

## **REHABILITACIÓN DE CONDUCTA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS: PROYECTO URECO**

Juan Jesús Muñoz García<sup>1</sup>

*Especialista en Psicología Clínica*

*Coordinador de Rehabilitación del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid)*

Luisa Ruiz Sánchez

*Especialista en Psicología Clínica*

*Responsable de la URECO en la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados  
del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid)*

### **Resumen**

El abordaje de la enfermedad mental grave y duradera supone un reto para los profesionales encargados de implementar procesos rehabilitadores. En muchas ocasiones no sólo aparecen los signos o síntomas propios de estas patologías, sino que prevalecen otras circunstancias como el consumo de sustancias o la aparición de conductas disruptivas e incluso antisociales.

La presencia de estas conductas dificulta el propio proceso rehabilitador de estos usuarios y, por extensión, el de otros, suponiendo una dificultad añadida. En este contexto, se postula la creación de un dispositivo especializado en el abordaje de estos problemas de conducta en el marco de una Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados en la que la gran mayoría de los usuarios están ingresados de forma involuntaria. El planteamiento es valorar la idoneidad de este tipo de dispositivos con alta estructuración y límites, así como cuestionar su utilidad en la disminución o erradicación de conductas disruptivas.

**PALABRAS CLAVE:** *enfermedad mental grave y duradera, conductas antisociales, ingresos involuntarios.*

### **Abstract**

The approach of serious and lasting mental illness poses a challenge for professionals in charge of implementing rehabilitation processes. On many occasions it is not only the typical signs or symptoms of these pathologies that have to be taken into account/determine outcomes, but other circumstances such as substance abuse or disruptive and even antisocial behaviors, which frequently appear simultaneously.

The presence of these behaviors hinders the rehabilitation process of these users and, by extension, that of others, thus representing an additional difficulty. In this context, we propose the creation of a treatment unit specialized in these behavioral problems. This unit will be established within the framework of an inpatient service of prolonged psychiatric care, in which the vast majority of the users are involuntarily admitted. The aim is to assess the suitability of this type of unit characterized by high structure and limits, as well as to question its usefulness in the reduction or eradication of disruptive behaviors.

**KEYWORDS:** *serious and lasting mental illness, antisocial behaviors, involuntary admission.*

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Juan Jesús Muñoz García  
*Correo electrónico:* [JuanJesus.Munoz@sjd.es](mailto:JuanJesus.Munoz@sjd.es)  
*Fecha de recepción del artículo:* 1-7-2016  
*Fecha de aceptación del artículo:* 3-9-2016

## Introducción

Las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP) son dispositivos especializados en la atención a la enfermedad mental grave y duradera en la Comunidad de Madrid. Estas unidades, junto a otros dispositivos, suponen una parte de los recursos destinados a las personas afectadas por patologías psíquicas crónicas.

En el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (CSJD) está situada una UCPP de 286 camas distribuidas en diferentes unidades (módulos) en los que se han adoptado diferentes medidas encaminadas a la implantación de un modelo basado en una filosofía rehabilitadora para usuarios que, en muchas ocasiones, han pasado por la práctica totalidad de los recursos de la red asistencial. Este devenir puede alentar una aparente imposibilidad rehabilitadora y/o de reintegración en la comunidad.

Conscientes de esta tesitura en el año 2008 se elaboró un proyecto de cambio global en el CSJD consistente en la implantación de un conjunto de medidas que posibilitasen la asunción de una filosofía rehabilitadora para los usuarios ingresados en la UCPP. Estas medidas fueron plasmadas en el llamado Proyecto “REULE” (Rehabilitación en Unidades de Larga Estancia –eufemismo de UCPP-) (ver Muñoz y Manzano, 2010) y abarcaban, entre otros, los siguientes ámbitos: organización del dispositivo, roles profesionales, técnicas de evaluación e intervención (ver Muñoz, Manzano, Navas, Santos y Ortiz (2012) o creación de módulos para facilitar procesos de externalización (Muñoz, 2013) junto con pisos de integración en la comunidad.

Entre las principales medidas del Proyecto REULE estaba la de organizar a los usuarios en las unidades atendiendo a su perfil de desempeño psicosocial (Muñoz y Manzano, 2010) unido a los años de ingreso en el dispositivo. En la práctica, la primera variable sería un indicador de funcionamiento y/o posibilidades de adaptación amén de estabilidad clínica (se midió a través del EEAG – GAF, es decir, eje V del DSM-IV-TR) y la segunda sería una referencia del nivel de institucionalización como posible símil de dificultades de integración en la comunidad. Con ambas variables se realizó un análisis de conglomerados que reveló la existencia de cuatro perfiles que se denominaron: 1) Independientes Institucionalizados –II-, 2) Independientes No Institucionalizados –INI-, 3) Dependientes Institucionalizados –DI- y 4) Dependientes No Institucionalizados –DNI- (Muñoz, Manzano, de la Hera, Rivera, Chamorro et al., 2011).

Sin embargo, el hallazgo de estos perfiles también ha servido para detectar un conjunto de usuarios que no encajaban en la descripción previa y que, al analizar cualitativamente los casos, tenían como elemento común la presencia de conductas disruptivas de diversa índole y/o la presencia de antecedentes por consumo de drogas e incluso, en algunos casos, un consumo presente en el momento del estudio. Por añadidura, en el día a día del centro, y en los últimos años, se había constatado un agravamiento de los problemas de conducta de determinados usuarios del centro y/o, en su defecto, un cambio en el perfil de ingresos que, en ocasiones, supone una dificultad sumada a la ya de por sí compleja tarea de rehabilitar a usuarios aquejados de enfermedad mental grave y duradera. Estos usuarios que incrementaban el nivel de dificultad de nuestras intervenciones presentaban, con relativa frecuencia, conductas auto o hetero-agresivas, problemas graves de alcoholismo y/o drogodependencias, conductas antisociales, etc. En muchas ocasiones, se trataba de trastornos de la personalidad del Cluster B (principalmente antisociales y límites), si bien cabían otras posibilidades diagnósticas cuya principal área de trabajo eran problemas de conducta relacionados con la impulsividad. También era evidente que para los profesionales del centro se generaban grandes dificultades comprometiendo, en muchas ocasiones, las posibilidades de un trabajo eficaz.

Por otro lado, hay que ser consciente que, con mayor paralelismo del que nos gustaría, el prototipo de perfil que está ingresando en la UCPP se ajusta a la doble tipología descrita por Desviat, Fernández y Rendueles (1986) que identificaba los perfiles 1) Remanente manicomial o hard-core y los llamados 2) Nuevos pacientes, que se caracterizaban por la posible concomitancia de esquizofrenia y trastornos de la personalidad, así “como graves problemas de conducta que requerirían programas intensivos de tratamiento y mayor control”.

En este contexto, se consideró la idoneidad de generar un dispositivo en la UCPP donde se abordasen específicamente estos problemas. Este dispositivo se denominó Unidad de Rehabilitación de Conducta (URECO) y seguidamente desarrollaremos sus principales características tanto estructurales como funcionales. En la práctica la creación de la URECO supuso un punto de inflexión en la UCPP del CSJD al suponer un elemento facilitador de la rehabilitación de usuarios con graves problemas de conducta ingresados, en la mayoría de los casos, de forma involuntaria (Muñoz 2010), algo que acrecienta la dificultad de implicación y/o motivación en su tratamiento. Con todo, el dispositivo pretendía suponer un apoyo más en el proceso de intervención de las personas ingresadas en UCPP que presentaban las problemáticas mencionadas y siempre adoptando un enfoque basado en la rehabilitación psicosocial (ver Rodríguez, 1997).

### **La Unidad de Rehabilitación de Conducta -URECO-**

#### *Objetivos*

El objetivo general de la URECO es dotar al CSJD de un dispositivo especializado en el abordaje de problemas de conducta graves que aporte un entorno donde realizar e implementar programas y estrategias terapéuticas específicas centradas en la modificación de conducta, la regulación emocional, el autocontrol y la solución de problemas dentro de un contexto rehabilitador que posibilite un acceso ágil y una utilización eficiente del recurso desde la perspectiva de intervenciones tanto breves como prolongadas.

Como objetivos específicos estarían los siguientes:

- Lograr en los usuarios que lo requieran una óptima adaptación a las normas sociales convencionales y, de forma particular, a las del centro, utilizando las técnicas de modificación de conducta y/o las estrategias terapéuticas oportunas y de contrastada eficacia, tanto en formato individual como grupal
- Reducción y/o modulación de la impulsividad a través de la implementación de estrategias terapéuticas individuales y/o grupales.
- Aprender y dominar las habilidades necesarias para modular y/o modificar las pautas conductuales, emocionales y de pensamiento asociadas a problemas de conducta graves.
- Disminuir la irritabilidad y/o agresividad en forma de amenazas y/o intimidaciones, peleas físicas o agresiones recurrentes (o esporádicas) utilizando técnicas de modificación de conducta y estrategias terapéuticas individuales o grupales.
- Atenuar las expresiones de ira y las dificultades para su control mediante estrategias terapéuticas individuales y/o grupales de contrastada eficacia.
- Abordar la autoimagen/autoconcepto y autoestima, tanto sobrevaloradas como devaluadas que puedan presentar estos pacientes y que actúan como instigadores, reforzadores y simplemente justificantes de sus problemas de conducta.
- Evitar un patrón mantenido y/o repetitivo, así como esporádico de consumo de sustancias psicoactivas proveyendo de los medios necesarios que posibiliten la intervención en este tipo de patologías.
- Dotar a los pacientes de un conjunto de estrategias de afrontamiento (dialécticas, nucleares, de dirección del caso e integradoras) y autocontrol.
- Aportar un espacio donde minimizar los riesgos de conductas auto y/o heterolesivas en cualquiera, trabajando estrategias terapéuticas individuales y/o grupales dirigidas a generar pensamientos, emociones y conductas alternativas.
- Fomentar la adquisición de conductas tales como habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones, habilidades de tolerancia al malestar y habilidades básicas de conciencia.

- Fortalecer la capacidad de establecer relaciones sociales basadas en actitudes y comportamientos prosociales.
- Favorecer la reincorporación a los planes de rehabilitación psicosocial diseñados por las unidades de origen.

### *Estructura*

Inicialmente, la URECO fue proyectada dentro de un edificio del Área de Salud Mental del CSJD.

Centrándonos en la estructura propiamente dicha de la URECO constaba de las siguientes estancias:

- Hall de entrada a la planta. - 2 Halls interiores.
- Comedor individual.
- *Office*.
- Botiquín.
- Sala de estar con televisión.
- Dos salas multifuncionales, siendo una de mayor tamaño que la otra.
- Patio de 800 m<sup>2</sup> exterior.
- Patio de 120 m<sup>2</sup>
- Sala de visitas.
- Vertedero.
- Sala de ropería.
- Tres despachos profesionales: psicología clínica, psiquiatría y coordinador de enfermería.
- Ascensor.
- Vestuario de personal.

### *Problemas de conducta derivables a la URECO*

La pregunta fundamental que puede surgir en la apertura de la URECO es qué tipo de problemas de conducta pueden derivar en un ingreso en el dispositivo y/o, análogamente, qué patologías es más posible sean las que presenten los usuarios que puedan ingresar.

Un perfil prototípico de ingreso en esta unidad son usuarios aquejados de trastornos en los que predomina la impulsividad. No obstante, esto no quiere decir en absoluto que toda persona diagnosticada de trastornos en los que este constructo sea central (p. e.: trastorno límite de la personalidad) deba ser ingresada en la URECO. Además, cabe señalar que lo idóneo de cara a derivar a un paciente a este dispositivo no es su estado más inmediato y/o un problema de conducta grave pasado, sino que habría que analizar la presencia de problemas de conducta en un periodo temporal largo como podría ser entre 6 meses y 1 año.

Los problemas conductuales y/o las consecuencias de trastornos mentales más habituales que podrían generar las derivaciones a la URECO:

- Conductas agresivas en cualquiera de sus formas: violencia física, psicológica o intelectual. Se excluyen cuadros de agitación que serían propios de un abordaje en zona de observación psiquiátrica.
- Descontrol de diversos impulsos: se reitera la importancia del criterio clínico de cara a dilucidar la idoneidad de una zona de observación frente a este dispositivo. Se abarcarían problemas tales como juego patológico, tricotilomanías, dipsomanías u otras afecciones de esta índole.
- Aparición reiterada de conductas antisociales: robos, “trapicheos”, etc.
- Consumo de sustancias psicoactivas: como se ha señalado, se pretende que puedan ingresar personas con problemas de consumo y que, no hayan logrado periodos mínimos de abstinencia

de tres meses en un margen temporal mínimo aproximado de entre 6 meses y un año (caso de las estancias duraderas).

### *Modalidades y criterios de ingreso*

La creación de un nuevo dispositivo en ausencia de datos empíricos que lo justifiquen y sólo basándonos en la práctica clínica deriva en la necesidad de aportar un marco estable a las posibles intervenciones a efectuar y, además, posibilitar un entorno ágil y práctico para dificultades comportamentales que aparecen en la UCPP.

Nos ha parecido indispensable señalar los formatos temporales de ingreso, así como realizar una breve aproximación a los periodos mínimos recomendables. De forma operativa, se consideran útiles dos modalidades de ingreso que se vinculan a temporalidad, pero se determinan a partir de la gravedad y frecuencia de los comportamientos que motivan el ingreso en la URECO:

- Unidad de Rehabilitación de Conducta – Ingreso Duradero (URECO-ID): bajo esta posibilidad de ingreso estarían aquellos usuarios que cumplan el criterio de presencia de problemas de conducta con alta frecuencia y/o de una gravedad tal que dificultan tanto la rehabilitación y, sobre todo, adaptación del individuo que los presenta, como la de su entorno más cercano, a saber, familia, otros usuarios y, por supuesto, profesionales del centro (ver Tabla 1).

La URECO-ID pretende aportar un entorno estructurado en el que se implementen programas centrados en conductas disruptivas sin rehuir del trabajo cognitivo y emocional. La asunción de este formato de ingreso conlleva un periodo mínimo de intervención de seis meses, procediéndose a evaluaciones de consecución de objetivos por parte de los profesionales del dispositivo mediante un protocolo psicodiagnóstico específico diseñado.

- Unidad de Rehabilitación de Conducta – Estancia Breve (URECO-EB): una de típicas en la UCPP del CSJD es la aparición de incidencias conductuales que enturbian las dinámicas de trabajo rehabilitador y que, a menudo, suponen una carga añadida de trabajo para el personal amén de perjuicio para otros usuarios. La URECO-EB pretende dinamizar la intervención en conductas disruptivas que no revistan una gravedad que oriente hacia un programa estructurado de tratamiento. El período mínimo recomendado de ingreso es de 48 horas dentro de un marco de intervención conductual. Ese período de ingreso nunca excederá de dos semanas. El símil es el de una equivalencia relativa a una estrategia de tiempo fuera de reforzamiento ante la presencia de conductas problemáticas.

### *Acogida y evaluación*

El ingreso en un dispositivo como la URECO es difícil por numerosos factores, entre los que cabe señalar:

- La estigmatización que supone para un usuario ser derivado a un dispositivo específico centrado en problemas comportamentales.
- El propio conocimiento que tienen los usuarios del resto y la posible aparición de procesos de identificación y/o de mecanismos de defensa como la negación.
- Rechazo de los familiares a un dispositivo que podría ser visualizado como *ghetto* y no como entorno terapéutico, negando el que su familiar se identifique con el perfil de ingreso o vinculándolo a conductas delictivas.
- Estigma generado por el propio personal del centro mostrando desconfianza o pesimismo ante las posibilidades terapéuticas del dispositivo y considerándolo un lugar meramente custodial.

**Tabla 1.** Criterios de ingreso en la URECO

	URECO-ID	URECO-EB
Trastorno mental	Trastornos del control de los impulsos que generen graves problemas de convivencia durante un periodo continuado de tiempo (una frecuencia no inferior a un problema de conducta semanal durante un período continuado de al menos un mes). Caben así circunstancias como ludopatías o problemas derivados de un trastorno explosivo intermitente.	Trastornos del control de los impulsos que generen un problema grave en el dispositivo de referencia de forma esporádica, asumiéndose los mismos problemas de base que para la estancia duradera, si bien no es necesario un diagnóstico, sino simplemente la incidencia conductual disruptiva.
Problema de conducta	Aparición reiterada de problemas de conducta tales como: robos, “trapicheos”, agresiones, etc., que dificultan el seguimiento de un plan terapéutico propio y/o de otros pacientes. Se considerará como definitorio del criterio una frecuencia mínima de un problema de conducta a la semana durante al menos un mes.	Aparición esporádica de problemas de conducta tales como: robos, “trapicheos”, agresiones, comercio con productos comprados, etc., que, como se ha dicho previamente, dificultan el seguimiento de un plan terapéutico propio y/o de otros pacientes.
Consumo de drogas	Aparición reiterada de consumo de tóxicos que se sitúa en no haber logrado al menos dos períodos de abstinencia iguales o superiores a tres meses en un periodo de un año.	Aparición esporádica de consumo de tóxicos debiendo ser los módulos de UCPP derivantes las responsables de contabilizar y analizar el patrón y la frecuencia de consumo, de cara a estimar si requiere una estancia duradera.
Repetición de ingresos	Ingresarán también aquellas personas que durante un periodo de dos meses hagan al menos tres ingresos en la modalidad de estancia breve (URECO-EB) por la aparición esporádica de cualquiera de los problemas anteriormente mencionados.	

- La involuntariedad y/u obligatoriedad del ingreso en el dispositivo puede mermar las posibilidades de colaboración y de compromiso terapéutico de los usuarios en las diferentes propuestas que se realicen.
- El carácter restrictivo de algunos procedimientos terapéuticos puede generar dificultades de comprensión al paciente, familiares y personal del dispositivo y centro que enturbien las dinámicas de trabajo.
- La tendencia en estos dispositivos a una orientación custodial y/o asistencialista por parte del personal, frente a la pretensión de un marco rehabilitador.
- Pese a estas limitaciones, el personal del dispositivo ha de ser consciente de la importancia que puede tener aportar un entorno estructurado a la resolución de diferentes problemas

comportamentales y, en este sentido, la URECO puede suponer un entorno estructurado, contenedor y, sobre todo, facilitador, de un trabajo individualizado con perfiles de usuarios en el que el control estimular minimice los riesgos de recaídas (p. e.: consumo de drogas).

### *Intervenciones*

*Intervenciones individuales.* La realización de intervenciones individuales se asume que es competencia de cada profesional, si bien han de estar reflejadas o, en su caso, reflejarse, en un Plan Individual de Abordaje Conductual (PIAC) del usuario y, por supuesto, en su historia clínica.

Es evidente que cada profesional tiene su propia metodología de trabajo, pero los posibles terapeutas de la URECO que realicen consultas individuales, a saber, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, psiquiatra o DUE, han de tener claro un trabajo que minimice las distancias entre ellos y el usuario. A nivel clínico, se recomienda una intervención de orientación humanista y cognitivo-conductual a todos los profesionales. Requerimos pues una atención basada en la confianza interpersonal con ciertas dosis de directividad. Señalar, que los trabajos individuales, amén de ser plasmados en el PIAC y/o en la historia clínica deben ser centralizados/consensuados con el responsable clínico del dispositivo (psicólogo clínico).

Por otro lado, aunque no se profundiza en los formatos de intervención ni en las técnicas a emplear de terapia individual, sí se estima conveniente hacer un planteamiento de continuo temporal y reforzadores ajustado a los diferentes casos.

En el caso de los formatos de intervención duradera (URECO-ID) se proponen tres situaciones prototípicas a plantear según cada usuario y en función de su problemática conductual. Estas modalidades pueden hacerse en un continuum de mayor a menor restricción de reforzadores o viceversa y, por supuesto, se puede empezar con cada usuario en la modalidad que se considere más idónea. El facultativo responsable del dispositivo es quien debe valorar, junto al equipo terapéutico, la opción más acertada, pero, en todo caso, parece más lógico que en un ingreso duradero se realice una jerarquía.

Esto es un simple marco de trabajo y nunca ha de sustituir las intervenciones que el equipo crea más idóneas. De forma somera, las tres fases de intervención en la URECO-ID serían las siguientes (ver Tabla 2):

- Fase de mayor gravedad de problemas de conducta y/o situación de derivación inicial a la URECO-ID: se partirá de una retirada y hetero-administración de los reforzadores en función de programas terapéuticos individualizados y gestionados mediante contratos conductuales que responsabilicen al usuario de su proceso terapéutico. En principio, las salidas de la URECO se realizarán con acompañamiento por parte del personal, debiendo lograr un consenso los profesionales implicados en la URECO con los planteamientos de trabajo comunitario básicos (p. e.: grupos pequeños). En el caso de las salidas con familias y/o situaciones análogas serán consensuadas por el equipo de la URECO realizando un análisis individualizado del caso.
- Fase de adaptación a la URECO-ID: no se realizará una delimitación temporal ni del inicio ni de la finalización de esta fase dado el carácter aproximativo del documento, aunque dadas las dificultades que suelen presentar estos usuarios conviene ser cautos a la hora de flexibilizar su situación de ingreso y consistentes a la hora de exigir periodos temporales relativamente duraderos de consecución de objetivos rehabilitadores. Sin embargo, el éxito en la aplicación de los programas de intervención y/o la adecuación a los objetivos planteados ha de suponer –vía contrato conductual- una flexibilización de la estancia en la URECO mediante la posibilidad de salidas por el centro sin acompañamiento de personal, pero con un ajuste claro y preciso en el contrato conductual pertinente de las limitaciones que podrían acarrear volver a una primera fase.
- Fase de finalización de la estancia en la URECO-ID: el contrato conductual a efectuar con el usuario debe facilitar la posibilidad de que el paciente se reincorpore a un proceso rehabilitador “normalizado”. Es por ello que, con las mismas premisas que para la fase anterior,

se podrá pasar a una última fase en la que habrá una mayor flexibilización del régimen de ingreso en la URECO-ID siendo paralelo al que podría haber en las UCPPs de origen convencionales. La consolidación de los objetivos de derivación determinará la vuelta a la unidad derivante y/o al dispositivo/módulo que se considere oportuno.

**Tabla 2.** Fases de intervención en URECO-ID

Primera fase: gravedad	Segunda fase: adaptación	Tercera fase: finalización
Retirada de reforzadores y heterogestión de los mismos. Programas individualizados y grupales de alta estructuración y con supervisión. Salidas con acompañamiento del personal.	Flexibilización de las medidas conductuales adaptadas en función de la consecución de objetivos. Posibilidad de salidas del centro sin acompañamiento del personal.	Preparación para la reinserción en los recursos rehabilitadores convencionales del área de salud mental de la UCPP

Por último, señalar que los pacientes que estén en una estancia URECO-EB tendrán un régimen propio principalmente marcado por el derivante hasta llegar a los máximos temporales comentados, momento en el cual se asume, tácitamente, que la necesidad es de una estancia duradera. A partir de entonces, y hasta los periodos máximos indicados, lo idóneo es que la estancia del usuario (y no el abandono del dispositivo) estén marcados por el equipo terapéutico de la URECO.

*Intervenciones grupales.* Una unidad de estas características debe pivotar sobre un conjunto de procedimientos terapéuticos eficaces y, en este sentido, la implementación de terapias grupales es uno de los aspectos centrales de cara a lograr una maximización tanto del potencial terapéutico de nuestros profesionales como de las propias intervenciones en sí. En la Tabla 3 se presentan estos procedimientos con una breve descripción de sus contenidos, periodicidad y el/los profesional/es idóneo/s para su ejecución con el papel que es recomendable represente cada uno.

**Tabla 3.** Propuestas de grupos terapéuticos para la URECO

Grupo	Descripción	Periodicidad	Profesional/es
Terapia Dialéctica-Conductual	Abordaje de trastornos comportamentales vinculados a trastornos de la personalidad combinando diversas técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a una regulación emocional y llevar a la práctica métodos para sobrellevar la angustia (Linehan, 1993a, 1993b).	Un grupo semanal de dos horas de duración	Psicólogo Clínico (Responsable) y Psiquiatra (Coterapeuta).
Entrenamiento en Solución de Problemas	Estrategia de intervención clínica que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales. El objetivo general de la técnica es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico (Becoña, 2001). Fue creada por D'Zurilla y Goldfried en 1971 y revisada en 2007 por Nezu y Nezu (1991).	Un grupo semanal de 45 minutos de duración	Psicólogo Clínico



Entrenamiento en Inoculación de Estrés	La inoculación del estrés ( <i>stress inoculation</i> ) es un procedimiento cognitivo-conductual desarrollado por el psicólogo canadiense Donald Meichenbaum (1987) para reducir el estrés. Implica la adquisición de destrezas de afrontamiento y ensayo de las mismas.	Un grupo semanal de 45 minutos de duración	Psiquiatra (Responsable) y accesoriamente Psicólogo Clínico (Coterapeuta)
Grupo Operativo	Tiene bases del principio del vínculo y trata de explicar la estructura de la visión del mundo de cada individuo. El proceso grupal dentro del proceso de enseñanza – aprendizaje, se va a dar conforme a los roles o conductas que en ese momento tenga cada individuo. Partiendo del conocimiento de estos dos elementos es como se va a ir construyendo un aprendizaje grupal (Pichon-Rivière, 2001).	Un grupo semanal de una hora de duración	Psicólogo Clínico
Grupo de Familias	Las familias son un elemento esencial dentro de cualquier programa de rehabilitación psicosocial y, en este sentido, en la URECO se intentará aportar una información constante acerca del proceso de rehabilitación de conducta de los pacientes ingresados en el dispositivo.	Variable, aunque se recomienda una sesión quincenal de entre una hora y media y dos de duración	Psicólogo Clínico acompañado, a su elección, de otros profesionales
Prevención de Recaídas	El Programa de Prevención de Recaídas está compuesto por un conjunto de conocimientos y técnicas de Modificación de Conducta dirigidas a fomentar el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento necesarias para el mantenimiento de la abstinencia, tanto como para impulsar cambios en el estilo de vida que lo hagan incompatible con el consumo de drogas. Si bien es cierto que, por sí mismo, no aborda la totalidad de objetivos que conlleva el Programa Integral de Tratamiento y/o Deshabitación del drogodependiente, lo es aún más el que forma parte imprescindible del mismo (Marlatt, 1985).	Un grupo semanal de 45 minutos de duración	Psicólogo Clínico (Responsable) y accesoriamente DUE (Coterapeuta)

Relajación	<p>Métodos, procedimientos o actividades que ayudan a una persona a reducir su tensión física y/o mental. Generalmente permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira.</p> <p>Las técnicas de relajación a menudo emplean técnicas propias de los programas de control del estrés y están vinculadas con la psicoterapia, la medicina psicosomática y el desarrollo personal.</p>	Un grupo semanal de entre 30 y 45 minutos de duración	Terapeuta Ocupacional (Responsable)
Psicomotricidad	<p>Basándose en una concepción integral del sujeto, se ocupa de la interacción que se establece entre el conocimiento, la emoción, el movimiento y de su mayor validez para el desarrollo de la persona, de su corporeidad, así como de su capacidad para expresarse y relacionarse en el mundo que lo envuelve. Su campo de estudio se basa en el cuerpo como construcción, y no en el organismo en relación a la especie (Rodríguez y Llorca, 2008).</p>	Un grupo semanal de 45 minutos de duración	Terapeuta Ocupacional (Responsable) en compañía de Auxiliar de Enfermería
Ocio y Tiempo Libre	<p>Conjunto de procedimientos destinados a realizar una planificación eficiente del tiempo libre mediante la realización de actividades recreativas. Se contará, inicialmente, con actividades eminentemente internas (a nivel de centro) y, posteriormente, externas (en la fase final de ingreso en URECO)</p>	Variable. En principio una periodicidad semanal de unos 30 minutos de duración	Terapeuta Ocupacional
Actividad Ocupacional Productiva	<p>Realización de una actividad ocupacional que permita a los participantes implicarse en tareas en las que su desempeño va a correlacionar con la obtención de objetivos. Habrá dos actividades principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Huerto (interno a la URECO)</li> <li>2. Restauración (en un taller del centro y con supervisión continua)</li> </ol>	Variable. Se repartirán tiempos diarios entre todos los participantes	Terapeuta Ocupacional (Responsable) y accesoriamente Auxiliares de Enfermería

Actualidad	Reuniones dinámicas en las que se abordarán temáticas del día a día referidas a noticias de prensa, TV, radio, etc., que puedan producir una tertulia productiva	Variable. En principio una periodicidad semanal de unos 45 minutos de duración	Terapeuta Ocupacional (Responsable) y Auxiliar de Enfermería (Coterapeuta)
Musicoterapia	Técnica terapéutica que utiliza la música en todas sus formas con participación activa o receptiva por parte del paciente. Todos nosotros sabemos reconocer cuándo una canción nos parece “alegre” o nos parece “triste”.	Variable. En principio una periodicidad semanal de unos 30 minutos de duración	Terapeuta Ocupacional (Responsable) y Auxiliar de Enfermería
AVD- Instrumental Limpieza	Se pretende garantizar la responsabilidad y autonomía de los usuarios en el mantenimiento y conservación de los espacios en que habitan, siendo ellos quienes, previo entrenamiento, mantendrán las adecuadas condiciones de limpieza	Planificación grupal con reparto de tareas mediante cuadrantes	Terapeuta Ocupacional (Responsable) acompañado de Auxiliares de Enfermería (Coterapeutas)
AVD-Básica e Instrumental	Se pretende garantizar la higiene personal de los usuarios y fomentar su responsabilidad en el cuidado de su ropa y enseres	Planificación grupal con reparto de tiempos para las diferentes tareas (p. e.: plancha)	Terapeuta Ocupacional (Responsable) acompañado de Auxiliares de Enfermería
AVD- Instrumental Cocina	Se fomenta el aprendizaje de habilidades básicas de cocina. Se pretende que, por un lado, haya este aprendizaje y, por el otro, que en ocasiones esporádicas, se hagan cargo de su propia alimentación.	Un grupo semanal del tiempo necesario para la realización de una comida completa.	Terapeuta Ocupacional (Responsable) acompañado y, ocasionalmente, sustituible por Auxiliar de Enfermería
Educación para la Salud	Se abordarán dos áreas monográficas en uno o dos grupos indistintamente, desde una perspectiva, en primer lugar, psicoeducativa y, en segundo, práctica:  1. Automedicación: la finalidad esencial es un manejo responsable y autónomo de los fármacos por parte de los participantes.  2. Dieta saludable: el objetivo es concienciar a los pacientes de los beneficios de una dieta adecuada (p. e.: entrenamiento en diseño de dietas que luego puedan aplicar –menús) y, accesoriamente, garantizar que	Uno o dos grupos semanales de 45 minutos de duración.	DUE

	aqueellos pacientes con problemas derivados de esta área tengan autonomía en los controles somáticos pertinentes (p. e.: diabetes).		
Expresión Plástica	Procedimientos dirigidos a que los pacientes canalicen emociones desadaptativas y generen emociones positivas mediante ejercicios plásticos (pintura, plastilinas, arcillas, etc.).	Un grupo semanal de una hora de duración.	Terapeuta Ocupacional (Responsable) de Auxiliar de Enfermería (acompañamiento).

El conjunto de actividades terapéuticas propuestas, tanto individuales como grupales se plasman en un cronograma de funcionamiento del dispositivo que es el que se presenta en la Tabla 4. Puede verse como más allá de los espacios dedicados a las diferentes comidas diarias se plantean otros de descanso o espacio personal, así como otras actividades (p. e.: cine/deporte).

**Tabla 4.** Cronograma de funcionamiento en la URECO

<i>Hora</i>	<i>Día</i>	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>
<i>7h 30' a 8h 15'</i>		REALIZACIÓN AVD INDIVIDUAL				
<i>8h 15' a 9h</i>		DESAYUNAR				
<i>9h a 9h 15'</i>		REUNIÓN DIARIA				
<i>9h 15' a 9h 30'</i>		REUNIÓN DE "BUENOS DÍAS"				
<i>9h 30' a 10h 30'</i>		<i>Actualidad (TO)</i>	<i>Terapia Dialéctica – Conductual (DBT)</i>	<i>Solución de Problemas</i>	<i>Entrenamiento en Inoculación de Estrés / Psicomotricidad</i>	<i>Grupo Operativo</i>
<i>10h 30' a 11h 30'</i>		<i>Atención Individual</i>		<i>Atención Individual</i>		<i>Sesión Clínica / Taller de Cocina</i>
<i>11h 30' a 12h 30'</i>		<i>Prevención de Recaídas</i>	<i>Relajación</i>	<i>Expresión Plástica</i>	<i>Ocio y Tiempo Libre</i>	
<i>12 h 30' a 13h</i>		<i>Atención Individual</i>		<i>Musicoterapia</i>	<i>Atención Individual</i>	<i>Grupo de Familias (periodicidad quincenal – variable)</i>
<i>13h a 14h</i>		COMIDA			COMIDA / REUNIÓN DE REHABILITACIÓN	COMIDA
<i>14h a 15h</i>		<i>Espacio Personal</i>				DESCANSO
<i>15h a 16h</i>					<i>Espacio Personal</i>	
<i>16h a 17h</i>		<i>Educación para la Salud – Actividad</i>	<i>Educación para la Salud – Actividad Grupal –</i>	<i>Cine / Deporte</i>	<i>Actualidad (AUX)</i>	<i>Tiempo Supervisado de Juego</i>

	<i>Grupal – Medicación y Enfermedad</i>	<i>Alimentación, Sexualidad, etc.</i>	
<i>17h a 18h</i>			
<i>18h a 19h</i>			<i>Actividad Ocupacional Productiva</i>
<i>19h a 20h</i>		<i>EPS – individual</i>	<i>Tiempo Supervisado de Juego</i>
<i>20h a 21h</i>			<b>CENA</b>
<i>21h a 22h</i>			
<i>22 h a 23h</i>			<i>Espacio Personal</i>
<i>23h a 24h</i>			<b>DESCANSO</b>

### **Discusión y conclusiones**

La creación de un dispositivo como la URECO supone un reto dentro de una UCPP dadas las dificultades inherentes a las problemáticas abordadas, el contexto de involuntariedad en que se encuentran ingresados, amén de las propias dificultades derivadas de los trastornos mentales graves acompañados de conductas disruptivas que van a ser abordados en el dispositivo.

Este contexto obliga a crear unos criterios de ingreso y de funcionamiento del dispositivo que minimicen el riesgo de exclusión y/o la estigmatización de unos usuarios que ya de por sí tienen ese riesgo por sus patologías de base (habitualmente trastornos del espectro psicótico). Pero pese a estas dificultades, la URECO pretende ser un marco rehabilitador de conductas disruptivas/antisociales dentro de la UCPP. La tarea no es baladí ya que, en muchas ocasiones, el planteamiento de un proceso de rehabilitación psicosocial en una UCPP se antoja como algo complejo y, máxime, en el caso de centrarnos en problemáticas de conducta. Otros cuestionamientos pueden estar en torno a si la involuntariedad de ingreso que tienen la mayoría de los usuarios en UCPP y que, por tanto, está presente en el ingreso en la URECO, condiciona una implicación en los procesos terapéuticos propuestos que, en todo caso, requerirán del establecimiento de una vinculación y/o relación de confianza entre el equipo terapéutico, usuario y familia que minimicen los condicionantes del ingreso (Muñoz, 2010).

A priori, podría parecer que este dispositivo se aleja de los postulados de la reforma psiquiátrica española (Desviat, 2011). Sin embargo, aunque la reforma pretendió eliminar la hegemonía del hospital psiquiátrico, no hay que olvidar la existencia de pacientes con tal gravedad y cronicidad de su patología que pueden ser acreedores de unos cuidados más intensos en entornos más estructurados. A estas circunstancias, pueden añadirse otras como graves problemas de conducta en el contexto (o no) de trastornos de la personalidad del Cluster B (p. e.: límite y antisocial) que pueden hacer utópicos los planteamientos rehabilitadores en entornos de baja o media estructuración y, aún más, en ingresos de carácter voluntario.

Huyendo de retóricas basadas en un idealismo muchas veces alejado del pragmatismo, lo cierto es que la idoneidad de dispositivos como la URECO para pacientes aquejados de enfermedad mental grave y duradera acompañada de graves problemas de conducta sólo puede ser mostrada mediante la investigación y es precisamente esa la fase que se está desarrollando y que anticipa resultados prometedores a presentar a corto plazo. Con todo, la reflexión acerca de las posibilidades de tratamiento voluntario de determinadas afecciones se considera un debate necesario en el que, obviamente, intervienen elementos éticos, motivacionales, jurídicos, etc. pero que no deben alejarse del principio básico de lo mejor para el paciente y/o la sociedad.

## Referencias

- Becoña, E. (2001). Técnicas de solución de problemas. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 427-436.
- Desviat, M., Fernández, A. y Rendueles, G. (1986). La nueva cronicidad. En J. Espinosa (coord.), *Cronicidad en psiquiatría*. (pp. 305-358). Madrid: Pirámide.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. The New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de Inoculación de Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V.E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- Pichon-Rivière, E. (2001). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, J. y Llorca, M. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Madrid: Aljibe.
- Muñoz, J. J. (2010). Valoración de los trastornos psicóticos y sus repercusiones forenses: la esquizofrenia. En J. L. Graña, M.<sup>a</sup>. E. Peña y J. M. Andreu (Dir.), *Manual docente de psicología clínica, legal y forense – volumen II-*. (pp. 79-134). Madrid: Universidad Complutense.
- Muñoz, J. J. (2013). Externalización en Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados: Esquizofrenia Paranoide con Síndrome de Capgras. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 77-96.
- Muñoz, J. J. y Manzano, J. M. (2010). El desempeño psicosocial como criterio facilitador de la rehabilitación psicosocial en una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 10, 73-89.
- Muñoz J. J., Manzano J. M., Hera de la, M. I., Rivera, A., Chamorro, L. y Plaza, P. (2011). Rehabilitación psiquiátrica en un hospital de cuidados psiquiátricos prolongados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(112), 615-629.
- Muñoz, J. J., Manzano, J. M., Navas, E., Santos, J. M. y Ortiz, T. (2012). Terapia cognitivo-conductual grupal en el tratamiento de la sintomatología positivas de pacientes esquizofrénicos crónicos. Un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 12, 69-84.