

C.E.E.M. DE BÉTERA: UN PROYECTO DE REHABILITACIÓN

Nacha Serra Sanchis¹; Ana Martínez Jiménez²; Yolanda Simarro Quintana²; Lucía Aroca Fons³; M^a Mar Sánchez Arabaolaza⁴; Julia Alcoy Puchades⁵ y José Vázquez Brines⁵.

RESUMEN El Centro Específico Enfermos Mentales de Bétera es un proyecto pionero de la Consellería de Bienestar Social en la Comunidad Valenciana, dónde se desarrolla un proyecto de rehabilitación para enfermos mentales crónicos siguiendo un enfoque biopsicosocial. Teniendo en cuenta las características de este colectivo el trabajo se aborda desde las distintas áreas: psicológica, sanitaria, social y ocupacional, con el objetivo de mejorar la autonomía personal y social del residente, apoyando su normalización e integración comunitaria.

PALABRAS CLAVE C.E.E.M., salud mental, esquizofrenia, psicosis, rehabilitación, modelo biopsicosocial, recursos comunitarios.

Los enfermos mentales crónicos plantean una elevada demanda tanto a nivel social como para los dispositivos de Salud Mental, y se pueden definir como “aquellas personas que sufren psicosis esquizofrénicas y orgánicas y trastornos afectivos mayores recurrentes con incapacidades de larga duración, necesidad de dependencia extrema, alta sensibilidad ante el estrés y dificultad para afrontar las demandas de la vida diaria.

Debido a estas características y a la incompetencia social para compensar sus dificultades, estos enfermos tienden al aislamiento social, a la falta de habilidades para llevar a cabo la vida cotidiana, desempleo, pobreza, hospitalizaciones reiteradas, prisión o falta de vivienda” (Lieberman, 1993).

En palabras de Anthony (1977), la rehabilitación tiene como meta global el asegurar que la persona con una discapacidad psiquiátrica pueda realizar las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con el menor apoyo posible por parte de los profesionales.

La rehabilitación comienza cuando la patología y deterioro de la fase aguda se estabiliza. El proceso, en sí tiene dos vertientes de trabajo: pretende desarrollar por un lado las habilidades personales del enfermo, y por otro los recursos ambientales necesarios para compensar al individuo de sus discapacidades y reducir sus minusvalías.

De este planteamiento se desprende que la rehabilitación no sólo incluye actuaciones puramente sanitarias, sino que su campo de intervención abarca también el ámbito de lo social, educacional, económico, laboral, residencial y de ocio. Por ello podemos resumir que la acción rehabilitadora la integran las siguientes áreas de actuación:

1. Intervención psicológica específica en aquellas áreas del individuo afectadas por la enfermedad mental (cognitiva, afectiva, relacional, comportamental). Se trataría de la actuación individual, grupal y ocupacional/vocacional, teniendo en cuenta las necesidades percibidas por el sujeto, el momento evolutivo en el que éste se encuentra y la existencia o no de condicionantes derivados de la propia evolución de la enfermedad.
2. Prestación de recursos de apoyo social para mantener la autonomía personal del paciente (ayudas económicas, residenciales, laborales y culturales). La rehabilitación como proceso tiene su colofón en la imprescindible reinserción socio-laboral.
3. Proporcionar recursos sanitarios en las diferentes fases del proceso de atención: prevención, detección, tratamiento y rehabilitación.
4. Actuación sobre el medio social, en sus diferentes marcos (familiar, urbano, laboral, etc.) para favorecer la resocialización del enfermo mental y para potenciar el asociacionismo entre los propios enfermos y sus familiares.

¹Directora del C.E.E.M. Psicóloga; ²Psicóloga del CEEM; ³Trabajadora Social del C.E.E.M.;

⁴Terapeuta Ocupacional del C.E.E.M.; ⁵Monitor Ocupacional del C.E.E.M.

El "Centro Específico para Enfermos Mentales Crónicos"

C.E.E.M.C. DE BÉTERA es un servicio residencial comunitario, abierto y flexible destinado a enfermos mentales crónicos que no requieren hospitalización. La residencia trabajará siempre desde una perspectiva de rehabilitación enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social de los residentes y apoyando su normalización e integración comunitaria.

El Centro está destinado a atender a sujetos adultos afectados por enfermedades mentales crónicas con déficits o discapacidades funcionales que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte.

La capacidad del centro es de 80 plazas, distribuidas en dos residencias (Residencia C y Residencia D). Teniendo en cuenta el perfil de los usuarios, sus necesidades y capacidades, se establecen distintos niveles de supervisión y de rehabilitación en ambas residencias. La tendencia es establecer dos áreas diferenciadas, ubicando a los usuarios en la más adecuada, en función de su nivel de autonomía y pudiendo pasar de una a otra, dependiendo de la evolución que siga su proceso rehabilitador.

La Residencia C se concibe como el lugar de acogida de los nuevos ingresos, los cuales permanecen en ella, al menos durante la fase de evaluación. Transcurrida la misma, el equipo técnico decide si la persona reúne las condiciones necesarias para pasar a la Residencia D.

La Residencia D está enfocada a aquellos usuarios cuyo mayor nivel de autonomía hace que requieran un menor grado de supervisión.

Los usuarios residentes en el Centro quedan distribuidos en los siguientes grupos de edades, observando una media de 40 años de edad, siendo más joven la población con respecto a años anteriores: (figura 1).

El Diagnóstico de los usuarios/as del Centro durante 2001, teniendo en cuenta que algunos usuarios/as muestran un diagnóstico dual, se puede agrupar: (figura 2).

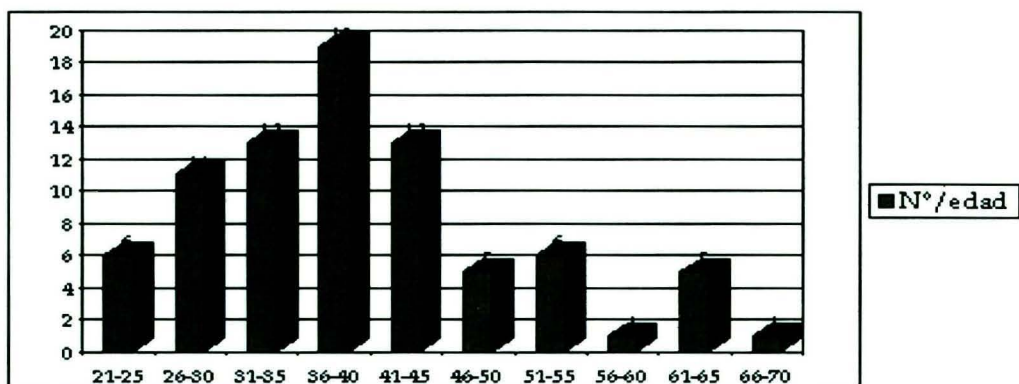
Los requisitos de acceso al C.E.E.M.C. según el D.O.G.V. de fecha 13 de Febrero de 1997 son:

- Estar atendido y ser derivado desde los servicios de salud Mental.
- Edad entre 18 y 65 años.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal de apoyo familiar y social.
- Estar en situación psicopatológica estabilizada y no en fase de crisis psiquiátrica.
- No padecer enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia médica o de enfermería especializada y continuada.
- No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás.

Las finalidades básicas del Centro para Enfermos Mentales Crónicos serían las siguientes:

- Aumentar la calidad de vida y la dignidad personal y social del usuario. Se trataría de jugar con el delicado equilibrio entre necesidades y recursos, de forma que un sujeto adquiriera un cierto nivel de competencia social que le permita cubrir sus propias necesidades, y sentirse satisfecho de sus logros.
- Permitir al enfermo el desempeño del mayor número de roles socialmente válidos, en ambientes lo más

Figura 1.



normalizados posibles, mediante programas de entrenamiento para habilitar en el individuo recursos personales que favorezcan dicho desempeño social.

- Conseguir un desempeño de roles adecuado y no sólo la emisión de conductas, ya que el concepto de rol está totalmente relacionado con el ambiente en el que se desarrolla y que lo demanda.
- Potenciar la responsabilidad individual, la solidaridad, el respeto, la participación, la igualdad, la autoestima; mediante actividades cotidianas (por ejemplo, tareas domésticas, juegos, trabajos en grupo, talleres...).
- Fomentar la individualidad. Teniendo en cuenta las características propias de cada persona, potenciar y desarrollar su normalización e integración dentro de su entorno social.

La rehabilitación del usuario es un proceso integral llevado a cabo por el equipo técnico del centro mediante un trabajo interdisciplinar, donde seguimos cuatro fases: acogida, evaluación, intervención y seguimiento.

La atención psicológica se realiza a dos niveles:

- Nivel individual, cada uno de los usuarios es atendido por una de las psicólogas desde su ingreso hasta el día de alta.
- Nivel grupal, se coordina el trabajo de las dos psicólogas del centro para desarrollar los diferentes programas rehabilitadores del área psicológica.

1. Fase de acogida

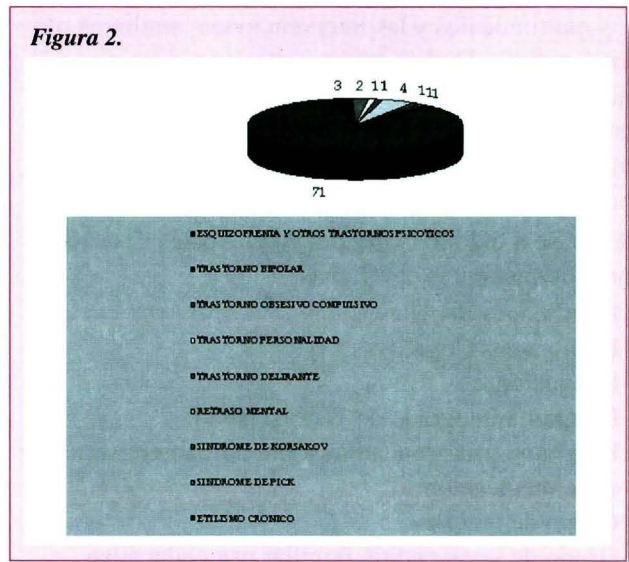
En ella intentamos lograr una buena adaptación del usuario al centro y una progresiva introducción al mismo, con el objetivo de reducir el impacto estresante del cambio y a promover la seguridad y la sensación de acogida. Cuando el equipo considera que el usuario se ha estabilizado se procede a efectuar la evaluación psicológica.

2. Fase de evaluación

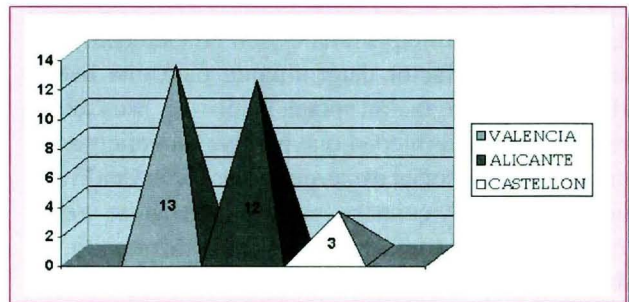
Donde evaluamos la situación actual del usuario en los siguientes aspectos: psicopatológico, asistencial, social, familiar y laboral.

Realizamos una evaluación global que comprenda tanto al usuario como su entorno familiar, esto se valora a través de diferentes entrevistas con el usuario y con los familiares. Además obtenemos información del estado usuario mediante el informe clínico y social que nos remiten, la aplicación de diferentes escalas y la observación directa de su funcionamiento en el centro.

Figura 2.



La procedencia de los ingresos:



Sobre todo, fijamos nuestra atención en la valoración de las siguientes áreas: autocuidado, autonomía personal, integración social, aspectos cognitivos, autocontrol, habilidades sociales, conciencia de enfermedad y responsabilidad en la toma de medicación.

3. Fase de intervención

Intervenimos sobre los problemas y necesidades concretas de cada usuario. Se determinan tras la evaluación que servirá de base para establecer el Programa Individualizado de Rehabilitación (P.I.R.), donde se definen los objetivos específicos y operativos con cada usuario cuya evaluación será continua.

Los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001) para una mejor recuperación de la esquizofrenia, junto a las estrategias farmacológicas, son: el entrenamiento en HHSS, tratamientos cognitivos conductuales (dirigidos tanto a los síntomas positivos de la enfermedad como a las alteraciones de los procesos cognitivos básicos subyacentes), los paquetes integra-

dos multimodales y las intervenciones familiares psicoeducativas. Dichos tratamientos van dirigidos a la mejora del funcionamiento social e interpersonal del usuario, a promover una mayor autonomía y disminuir los síntomas, en definitiva mejorar su calidad de vida.

En base a todo lo expuesto, en el Centro desarrollamos los siguientes programas:

- Habilidades Sociales.
- Habilidades Cognitivas.
- Relajación.
- Programa Integrado de Terapia (IPT).
- Programa psicoeducativo sobre autoadministración de la medicación.
- Grupo de terapia.
- Grupo de intervención familiar psicoeducativa.

Habilidades Sociales

Las relaciones interpersonales son un elemento fundamental y un factor determinante para una buena adaptación e integración social. Dado que la esquizofrenia es una enfermedad que incluye un déficit en el funcionamiento social e interpersonal, conllevando una fuente de estrés y contribuyendo así a recaídas y exacerbaciones sintomáticas (Bellack, Morrison, & Mueser, 1989; Liberman, 1993; Wallace, 1984), creemos necesario incluir en la rehabilitación del enfermo mental un programa de entrenamiento en habilidades sociales.

Por otra parte su capacidad para expresar sentimientos, deseos e intereses queda mermada en gran medida por los propios síntomas de la enfermedad. Por lo tanto encuentran muchas dificultades a la hora de establecer y mantener relaciones creando una red de apoyo social pobre y muchas veces inadecuada.

Así pues, el entrenamiento en habilidades sociales es un área fundamental a tener en cuenta dentro del marco de la rehabilitación del enfermo mental crónico, para potenciar sus recursos individuales de afrontamiento y la red de apoyo social.

Para incluir a un usuario en un programa de HH.SS. se realiza una evaluación inicial donde se hace una observación de todas las áreas generales de las interacciones interpersonales para entrenar aquellas que sean deficitarias en cada usuario.

Se han dividido las áreas a entrenar en varios niveles donde se trabajan desde las habilidades más básicas

de comunicación verbal y no verbal (mirada, gestos, distancia, saludar, presentarse, iniciar y mantener conversaciones...) hasta otras más complejas (entrenamiento en conductas asertivas).

Los objetivos que se persiguen en el entrenamiento en habilidades sociales serán progresivamente superiores dependiendo de los déficits, pero también de las capacidades que presentan los usuarios de cada nivel. La progresión sería la siguiente:

- HH.SS. básicas (mirada, escucha activa, distancia...)
- Habilidades de comunicación (iniciar, mantener conversaciones...).
- Estilo de comportamiento asertivo (decir no, hacer cumplidos, recibir críticas...).
- Resolución de problemas.

Con algunos usuarios con un nivel cognitivo menos deteriorado se entrena las HHSS dentro del Programa de Terapia Integrada de la Esquizofrenia (Roder, Brenner, 1992).

La aplicación del programa de HH.SS. se desarrolla en sesiones de 45 minutos por un terapeuta y un coterapeuta para una mejor observación y modelado.

El proceso se establece de un modo gradual para ir moldeando la conducta que queremos instaurar e ir reforzando cada aproximación del usuario a dicha conducta. Se aplica pues un procedimiento de autoinstrucciones, modelamiento de la habilidad, ensayo conductual, role-play, feed-back positivo.

El problema fundamental es la generalización de lo entrenado a situaciones reales debido a su institucionalización.

Los ensayos serán múltiples y de corta duración y la presentación secuencial y controlada para disminuir la distraibilidad que caracteriza a estos usuarios (modelo orientado a la atención de Óscar Vallina y Serafín Lemos).

Habilidades Cognitivas

Al igual que ocurre con las habilidades sociales, las habilidades cognitivas también se ven afectadas en la esquizofrenia de forma importante, sobre todo a nivel de atención, concentración, memoria.

El objetivo del programa de habilidades cognitivas es conservar y potenciar aquellas habilidades que ya poseen, y a la vez, evitar un mayor deterioro progresivo. Para ello utilizamos diferente bibliografía y hace-

mos una adaptación a las características de los usuarios con los que trabajamos.

El perfil de usuarios de este centro presenta diferentes grados de deterioro cognitivo, para cuya evaluación utilizamos diferentes instrumentos y una vez evaluadas las deficiencias se asigna a cada usuario a un nivel diferente. En total tenemos cuatro niveles que van desde un nivel I, donde se ubicarán a aquellos usuarios con severos déficits a nivel de atención, memoria, concentración, etc. y con un nivel intelectual bajo; hasta un nivel IV, que son aquellos con un nivel de deterioro leve y con un coeficiente intelectual medio-alto.

Los niveles más altos, III y IV, trabajan las habilidades cognitivas dentro del programa de terapia integrada de la esquizofrenia.

Relajación

Este programa no se lleva a cabo con todos los usuarios, sino que solamente lo siguen aquellos que presentan niveles de ansiedad elevados y cuyas respuestas fisiológicas invalida al usuario para responder de forma adecuada ante situaciones de la vida diaria.

Seguimos el programa de relajación muscular de Jacobson, introduciendo ejercicios de respiración.

Programa Integrado de Terapia (I.P.T. Brenner, Roder et al., 1992).

Este programa se lleva a cabo con los dos niveles más altos, III y IV.

Partiendo del supuesto de que los esquizofrénicos muestran deficiencias en diferentes niveles funcionales de organización de la conducta (nivel atencional-perceptivo, nivel cognitivo, nivel micro y macro social), Brenner y cols. desarrollaron este programa como una terapia psicológica integrada.

El IPT es un programa de intervención grupal, de orientación conductual, para el mejoramiento de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes esquizofrénicos que consta de cinco subprogramas (diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales). Se avanza desde tareas simples y pre-visibles hasta tareas más difíciles y complejas.

Programa Psicoeducativo sobre autoadministración de la medicación.

Partiendo de la idea de que la esquizofrenia es una enfermedad crónica que necesita un tratamiento far-

macológico prolongado, nos plantamos la necesidad de trabajar con algunos usuarios esta área con el objetivo final de conseguir una mayor autonomía y que sea capaz de mantener una correcta administración de su medicación.

Para conseguir este objetivo final nos plantamos que es necesario que el usuario tenga información tanto de la enfermedad que padece (su curso, evolución y síntomas) como de la medicación (sus efectos tanto positivos como secundarios y sus incompatibilidades con otras sustancias). También se le ayuda a adquirir unas pautas de medicación correctas y a aprender a utilizar los recursos sanitarios. Se pretende con todo esto que el usuario adquiera una mínima conciencia real de enfermedad para conseguir una mayor adhesión al tratamiento.

El programa que seguimos consta de dos fases, una primera teórica que conlleva un acercamiento psicoeducativo a la enfermedad; y una segunda, práctica, implantada tras haber superado la fase anterior, que consiste en la puesta en marcha de la autoadministración de medicación individual.

Grupo de Terapia

El trabajo en grupo se centra en suscitar la sensación de que uno posee un repertorio de habilidades que le va a permitir salir más o menos airoso de situaciones que hasta el momento le han desbordado. El objetivo es fomentar una sensación de competencia personal, de dominio del medio para que el sujeto intente afrontar la situación que le resulta estresante.

A través de un programa de habilidades de autocontrol se ha trabajado la prevención de la ansiedad y de la depresión.

Actualmente se está entrenando en habilidades de comunicación y resolución de problemas con el objetivo de mejorar las relaciones familiares.

Grupo de Intervención Familiar psicoeducativa

Teniendo en cuenta que las familias de estos usuarios suelen caracterizarse por una alta expresividad emocional (actitudes críticas, hostiles) y una sobreimplicación que afecta negativamente a la evolución del enfermo mental, creemos que dentro del proceso de rehabilitación es de suma importancia contar con un programa de asesoramiento y orientación a las familias para mejorar la interrelación familia-paciente.

Con la aplicación de este programa se persiguen varios objetivos, entre ellos disminuir el sentimiento de culpabilidad de las familias, dar información para que obtengan un mayor conocimiento de la enfermedad y desarrollar procedimientos educativos para el manejo del paciente.

Hemos dividido el programa en tres etapas diferenciadas:

- Psicoeducación familiar (información acerca de la enfermedad, sus síntomas, su evolución, tratamiento, aspectos sociales...)
- Entrenamiento en comunicación (identificación de pródromos, estrategias de afrontamiento a la enfermedad, expectativas, fijar normas de convivencia...).
- Entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas (comunicación efectiva verbal y no verbal, actitud ante la conversación delirante, como afrontar el estrés, manejo de situaciones difíciles...).

También forma parte de este programa una serie de actividades lúdico-festivas de convivencia grupal que se realizan en el Centro, donde se favorece el encuentro entre familias, usuarios y profesionales.

4. Fase de seguimiento

Una vez alcanzado los objetivos planteados en el PIR, se desarrolla un proceso de adaptación y reinserción en la comunidad en estrecha colaboración con los Servicios de Salud Mental de referencia y los Servicios Sociales generales para optimizar el uso de recursos socio-comunitarios normalizados.

El área social del CEEMC de Bétera está formada por un Técnico/a Superior en Integración Social y un Trabajador/a Social.

La intervención social se enfoca en tres niveles:

- Individuo: Intervención sobre el individuo.
- Familia: intervención sobre el entorno próximo.
- Entorno Social: intervención sobre la comunidad.

NIVEL INDIVIDUAL: Se establecen unos objetivos individuales y diferentes para cada usuario a partir de la valoración de las necesidades subjetivas del paciente, las necesidades objetivas del caso, las condiciones personales-sociales del usuario y las posibilidades asistenciales.

A nivel individual el/la Trabajador/a Social realiza un proyecto de intervención social individualizado,

informa sobre los recursos socio-sanitarios y económicos posibles, potencia sus capacidades personales encaminadas a la autoestima y a prevenir la exclusión social, acompaña y colabora con el paciente en el proceso de normalización e integración...

NIVEL FAMILIAR: Se realiza un proyecto de intervención familiar que tiene entre sus objetivos: Conocer el medio familiar, informar sobre la enfermedad, intervenir con la familia, posibilitar el contacto entre familias que tienen una problemática común, informar sobre los recursos socio-sanitarios y económicos existentes, intervenir en grupos de familias y fomentar el asociacionismo.

NIVEL COMUNITARIO: El/la Trabajadora Social establece la coordinación del paciente con los recursos de la comunidad facilitando la integración del enfermo mental en la sociedad.

En este nivel y desde el CEEMC el equipo del área social ha de informar a las distintas entidades e instituciones de las características de los enfermos mentales, conocer los recursos formales e informales existentes y coordinarse con ellos, elaborar un fichero de recursos sociales...

En este punto es importantísima la coordinación con otros recursos comunitarios ya que posibilita unos adecuados canales de información y derivación, además de una clara delimitación de funciones y de ámbitos de trabajo y colaboración dentro del proceso de rehabilitación de cada usuario. El CEEMC se coordina con:

- Centros de Salud, los Centros de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
- Servicios Sociales Generales y Específicos.
- Recursos Residenciales: residencias, casas de transición, viviendas tuteladas...
- Centros de Rehabilitación e Inserción Social y Centros de Día para enfermos mentales crónicos.
- Coordinación y colaboración con la iniciativa social optimizando todos los esfuerzos y voluntades de cara a la mejora de la atención y la calidad de vida de esta población.
- Coordinación con recursos comunitarios promotores de empleo: se encarga principalmente la Terapeuta Ocupacional del Centro.
- Coordinación con todos los recursos que sean necesarios para la rehabilitación psicosocial de los usuarios de nuestro Centro.

El valor de la Terapia Ocupacional en el campo de la Salud Mental no reside solamente en la distracción de la atención del paciente de su problemática, sino en una correcta selección de las distintas ocupaciones posibles, pudiendo dirigir su intención terapéutica a la modificación de los síntomas, actitudes en función de las características propias de la actividad desarrollada.

Todo el trabajo en rehabilitación tiene como objetivo esencial remediar discapacidades y compensar minusvalías. Frey (1984).

Dicha actividad, debe ser valorada, por su grado de dificultad, habilidad, repetición mecánica, y concentración que exige; así como las características de medio: ubicación, ruido, suciedad y coste del equipo y materiales, y cuyo objetivo principal sea de utilidad para mejorar, las capacidades funcionales, motoras y laborables del individuo y sobre todo que tenga un carácter significativo en la persona comprometida en dicha actividad.

En la práctica se observa la falta de motivación intrínseca de los usuarios hacia la realización de actividades, por ello, el trabajo del profesional intenta mejorar dicha motivación adaptando la actividad, empezando con actividades sencillas, e ir ajustando en cada caso la actividad en función de aptitudes, cooperación y sobre todo que esté encaminada en los objetivos a conseguir.

Por ello todos los residentes del centro pueden beneficiarse de los programas o talleres programados en el departamento de terapia ocupacional formado por un terapeuta ocupacional y dos monitores ocupacionales, junto con el equipo de auxiliares ocupacionales, para la ejecución de actividades, que sirvan para la implementación de un tratamiento, previamente determinado, de un paciente o conjunto de pacientes.

Los programas de terapia ocupacional diseñados cumplen diferentes objetivos clínicos, en función de las necesidades de cada sujeto.

Estos programas intentan cubrir las tres grandes áreas de la actividad humana como son: actividades de autocuidado, productivas y de ocio.

Todas ellas se hayan inmersas en un marco de referencia cognitivo – conductual, cuyos objetivos son la adquisición y el mantenimiento de un conjunto de habilidades y/o comportamientos que permitan al paciente una mayor capacidad de adaptación a su entorno,

posibilitándole ser más hábil para desarrollar de forma satisfactoria sus roles ocupacionales.

I. Los programas del área de terapia ocupacional impartidos en el centro son:

- *Actividades de la vida diaria de Autocuidado:*
 - Aseo personal.
 - Hábitos de vida.
- *Actividades de Autonomía:* -Manejo social “manejo del dinero y Educación vial”.
 - Conocimientos básicos “Educación de Adultos”.
 - Psicomotricidad.
- *Talleres:-Creativos:* “manualidades, teatro”.
 - Ludoterapia: “juegos de mesa, didácticos”.
 - Pre-laborales: “cocina, jardinería”.
 - Ocio y tiempo libre: “Salidas culturales, música, yoga”.

Dentro del área ocupacional junto con el área social dirigido por la trabajadora social, otro objetivo significativo para el centro es la integración laboral del usuario considerándolo como punto clave para facilitar la integración social del individuo. Sin embargo, gran parte de los pacientes institucionalizados en nuestro centro, no están integrados laboralmente y presentan dificultades para acceder, por ello, nos coordinamos desde el centro con entidades que desarrollan programas de formación ocupacional, centros especiales de empleo, bolsa de trabajo específicos, servicio valenciano de Empleo.

Referencias bibliográficas

- Fernandez Hermida y Pérez Alvarez, (2001). “*Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos*”. Psicothème.
- Bellack, Morrison, Mueser, (1989). “*Social problem solving in schizophrenia*” Schizophrenia Bulletin.
- Liberman, (1993). “*Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*”. Martínez Roca.
- Wallace, (1984). “*Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders*”. Schizophrenia Bulletin, 10, 233-257.
- “*Integrated psychological therapy for schizophrenic patients*” (ITP), Roder.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). “*Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*”. Psicothème.- “*Relajación muscular*”. Jacobson.