



Luís acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (II)

Los entrenamientos que se realizan en un Centro de Rehabilitación Psicosocial deben ser entrenamientos estructurados, sistemáticos e integrales. Deben implementarse para conseguir los objetivos del PIR. Estar diseñados en función de las necesidades y características de cada caso. Responder a los resultados de la evaluación que los legitima. La evaluación permite saber qué entrenamiento hacer, cómo hacerlo y cuando.

Con el objetivo de aprender o recuperar pautas de autocuidado y hábitos saludables se realizan entrenamientos en:

- higiene. La intervención busca la adquisición y mantenimiento autónomo, con frecuencia normalizada de hábitos de aseo (ducha, lavado de cabeza, afeitado, higiene dental, higiene íntima, etc.)
- vestido y apariencia personal. La intervención busca la adquisición y mantenimiento autónomo de hábitos relacionados con el cuidado del aspecto personal sabiendo encontrar un equilibrio entre los gustos personales y las convenciones sociales (elección y combinado de prendas, adecuación al contexto y la climatología, uso de complementos, etc.)
- alimentación. La intervención busca instaurar hábitos ordenados, comportamientos adecuados a la mesa, dietas equilibradas, etc.
- sueño. La intervención se preocupa por la higiene del sueño, por instaurar hábitos ordenados, por enseñar el manejo elemental de los problemas del sueño, etc.
- vivienda: La intervención busca dotar de capacidades para el mantenimiento y cuidado de la casa, la prevención de accidentes domésticos, etc.
- educación para la salud. La intervención busca promover conocimientos acerca de conductas precursoras de salud e insalubres; la detección y prevención de enfermedades; la costumbre de realizar ejercicio físico, etc.

Con el objetivo de prevenir recaídas y tomar la medicación conforme a pauta médica se realizan entrenamientos en:

- psicoeducación
- conocimiento, detección y afrontamiento de situaciones de riesgo para la estabilidad clínica
- conocimiento, detección y afrontamiento de conductas prodrómicas (comportamientos que en cada persona preludian o anticipan una recaída)
- pautas para la toma correcta de la medicación y para saber qué hacer ante sus efectos secundarios

Con el objetivo de adquirir competencia personal y autocontrol se realizan entrenamientos en:

- control y manejo de la ansiedad
- mejora de la autoimagen y la autoestima
- control y afrontamiento de situaciones estresantes y problemas vitales
- estrategias de autocontrol de comportamientos inadecuados.



Luís acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (II)

Con el objetivo de adquirir habilidades y competencia que permitan manejarse adaptativamente en situaciones de interacción social se realizan entrenamientos en:

- habilidades de conversación y comunicación: se entrenan desde conductas más básicas (postura corporal, distancia personal, tono y volumen de voz, contacto visual...) hasta conductas más elaboradas (iniciar, mantener y seguir una conversación en distintos contextos; reconocimiento y expresión de emociones...)
- asertividad: se entrenan conductas tales como autoafirmación, correcta expresión del propio punto de vista y defensa del interés personal sin negar el de los demás, decir no, recepción y expresión de críticas
- empatía: se entrena la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de entender su punto de vista
- solución de problemas y toma de decisiones: se entrena la capacidad para analizar problemas, para generar distintas soluciones, para estudiar los pros y contras de cada una, para ordenar las mejores soluciones, para saber cómo y cuando llevarlas a la práctica

Con el objetivo de integrarse en la comunidad con un funcionamiento social lo más autónomo posible se realizan entrenamientos en:

- orientación espacial: desenvolverse por ciudades conocidas y desconocidas (encontrar direcciones, interpretar y usar planos, mapas, callejeros...)
- uso de transportes públicos
- manejo y administración del dinero
- realización de trámites burocráticos
- uso del teléfono y de las nuevas tecnologías
- conocimiento y utilización de recursos comunitarios (de ocio, académicos, sanitarios, sociales, administrativos...).

Con el objetivo de disfrutar del tiempo libre se realizan entrenamientos en:

- capacitación para proponer alternativas de disfrute del tiempo libre y para llevarlas a la práctica
- conocimiento de recursos comunitarios en los que se pueda, de forma estructurada o no, realizar actividades
- utilización de modo competente de esos recursos comunitarios.

Con el objetivo de conseguir que los familiares aprendan los conocimientos y las habilidades necesarias para manejar los problemas que se les plantean en el apoyo y convivencia con el familiar que padece una enfermedad mental crónica se realizan entrenamientos en:

- conocimiento de la naturaleza, curso, pronóstico y tratamiento (farmacológico y rehabilitador) de los trastornos psiquiátricos graves y crónicos
- competencia para saber qué hacer y qué no hacer en situaciones de riesgo de crisis o crisis, o de emergencia en la convivencia
- estrategias básicas de análisis y modificación de conducta para el manejo de comportamientos disruptivos y la facilitación de comportamientos adaptados y normalizados
- habilidades de comunicación que permitan mejorar la convivencia familiar y evitar o reducir el estrés. Se ha de poner especial esmero en entrenar habilidades que tengan que ver con la



Luís acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (II)

expresión de emociones positivas y negativas, con hacer y recibir críticas, con solicitar y negociar cambios de comportamiento

- resolución de problemas y toma de decisiones útiles para acometer constructivamente las demandas, exigencias y conflictos que puedan acaecer en la convivencia diaria.

¿Qué técnicas son las más eficaces en Rehabilitación Psicosocial?

Nada mejor para contestar esta pregunta que remitirse al Cuaderno Técnico Nº 6 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (año 2002) titulado “Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones”. En él se dice que “el desarrollo y aplicación de estrategias de intervención psicosocial generadas desde el campo de la psicología del aprendizaje, la modificación de conducta, la terapia cognitiva y el área de los recursos humanos han resultado eficaces y de gran relevancia para la rehabilitación de personas con discapacidad psiquiátrica”.

Pero si consultamos guías de tratamiento de la esquizofrenia, tanto nacionales como internacionales, bibliografía especializada e investigaciones sobre intervenciones eficaces vamos a encontrar, de uno u otro modo, recomendaciones redundantes con lo antes citado. A esto también podríamos añadir la evidencia resultante de más de treinta años de trabajo en rehabilitación psicosocial en Europa y los Estados Unidos, y veinte años en España. Evidencias que nos muestran como los procedimientos comentados, cuando se aplican correctamente, resultan eficaces y efectivos. Para muestra baste un botón. El Dr. Robert Paul Liberman, una de las figuras más señeras y con más autoridad en este campo, en entrevista recogida por la revista “Rehabilitación Psicosocial” (vol3, nº1, 2006) explica como la utilización de los principios del aprendizaje conductista producen mejorías sustanciales. Liberman recuerda que existen estudios experimentales en los que se demuestra el beneficio que obtienen personas muy crónicas y refractarias a tratamiento cuando se aplica con ellas un modelo social y programas de refuerzo.

Que estas técnicas son las más recomendables no sólo lo acreditan los avales mentados, sino el hecho de que es muy difícil, por no decir casi imposible, encontrar una referencia bibliográfica en la que se estructure de forma sistemática y operativa una propuesta alternativa de intervención en rehabilitación psicosocial. No se conocen libros ni manuales que propongan, a la consideración del lector, un procedimiento de intervención que sistematice técnicas y procedimientos rigurosos, fundamentados teóricamente al margen de la psicología experimental, las teorías del aprendizaje y la modificación de conducta. Lo que se quiere decir es que se desconoce un manual solvente que proponga de modo operativo, un proceso de intervención que se pueda trasladar a la práctica y que no esté fundamentado en las leyes, los principios y los métodos ya referidos.

Si nos paramos a reflexionar no resulta complicado entender lo antes referido. Vayamos por partes. Hablar de rehabilitación, resumiendo, es hablar de volver a habilitar un conjunto de competencias organizadas de acuerdo a una lógica útil para enfrentar y afrontar los sucesos y las eventualidades que en la vida ocurren. Rehabilitar psicosocialmente, simplificando, supone tratar de lograr que la persona adquiera o recupere las competencias necesarias para una mayor y mejor



Luís acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (II)

adaptación comunitaria. Esto es, volver a restaurar las aptitudes que la hagan capaz. Ayudarla a que consiga restituir lo que la enfermedad le desposeyó, a que, en definitiva, sea socialmente hábil. Por tanto, la rehabilitación se interesa por, y trabaja principalmente con habilidades y capacidades. Habilidades y capacidades que tan sólo son palabras útiles para nombrar abreviadamente repertorios conductuales que a su vez aluden a unidades de conducta. Por ejemplo, las habilidades sociales nos remiten a distintos repertorios conductuales. Uno de ellos, la conversación. Este repertorio conductual a su vez esta conformado por múltiples unidades de conductas concatenadas. A saber, el contacto ocular, la distancia interpersonal, iniciar, seguir y cerrar conversación etc. Luego entonces rehabilitar es, al fin y a la postre, recuperar y aprender repertorios conductuales, o lo que es lo mismo un proceso de aprendizaje y modificación de conducta.

Sabido es que desde la psicología experimental históricamente se han realizado investigaciones para determinar las leyes que gobiernan este proceso. De resultados de tales investigaciones, además de proponer leyes y principios explicativos del comportamiento humano (habilidades y capacidades), se han generado un conjunto de estrategias y técnicas para su modificación. No puede chocar entonces que la mayoría de las intervenciones eficaces que se llevan a cabo en rehabilitación psicosocial se nutran de estas técnicas. Como ejemplo basten las que a continuación se enumeran: el modelado, el moldeamiento, el encadenamiento de estímulos, el control de estímulos, la desensibilización, los contratos de contingencias, el manejo de operantes de refuerzo y de extinción, el desvanecimiento progresivo de contingencias de control, la resolución de problemas, el tiempo fuera, y la economía de fichas.

Duración y evolución de los programas de un CRPS

Es difícil aproximar el tiempo medio que pueda durar un programa de rehabilitación psicosocial. Antes de aventurar una respuesta, conviene decir que la rehabilitación psicosocial siempre ha de ser un proceso individualizado. Un proceso que responda específicamente a las circunstancias concretas de cada caso. Esta máxima de obligadísimo cumplimiento da licencia para aseverar que, el tiempo de estancia en un proceso de rehabilitación ha de marcarlo el devenir del propio proceso y las necesidades de cada persona. De donde se infiere que lo “natural” es que el tiempo de duración pueda variar sustancialmente de un usuario a otro.

Parece claro que un programa de estas características ha de ajustarse en tiempo y forma a la particular especificidad de quien a él se someta sin imponer límite alguno de duración que lo encorsete y lo constriña. Dicho esto y para concretar una respuesta la pregunta, tal vez el tiempo medio de duración de un programa de rehabilitación psicosocial se podría aproximar a un periodo de entre 7 y 10 años. Esta aproximación en ningún caso debe ser entendida, y mucho menos utilizada, como canon evaluador del buen o mal funcionamiento de las intervenciones rehabilitadoras o de su mayor o menor eficacia. Sería un craso error presuponer que una intervención es mejor y más eficaz cuanto menos de 10 años dure; y peor y menos eficaz cuanto más dure de 10 años.

Respecto a la segunda cuestión quizá se pueda decir, sin faltar a la verdad, que no existen estudios rigurosos y suficientemente concluyentes como para poder pormenorizar, con solvencia y estrecho margen de error, variables y factores que estén claramente implicados en la buena evolución de una persona sometida a un programa de rehabilitación psicosocial. Sabido es que,



Luís acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (II)

por el contrario, si existe sobrada literatura que razona a propósito de las variables y factores que influyen en un buen o mal pronóstico de las esquizofrenias y de otras psicosis.

A partir de esas variables de buen pronóstico, sí se puede ensayar una reflexión en torno a qué circunstancias y eventos condicionan al alza la probabilidad de que un proceso de rehabilitación psicosocial sea exitoso. No es tan absurdo hablar de que bajo ciertas condiciones, es más fácil conseguir los objetivos propuestos en un PIR. Objetivos que, al fin y a la postre, si se han enunciado con criterio y fundamento, concretan y aclaran lo que en cada caso quiere decir rehabilitarse psicosocialmente.

Algunas de las variables y condiciones aludidas podrían ser: que la persona afectada haya tenido un buen funcionamiento psicosocial previo al inicio de la problemática; que cuente con una red social de apoyo suficiente; que responda bien a la medicación antipsicótica; que no tenga deterioro neurocognitivo; que se implique activamente en el proceso de rehabilitación; que no consuma sustancias tóxicas; que el tiempo que media entre la aparición de la problemática y el inicio de la rehabilitación psicosocial sea lo más corto posible; que el usuario, la familia y los profesionales lleguen a consensos y acuerdos en todo lo que tenga que ver con el proceso rehabilitador; que los profesionales estén altamente cualificados, apliquen procedimientos técnicos de eficacia contrastada y trabajen en equipo, y que el proceso de rehabilitación psicosocial sea integral e individualizado.

Detenerse en explicar someramente cada una de estas variables y condiciones ayudará a entender mejor su incidencia.

- Un buen funcionamiento psicosocial anterior al inicio de la problemática. No es lo mismo recuperar habilidades y capacidades que ya existían en la historia de aprendizaje, que aprenderlas. Es más fácil volver a desenvolverse en el entorno comunitario de modo competente y adaptado cuando en la biografía personal existe esa experiencia, que cuando no existe. Si antes del debut de la psicosis la persona no tenía unos repertorios conductuales que le sirviesen para manejarse con acierto en su medio, tras el debut y la aparición de los deterioros y mermas con los que cursa en su evolución crónica la psicosis, va a ser muy complicado, aunque no imposible, que pueda lograrlos.
- Red social de apoyo. Lograr que las praxis rehabilitadoras sean eficaces para integrar en la sociedad de modo normalizado y autónomo es menos arduo y más posible, cuando la persona a rehabilitar cuenta con apoyos en su entorno más próximo. Apoyos que se traducen en acompañar cuando el camino a recorrer es complicado, en tolerar cuando tolerar no conduce a sobreproteger o reforzar lo inapropiado o incompetente, en facilitar cuando las cosas se ponen difíciles, en favorecer cuando las contingencias ambientales son desfavorables, en ayudar cuando los retos vitales sobrepasan la capacidad de afrontamiento personal, en aceptar cuando las limitaciones se hacen visibles ante los retos cotidianos. Volver a habilitar para vivir como viven la mayor parte de las personas, o en su defecto aproximarse lo más posible a ello, puede lograrse más fácilmente si la persona a rehabilitar cuenta con otras personas que la acompañan, la toleran, la favorecen, le ayudan y la aceptan.



Luís acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (II)

- Que el tiempo que media entre la aparición de la problemática y el inicio de la rehabilitación psicosocial sea lo más corto posible. Cuando así puede ser, se previene el deterioro, en tanto se refuerzan y consolidan las habilidades y capacidades presentes, en tanto se anticipan las situaciones de riesgo y se le enseña a la persona a evitarlas o, si eso no es posible, afrontarlas competentemente. Si el tiempo que media entre la aparición de la problemática y el inicio de la rehabilitación psicosocial es lo más corto posible, se abordará precozmente el reaprendizaje de los comportamientos socialmente valiosos que se hayan podido extinguir o debilitar notablemente. Cuanto antes se pueda informar, apoyar y orientar a la familia para que se constituya en variable protectora del deterioro psicosocial y no en variable de riesgo, menos costoso y complicado será el proceso de recuperación.
- Buena respuesta a medicación antipsicótica. El control de la sintomatología positiva (principalmente delirios y alucinaciones) es un requisito casi imprescindible para poder aplicar en toda su extensión un programa de rehabilitación integral. Si la razón está interferida o obnubilada es casi imposible acometer retos que impliquen capacidades asociadas al buen juicio. Aprender, reaprender, reforzar lo aprendido, etc., requiere del sano juicio. Cuando lo que se percibe no concuerda con lo real, no se está en condiciones de ejercitarse como ciudadano. Cuando las ideas y los pensamientos se hacen extraños para los demás, no se está en condiciones de compartir. Cuando los comportamientos se tornan estrafalarios e inoperantes, no se está en condiciones de con-vivir. Si los psicofármacos reequilibran las bases biológicas (bioquímicas, bioeléctricas, anatomofisiológicas) que controlan la percepción, son posibles acciones rehabilitadoras que sienten las bases para que el libre ejercicio de los derechos ciudadanos pueda hacerse realidad. Si los psicofármacos reequilibran las bases biológicas que controlan las ideas y los pensamientos, son posibles acciones rehabilitadoras que promuevan participar con los demás en el teatro de la vida.
- Ausencia de deterioro neurocognitivo. Un buen aprendizaje psicosocial, alma del proceso rehabilitador, correlaciona significativamente con un buen funcionamiento de la memoria, del razonamiento abstracto, de la atención sostenida y selectiva, de la discriminación de estímulos, de los procesos inferenciales, etc. Cuando las funciones superiores están mayormente conservadas, la respuesta a las estrategias de intervención, que puedan implementarse durante el proceso, es fácil que sea buena.
- Familia implicada en el proceso rehabilitador. Es más sencillo y menos costoso conseguir los cambios necesarios para la normalización e integración cuando se cuenta con una familia altamente implicada en el proceso de rehabilitación. Implicación que pasa por colaborar activamente con los profesionales. Colaboración que no es posible sin el conocimiento, por parte de la familia, de lo que significa para su familiar la patología que le afecta.

Una familia implicada es también una familia apoyadora. Una familia capaz de contribuir a la consecución de los objetivos del PIR. Una familia que evita comportamientos que puedan reforzar la enfermedad o estimular su cronificación. Una familia que alienta la autonomía personal y la normalización vital.

- Usuario implicado en el proceso rehabilitador. Hablamos de un usuario que asiste a las citas que le dan. Un usuario que sigue las instrucciones que se le prescriben. Un usuario que conoce lo que le pasa y obra en consecuencia. Un usuario capaz de hacer los esfuerzos exigibles para cambiar su estatus, aceptando el desgaste y el resto de costes personales que conlleva. Un



Luís acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (II)

usuario con tal disposición, un usuario con ese talante, es una persona que está en condiciones óptimas de volver a recuperar lo que la enfermedad le quitó, de modificar lo que es necesario modificar para adaptarse mejor a la sociedad, de desaprender aquello que la enfermedad en él condicionó.

- No consumir sustancias tóxicas. Ya se ha dicho que el control de la sintomatología positiva (delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento, etc) es crucial para intervenir en rehabilitación. Sabido es que el consumo de tóxicos es una variable de alto riesgo para la estabilidad sintomática. Primero porque los tóxicos interfieren los efectos de la medicación cuestionando su potencialidad protectora. Segundo porque los tóxicos, per se, aumentan la probabilidad de aparición de sintomatología positiva. Tratar de rehabilitar a una persona consumidora, por las razones expuestas, es una tarea ardua y con alta probabilidad de fracaso.

El abuso de este tipo de sustancias interfiere, dificulta y complica en extremo el proceso de rehabilitación psicosocial. Lo interfiere, dificulta y complica, además de por lo expuesto, por el patrón de conducta que guía al consumidor. Este patrón es incompatible con el que hay que seguir en un proceso de recuperación de habilidades y capacidades para normalizar la vida (rehabilitación). El consumo de tóxicos, más que estructurar la vida la desestructura; más que integrar, aísla; más que adaptar, desadapta; más que reforzar respuestas pro-sociales, refuerza respuestas marginales; más que moldear conductas desproblematizadas, moldea conductas disruptivas; más que facilitar redes sociales de lazos densos y apoyadoras, facilita redes sociales efímeras e interesadas.

- Colaboración y consenso entre usuario, familia y profesionales. Cuando esta eventualidad se hace presente y se mantiene, se pueden alcanzar más logros en menor tiempo y con menos dificultades. La comunidad de intereses entre todos los estamentos implicados facilita las cosas. Lo ideal siempre es que profesionales, familia y usuario se entiendan y aúnen esfuerzos en pos de los mismos objetivos. Consensuar el PIR y entenderse para asumir cada cual su parte de responsabilidad, allana el camino para la optimización de resultados.
- Profesionales altamente cualificados. Este punto no debería ir acompañado de ninguna explicación o consideración. De evidente e incuestionable, debiera obligar por fuerza mayor. Pero tal vez no esté mal ni sobrado dejar caer alguna obviedad. Vayamos allá. Malamente se puede perseguir la excelencia en el trabajo rehabilitador si quienes están llamados a conducirlo, llenándolo de contenido, no están suficientemente preparados. Y no está suficientemente preparado el profesional que hace de su trabajo un ejercicio de ensayo-error, reivindicando teorías que, en el mejor de los supuestos, beben de la psicología vulgar. No está suficientemente preparado el profesional que busca en la ocurrencia auxilio y en el sentido común el fundamento que legitima su que hacer. Tampoco está suficientemente preparado el profesional que construye sus hipótesis explicativas desde la especulación retórica, teniendo por metodología el voluntarismo. ¿Y qué decir del profesional que cree que el feeling es, al fin y a la postre, el alma de la rehabilitación y la ingeniosidad mundana el arsenal de estrategias y recursos de intervención? No hay que llamarse a error. Para que la rehabilitación funcione, se necesitan profesionales con la formación debida, con cualificación ajustada a los requerimientos



Luís acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (II)

- de la labor que están llamados a desempeñar y con voluntad de reciclarse. Profesionales que con sus praxis permitan que los diseños técnicos se conviertan en realidades. Profesionales que con su trabajo diario avalan el acierto de este modelo de atención y demuestran, por eficaz, su pertinencia. Profesionales así, más que acompañar facilitarán, más que cuidar enseñarán y más que entretener capacitarán. Profesionales así, son garantía de que las cosas van a salir bien.
- La aplicación de procedimientos técnicos de eficacia contrastada. En rehabilitación psicosocial no vale todo. No todos los paradigmas, modelos, métodos y procedimientos son igual de legítimos. No todas las estrategias de intervención están debidamente contrastadas. No todas las intervenciones encuentran respaldo en la bibliografía más autorizada. No se ha demostrado la eficacia de todas las praxis mediante investigaciones experimentales. Estudios de las asociaciones nacionales e internacionales de profesionales de la rehabilitación psicosocial no recomiendan indistintamente una u otras prácticas. No es lícito organizar el trabajo rehabilitador a partir de procedimientos que no tienen apoyatura bibliográfica alguna, que no se han expuesto de forma razonada, sistemática, estructurada y operativa en manuales o en artículos.
 - Se consideran solventes y eficaces aquellos procedimientos de intervención que en la práctica han demostrado su valor y utilidad, aquellos procedimientos que encuentran referencia en la bibliografía, que han sido validados por investigaciones rigurosas, que son aconsejados por guías y documentos de reconocido prestigio. Las personas afectadas y sus familiares deberían exigir, y las administraciones públicas velar por, que se apliquen, en rehabilitación psicosocial, con escrupulosa y pulcra corrección técnica y procedimientos con los avales y las garantías comentadas.
 - El trabajo en equipo. Se ha demostrado que el trabajo en equipo es el modo más eficaz de organizar los recursos humanos en rehabilitación psicosocial. El trabajo en equipo maximiza logros reduciendo costes en tiempo y esfuerzo. Pero no todo lo que se dice que es trabajo en equipo realmente lo es. Trabajar en equipo no es lo mismo que un equipo de trabajo. No es sinónimo de repartirse equitativamente las tareas e intervenciones a realizar y las responsabilidades a asumir. No tiene que ver con sumar lo que cada uno hace. Para trabajar en equipo, antes de nada, cada profesional, de acuerdo a su cualificación, debe conocer muy bien la función que le corresponde y la que le corresponde a los demás. Cada profesional también ha de tener muy claro los límites de su función. Trabajar en equipo es integrar coordinada y sincronizadamente distintas intervenciones multiprofesionales en pos de un mismo objetivo. Buscar cómo se puede transformar el potencial activo de la interdisciplinariedad, en prácticas capaces de sacar el máximo provecho a las potencialidades de los usuarios.
 - La rehabilitación como proceso integral. Cuando el proceso rehabilitador alcanza a todas las áreas vitales afectadas, hay mayores garantías de éxito. Hay mayores garantías de éxito cuando se trabajan todas las áreas vitales afectadas de modo coordinado y debidamente programado. También hay mayores garantías de éxito, cuando el trabajo en un área no se va sumando sino integrando ordenadamente con el trabajo que se realiza en todas las demás. Es más complicado que conduzca a un buen pronóstico un trabajo sólo centrado en áreas vitales



*Luís acude a un Centro de
Rehabilitación Psicosocial. (II)*

tomadas por fundamentales, que trabajar coordinada e integralmente todas las áreas vitales afectadas.

- La individualización del proceso rehabilitador. Los usuarios recuperarán más fácilmente las habilidades y capacidades perdidas cuando se saben adaptar los recursos materiales y humanos de los Centros de Rehabilitación a sus necesidades, que cuando se pretende que sus necesidades se adapten a los recursos materiales y humanos. Es más fácil que los usuarios se integren en su entorno cuando se buscan respuestas particulares a problemas específicos, que cuando se aplican rutinariamente protocolos preestablecidos a todos los problemas por igual. Si lo que se pretende es que los usuarios logren llegar a comportarse con normalidad y autonomía, han de ajustarse las estrategias de intervención a sus características, en vez de ajustar sus características a estrategias de intervención preestablecidas.

© Juan Fernández Blanco