este punto de vista, y relacionándolo con el área de trabajo de los autores del presente artículo, un psicólogo de la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos, tiene un peso específico muy importante en los siguientes puntos:

- a) Coordinación con los dispositivos de segundo nivel que se ocupan de la atención a la salud mental de la población del área sanitaria.
- b) Actuaciones en el ámbito comunitario.
- c) Coordinación con instituciones socio-comunitarias no sanitarias.
- d) Participación en estructuras superiores de salud mental del área.
- e) Participación en el diseño e implantación de programas de rehabilitación psicosocial y reinserción social de personas con trastornos mentales crónicos procedentes del proceso de desinstitucionalización de hospitales psiquiátricos.

Como podemos ver, los cinco puntos mencionados implican prácticas que superan las limitaciones del modelo clínico tradicional, una de cuyas características es que la acción se desarrolla en una *estancia receptiva-pasiva*, donde el profesional espera a que los usuarios lleguen demandando un servicio (Costa y López, 1986). El psicólogo en rehabilitación psicosocial es pues un profesional de carácter eminentemente comunitario, que se dirige a la comunidad para traba-

jar en ella y con ella: para trabajar con el usuario, con su familia, con sus redes sociales, con sus contextos socio-laborales; para trabajar con otros dispositivos sanitarios que también les atienden, con otras estructuras sanitarias que estudian y organizan su atención, con otras instituciones socio-comunitarias de carácter no sanitario importantes para crear o desarrollar apoyos para el usuario y para buscar, crear y desarrollar nuevos y diferentes tipos de recursos. En este sentido es importante señalar que no se trata de prácticas necesariamente exclusivas del psicólogo. La salud mental es un campo donde coexisten muchas y muy diferentes disciplinas y, posiblemente, supone una visión reducida y simplista la de tratar de definir cuáles son las actividades concretas para cada una de las distintas disciplinas ante un problema determinado. No se trata de una suma de aportaciones multidisciplinarias, sino de una coordinación interdisciplinar de las aportaciones de cada profesional a la resolución de dicho problema. Insistimos en subrayar que en el caso del psicólogo la aportación más genuina sería su metodología de trabajo; debido a sus habilidades como evaluador, experto en diseño y desarrollo de intervenciones, investigador, organizador, director y, también, por sus habilidades de comunicación y resolución de problemas, la metodología de trabajo del psicólogo le permite adaptarse con suficiencia a los nuevos retos que la sociedad le va presentando.

Coordinación con los Equipos de Salud Mental de Distrito

Son varias las razones que hacen necesaria una coordinación eficaz y efi-

ciente entre los dispositivos de los distintos niveles de atención a la salud mental.

En primer lugar señalemos que una de las funciones de las URA consiste en apoyar y asesorar a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) en materia de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Es obvio que para ello es imprescindible la creación y desarrollo de unos espacios de coordinación.

En segundo lugar podemos destacar cómo la concepción comunitaria de la salud mental enfatiza la aproximación de los distintos servicios de salud al usuario y se aleja de caducas y obsoletas concepciones de *propiedad sobre el paciente* que han tenido algunos profesionales. Esto último suponía que un sólo profesional asumiera el caso y que sólo él, según su criterio, pudiera derivarlo a otros servicios y/o profesionales. Sin poner en cuestión la calidad de estos profesionales, ello podía a veces suponer una limitación para los usuarios en su posible beneficio de las distintas ofertas de la salud pública. Actualmente en salud mental se trabaja con *mentalidad de área sanitaria*. Esto significa que el usuario no *pertenece* ni a ningún profesional ni a ningún dispositivo. Significa que en un área sanitaria existen diferentes recursos a los que todo ciudadano tiene derecho a acceder y beneficiarse de ellos. En este sentido podría decirse que son los dispositivos los que *pertenecen* al usuario. Por lo tanto es fundamental que dichos dispositivos trabajen coordinadamente los casos de forma que ello se traduzca en una mayor calidad asistencial, con intervenciones más potentes, eficaces y eficientes. No se trataría tanto de que un usuario sea derivado de un

dispositivo a otro, como de que éstos acuerden cómo y de qué manera deben actuar cada uno de ellos en un momento determinado de la evolución del trastorno de un usuario. Esto se constituye en elemento de garantía para la continuidad de cuidados.

Es en el marco de estas reflexiones en las que se desarrolla la actuación de los psicólogos de la rehabilitación psicosocial en lo relativo a la coordinación con los ESMD y que se concreta en los siguientes epígrafes:

Apoyo y asesoramiento en rehabilitación psicosocial

Ya hemos mencionado cómo el apoyo y asesoramiento a los ESMD es una de las funciones del psicólogo de la rehabilitación psicosocial. En este sentido es de destacar cómo el papel que las URA de Sevilla han jugado en el impulso y desarrollo de esta área de intervención con la población psicótica ha ido estrechamente asociada a la función de dichos profesionales. Así se aportan elementos para un abordaje más integral y comprensivo de esta población, pues no será hasta 1989 —con la inauguración de las URA— que la tradicional asistencia clínica a las personas con trastornos mentales crónicos (fundamentalmente psicofármacos, control de medicación y algunos tipos de psicoterapias tradicionales) se amplíe para empezar a considerarse básicas las intervenciones de carácter rehabilitador. En la consecución de tales realidades, aún hoy en desarrollo, se han mostrado relevantes las reuniones de coordinación con los profesionales de los ESMD en las que se han trabajado los aspectos teóricos relativos a la rehabilitación psicosocial, integrándolos con los aspectos clínicos que ya se estaban traba-

lando con la población psicótica. Esta integración de lo clínico y de lo rehabilitador es un aspecto crucial para la buena evolución de una persona con trastorno mental crónico. En este sentido, tal y como exponíamos en otro lugar (Cuevas y Perona, 1991), es de señalar la tendencia (existente hasta hace poco) de utilizar unas técnicas clínico-terapéuticas para unos tipos de problemas psicológicos -síntomas positivos- y unas técnicas para otros tipo de problemas psicológicos -síntomas negativos-, como si ambos respondieran necesariamente a causas distintas.

Resaltemos que una de las características de la atención a la salud mental es que se trate de una atención *integral* que considere los aspectos *biológicos, psicológicos y sociales*, aunque no en un sentido simplemente sumativo. La atención integral no necesariamente es igual a la atención biológica, más la psicológica, más la social. Se trata más bien de una concepción unitaria de todos estos elementos, de una interrelación de los mismos que responda a una hipótesis de trabajo unificada sobre los problemas del usuario. Desde este punto de vista, divisiones tales como *intervenciones clínicas/intervenciones rehabilitadoras* pueden no ser muy útiles. Esta diferenciación que podemos observar con cierta frecuencia se traduce en intervenciones no interrelacionadas y, en muchas ocasiones, ni siquiera complementarias. Se aleja del concepto de atención integral. Parecería como si las conductas objeto de intervención en el campo de lo clínico respondieran obligadamente a distintas variables causales/mantenedoras que las conductas que son objeto de las intervenciones rehabilitadoras. Pues bien, cuando menos en muchas ocasiones, ambos tipos de conductas/síntomas -positivos y negati-

vos- se encuentran interrelacionados, cuestión ésta que fácilmente clarifica el empleo del *análisis funcional* del comportamiento. Por ello son elementos a observar dentro de un mismo proceso de evaluación, dentro de una misma hipótesis de trabajo. Contar con una hipótesis explicativa y unitaria de las distintas conductas/síntomas -por exceso/déficit ó positivos/negativos-, es pues una cuestión fundamental. Hipótesis facilitadas por la realización de análisis funcionales de dichas conductas, independientemente de su signo, interrelacionándolas con variables situacionales y entre ellas mismas; hipótesis facilitadas por la utilización de modelos integradores como el de *vulnerabilidad-estrés* (Zubin y Spring, 1977), el *secuencial integrativo* (Fernández Ballesteros, 1981) y, más recientemente, el *análisis contingencial* (Ribes, Díaz, Rodríguez y Landa, 1990). Esta es una de las grandes funciones -función clarificadora- de los psicólogos de la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos a nivel conceptual y metodológico.

Apoyo y asesoramiento sobre metodología de evaluación en rehabilitación psicosocial

Bajo este epígrafe pueden destacarse todas las actuaciones que, a nivel de apoyo y asesoramiento sobre metodología de evaluación en rehabilitación psicosocial para personas con trastornos mentales crónicos, llevan a cabo los psicólogos con los profesionales de los ESMD. Pueden distinguirse diferentes vertientes: una a nivel de aporte y/o diseño de instrumentos y metodología de evaluación para aplicar a la población psicótica a la que los ESMD deben atender y que permita estudiar áreas tan relevantes como autonomía personal,

ambiente familiar, relaciones sociales, automanejo del trastorno, realización de gestiones, manejo de la medicación, manejo del estrés, trabajo, ocupaciones, necesidades residenciales, utilización del tiempo y capacidades cognitivas; otra, respondiendo a las peticiones que de entrenamiento en dicha metodología de evaluación nos demandan los profesionales; y, finalmente, otra al nivel del establecimiento conjunto con los ESMD de los criterios a partir de los cuales la asistencia requerida por un determinado usuario, debido a la complejidad del caso y al tiempo de intervención que es preciso dedicarle, rebasa las posibilidades de atención de los ESMD y debe de ser asumido fundamentalmente por la URA.

Reuniones de coordinación para el seguimiento de pacientes

Mencionábamos más arriba la importancia de que los distintos dispositivos sanitarios de la salud mental de un área trabajen coordinadamente los casos para así lograr una mayor calidad asistencial; igualmente, señalábamos la importancia de que acuerden conjuntamente de qué parte, entre las complejas intervenciones que requieren las personas con trastornos mentales crónicos, se van a responsabilizar cada uno de ellos. En este sentido caben señalar tres posibilidades que estarían en relación con la mayor o menor implicación a nivel de intervención por parte del ESMD y de la URA. Así podemos distinguir aquellos casos en los que esencialmente interviene de un modo directo el ESMD y en los que el psicólogo rehabilitador tiene, esencialmente, una función de asesoramiento; aquellos otros casos en los que ambos dispositivos comparten tareas de

evaluación e intervención y en los que el psicólogo aporta todos sus conocimientos metodológicos teórico-prácticos; por último, aquellos casos en los que es la URA la que tiene una intervención directa más relevante y en la que fundamentalmente el psicólogo rehabilitador aporta información al ESMD sobre dichas intervenciones. No obstante en cualquiera de estas tres posibilidades cabría señalar la existencia del plan individual de rehabilitación psicosocial de cada usuario, el cual comprende todas aquellas actividades de evaluación y de intervención dirigidas a que las personas psiquiátricamente discapacitadas alcancen el mejor nivel posible de funcionamiento psicosocial, de integración social en su medio natural y de calidad de vida (Cuevas, Perona y Arévalo, 1992). En el plan individual de rehabilitación deben especificarse cuáles son las actividades asumidas por uno y otro dispositivo.

Coordinación para el diseño, implantación y seguimiento de programas de rehabilitación psicosocial en los Equipos de Salud Mental de Distrito

Este es otro aspecto donde el psicólogo de la rehabilitación psicosocial tiene relevantes funciones. Nuevamente debemos señalar como la propia formación académica, junto a la práctica laboral especializada en la rehabilitación de trastornos mentales graves, convierte al psicólogo en un profesional ideal para colaborar activa y directamente en el estudio valorativo de las necesidades globales de la población psicótica de un distrito. Tal estudio posibilita la determinación y posterior diseño de diferentes programas de intervención:

psicoeducación familiar, educación para la salud dirigida a pacientes, entrenamiento en habilidades sociales, programas laborales y ocupacionales, etc; asimismo la formación del psicólogo le permite participar en el entrenamiento que demandan los profesionales para desarrollar los programas anteriores e, igualmente, participar en su puesta en marcha, desarrollo y seguimiento.

Funciones de intervención en el ámbito comunitario

Un principio básico en el campo de la rehabilitación psicosocial es el de dotar al individuo de aquellas capacidades personales y de aquellos recursos socio-comunitarios precisos que, en el momento actual, le faciliten el mejor nivel posible de integración y de calidad de vida en su medio comunitario. Otra función del psicólogo rehabilitador psicosocial consistirá, por lo tanto, en la aplicación de toda su metodología de evaluación e intervención en el medio físico-social inmediato del paciente. En este sentido cobran gran relevancia todas aquellas actividades valorativas y de intervención que realiza el psicólogo tanto a nivel de domicilio del paciente como de contexto laboral o de contexto académico. Ello se realiza contactando con fines de evaluación o de intervención con familiares, conocidos, jefes, profesores, etc, de modo que se incremente la probabilidad de integración o reintegración comunitaria del paciente. Asimismo, a nivel del paciente se llevan a cabo directamente en su medio entrenamientos en competencias, de modo que se convierta en una persona más auto-suficiente; no olvidemos que entrenar en el medio del sujeto potencia sus aprendizajes y la generalización y

transferencia de los realizados desde dentro de los dispositivos.

Coordinación con instituciones socio-comunitarias no sanitarias

Uno de los elementos significativos de la salud comunitaria es que los sistemas vayan incrementando su nivel de auto-competencia. Desde este punto de vista, y en relación con el campo de la rehabilitación psicosocial, un aspecto importante es la participación activa en la búsqueda y desarrollo de recursos que faciliten la adaptación a su ambiente de las personas con trastornos mentales crónicos. Por lo tanto, es de nuevo preciso *salir de los despachos* y dirigirse a la comunidad con el objetivo de intentar abrir nuevos recursos comunitarios que faciliten el desarrollo de ambiciosos programas de rehabilitación, que faciliten la integración comunitaria de los pacientes. Las funciones de los psicólogos en este área tan atractiva están relacionadas, por un lado, con la intervención directa, usando y desarrollando sus habilidades de comunicación y de resolución de problemas y, por otro lado, suponen la coparticipación y/o coordinación de trabajos de carácter interdisciplinar dirigidos al establecimiento y desarrollo de coordinación y acuerdos con ayuntamientos, empresarios, servicios sociales, asociaciones, distritos municipales, instituciones privadas, etc.

Participación en estructuras superiores de salud mental del área

Otra de las funciones importantes de los psicólogos, como expertos en la rehabilitación psicosocial de personas

con trastornos mentales crónicos, la constituye su participación, junto a otros profesionales de la salud mental, en las diferentes comisiones que tratan de organizar y optimizar la actuación conjunta de los dispositivos a nivel de área de salud mental o a nivel incluso provincial: Comisión Asesora de Área de Salud Mental, Comisión de Psicóticos del Área, Comisión Provincial Laboral, Comisión Provincial Residencial, etc. Igualmente, a través de tales comisiones, el psicólogo debe señalar a la Administración qué recursos son precisos a partir de las necesidades detectadas en la población.

Apoyo al programa de desinstitucionalización de pacientes mentales

Otra de las áreas donde el psicólogo rehabilitador desarrolla sus funciones junto a profesionales de otras disciplinas es en el apoyo al proceso de externalización y reinserción de pacientes institucionalizados en hospitales psiquiátricos durante largos períodos. Dicha participación se concreta en el diseño de programas de rehabilitación e integración comunitaria dirigidos a pacientes desinstitucionalizados y en el apoyo a la creación, desarrollo y mantenimiento de la red de estructuras residenciales comunitarias que posibilitan la externalización de dichas personas.

Referencias

- ANTHONY, W. y LIBERMAN, R.P. (1988). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 542-559.
- ARGYLE, M. (1978). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza.
- ARGYLE, M. (1983). *Análisis de la interacción*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BELLACK, A.S. y MORRISON, R.L. (1982). Interpersonal dysfunction. En A.S. Bellack; M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.). *Interpersonal handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- CABALLO, V.E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- CIOMPI, L. (1983). The long-term treatment of functional psychoses: needed areas of research. En T. Hegelson (Ed.). *Proceeding of a workshop held in Villa Lante, Bagnaia*. Cambridge: University Press.
- COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS (1989). *El psicólogo clínico en el sistema sanitario. Propuesta para la Comunidad Autónoma Andaluza*. Delegaciones de Andalucía Occidental y de Andalucía Oriental.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- CUEVAS YUST, C.; HERNANDEZ ESTEBAN, F.; PERONA GARCELAN, S. y GARCÍA AGUADO, A. (1991). *Programa de habilidades sociales y asertividad para psicóticos crónicos*. Sevilla: Unidades de Rehabilitación de Área Virgen del Rocío y Virgen Macarena. Documento no publicado.
- CUEVAS YUST, C. y PERONA GARCELAN, S. (1991). Intervención clínica y/o rehabilitadora en los trastornos esquizofrénicos: algunas reflexiones. *Comunicación presentada en las XVI Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, Granada*.

- CUEVAS YUST, C.; PERONA GARCELAN, S. y AREVALO COBO, J. (1992). El abordaje del trastorno esquizofrénico crónico desde la unidad de rehabilitación de salud mental Virgen del Rocío. *Hygia*, 21, 5-9.
- DURO, J.C. (1992). La coordinación. Una nueva función en salud mental comunitaria. *Clinica y Salud*, 3, 281-288.
- FARKAS, M. (1990). Rehabilitación psiquiátrica y enfermos mentales crónicos. Ponencia presentada en el Seminario sobre Rehabilitación de Enfermos Mentales Crónicos. Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Sevilla.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1981). Contenidos y modelos en evaluación conductual. En R. Fdez. Ballesteros y J.A.I. Carrobes. *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*, 90-126. Madrid: Pirámide.
- GUNN, J.; TAYLOR, P.; MacKEITH, J.; DOOLEY, E. y McMILLAN, T.A. (1987). A patient with resistant schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 150, 716-717.
- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. (1988). *Bases generales para la atención comunitaria a la salud mental*. Documento técnico nº1, Consejería de Salud y Servicios Sociales, Junta de Andalucía.
- KANE, J.; HONIGFELD, G.; SINGER, J. y MELTZER, H. (1988). Clozapine for the treatment of resistant schizophrenias. *Arch. General Psychiatry*, 45, 789-796.
- KUEHNEL, T.G. y LIBERMAN, R.P. (1988). Functional assessment. En R.P. Liberman: *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- LIBERMAN, R.P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- McGLASHAN, T.H.; MEINSEN, R.K. y FENTON, W.S. (1990). Psychosocial treatment of negative symptoms in schizophrenia. En N.C. Adreassen (Ed.). *Schizophrenia: positive and negative symptoms and syndromes*. Basel: Karger.
- RIBES, E.; DIAZ, E.; RODRIGUEZ, M.L. y LANDA, P. (1990). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. En E. Ribes, *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*, 113-131. México: Trillas.
- RICHART, M. y CABRERO, J. (1988). *La psicología en los centros de salud comunitaria. Programa de promoción y educación para la salud*. Valencia: Promolibro.
- RUIZ-VARGAS, J.M. (1987). *Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.
- VAUGHN, C.E. y LEFF, J.P. (1986). Influencia de la familia y de los factores sociales en el curso de la enfermedad psiquiátrica. Una comparación entre pacientes esquizofrénicos y depresivos neuróticos. *Estudios de Psicología*, 27-28, 111-127.
- ZUBIN, J. y SPRING, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126.