



PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

3º CURSO DE LA DIPLOMATURA EN TRABAJO SOCIAL

DPTO. DE COMUNICACIÓN Y PSICOLOGÍA SOCIAL

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAL

- 1. Evolución histórica y planteamiento básico actual de la atención residencial.**
- 2. Tipología actual.**
- 3. Modelos de atención residencial.**
- 4. La comunidad terapéutica.**
 - 4.1. Características básicas de las C:T.**
 - 4.2. Rasgos comunes más generales.**
 - 4.3. Variables o Rasgos diversificadores.**
 - 4.4. Modelos de comunidades terapéuticas.**
 - . El modelo europeo.**
 - . El modelo americano.**
- 5. La terapia institucional.**
 - 5.1. Supuesto básico de tratamiento de la T.I.**
 - 5.2. Aspectos concretos del planteamiento de T.I. seguido en el centro.**
 - 5.2.1 Elementos externos u organizativos de la terapia institucional.**
 - 5.2.2 Elementos internos o de actuación en la terapia institucional.**
 - 5.2.3 Horizonte del proceso terapéutico institucional.**
 - 5.2.4 Alternativas terapéuticas a la T.I.**

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAL. **RESIDENCIAS Y COMUNIDADES TERAPEÚTICAS.**

Objetivos Específicos de Conocimientos

- Recorrer la historia de los acogimientos residenciales en los últimos 50 años.
- Reconocer los cambios habidos en la Comunidad Valenciana respecto del papel a desempeñar por los centros o residencias.
- Conocer los tipos de recursos residenciales de la Comunidad Valenciana, en el ámbito de los servicios sociales.
- Diferenciar los criterios por los que pueden clasificarse los recursos residenciales.
- Precisar las características que deben ser comunes a todos ellos
- Diferenciar entre un modelo de residencia de carácter residencia y otro de carácter educativo o terapéutico.
- Definir el concepto de Comunidad Terapéutica.
- Indicar las características básicas y comunes a las diversos tipos de comunidades terapéuticas.
- Indicar los Rasgos Variables o Diversificadores que pueden diferenciar a unas comunidades terapéuticas de otras.
- Señalar los principales rasgos diferenciales entre el Modelo Europeo y el Modelo Americano de comunidades terapéuticas.
- Analizar el planteamiento básico de la Terapia Institucional como modelo de intervención residencial.
- Explicar los elementos externos u organizativos de la Terapia Institucional.
- Explicar los elementos internos o de actuación en la Terapia Institucional:
- Conocer el alcance (temporal/personal) que puede esperarse de la Terapia Institucional en menores.
- Determinar los diversos Programas de Acogimiento Familiar como alternativa al acogimiento residencia en menores.

BIBLIOGRAFÍA ORIENTATIVA.

APCTT. Asociación de profesionales de comunidades terapéuticas para toxicómanos.

BARTON, R. (1959) *Institutional neurosis*. Boston: Wright

BASAGLIA, F. (1972) comp. *La institución negada*. Barcelona: Barral

BUENO, A (1990): Terapia institucional. Planteamiento de intervención en menores.

Revista de Serveis Socials, N° 11-12, p. 33-40 (Cfr. MARTÍNEZ, A. Y MUSITU, G. (1995): **El estudio de casos para profesionales de la acción social**. Madrid: Narcea, p. 215-230.

FUERTES, J., FERNANDEZ DEL VALLE, J. **Recursos residenciales para menores**. En: De Paul, J. y Arruabarena, I. (1996) Manual de protección infantil: Barcelona: Masson. Cap. 10, pp. 393-408.

GOFFMAN, E. (1984) *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

Instituto para el estudio de las adicciones: www.ieanet.com

MUÑOZ, R., REDONDO, E. Dirs. (1998) **Manual de la buena práctica para la atención residencial a la infancia y la adolescencia**. Madrid: Ministerio de Trabajo y AA.SS. y F.A.P.M.I.

OXFORD, J. (1992): *Ambientes institucionales*. En M. Herbert (Coord.): **Psicología en el Trabajo Social**. Madrid, Pirámide. Págs. 237-258.

Plan de ordenación de los servicios sociales de la comunidad valenciana. Orden de 9 de abril de 1990.

Plan de calidad asistencial gerontológico 1998- 2003. Generalitat Valenciana, 1998, pg 67: La red pública de residencias.

SÁNCHEZ VIDAL, A. (1991): **Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención**. Barcelona, PPU. Págs. 439-464.

1.- EVOLUCION Y PLANTEAMIENTO BÁSICO ACTUAL DE LA INTERVENCIÓN RESIDENCIAL.

Evolución histórica:

Tradicionalmente, se caracterizaron por:

- *Carácter benéfico-paternalista*
- *Objetivos segregacionistas y claramente discrecionales.*
- *Grandes establecimientos, masificación, heterogeneidad*
- *Progresivamente diversificación según la tipología de los usuarios*
- *“instituciones totales” con modelos asistenciales,*
- *Nacían y se mantenían de la beneficencia y sin ningún apoyo oficial.*
- *Sin cualificación profesional.*

Trasformación de los modelos residenciales

CAUSAS:

- La *implantación de política sociales*
- Los movimientos de la *antipsiquiatría*

CONSECUENCIAS:

En España > **años 80**:

. Políticas de *desasiliamiento* y desarrollo de *alternativas al internamiento*

. Los dispositivos de intervención social se guiaban por los criterios de: {

- *Descentralización de los recursos*
- *Normalización*
- *Integración*

. Actuaciones: {

- *Se descarta la política de grandes internados.*
- *Se encuadra la institución dentro de la red de servicios sociales.*
- *Se diversifican los programas*
- *Se jerarquizan las medidas y recursos .*
- *Se promueven otros recursos alternativos o complementarios.*

Orden de 9 de abril de 1990 que desarrolla el Decreto 40/1990 del Consell de la Generalitat Valenciana :

Las residencias son centros de convivencia destinados a servir de vivienda a aquellas personas cuyas dificultades físicas, psíquicas o sociales les impidan su autonomía personal, familiar y social, según criterios de territorialidad, personalización, integración y necesidades de los usuarios, que no se pueden satisfacer por otros medios.

Consideraciones previas a la institucionalización:

- Último escalón y el más complejo
- Tras descartar otras alternativas con temporalidad definida (en algunos sectores)
- Definir criterios de ingreso
- Valorar riesgo de desarraigo
- Analizar la temporalidad

2.- TIPOLOGÍA ACTUAL EN EL AMBITO DE SERVICIOS SOCIALES

- ◆ Residencias de tercera edad.
- ◆ Residencias de minusválidos.
- ◆ Comunidad terapéutica.
- ◆ Casas de acogida para mujeres en situación de emergencia.

- ◆ Residencia materno-infantil.
- ◆ Residencia infantil.
- ◆ Residencia comarcal.
- ◆ Residencia juvenil.
- ◆ Centro de reeducación.
- ◆ Viviendas tuteladas.

Elementos diferenciadores.

- *Por sus objetivos o finalidad.*
- *Por la población a la que atienden.*
- *Por su carácter, urgente, temporal o definitivo.*
- *Por su capacidad (el nº de atendidos).*
- *Por su personalidad jurídica y su carácter económico*

Elementos comunes.

- *Su ubicación en lugares de fácil acceso*
- *La dotación adecuada de profesionales cualificados.*
- *Planes de intervención individualizados*

3.- MODELOS DE ATENCION RESIDENCIAL

La Residencia Asistencial Vs El Modelo Educativo/Terapeutico

Modelo Asistencial	Modelo rehabilitador
<i>-Carece de proyectos específicos</i>	<i>-Carácter educativo</i>
<i>-Carece de los medios necesarios</i>	<i>-Carácter rehabilitador</i>
<i>-Su objetivo es cubrir las necesidades primarias y relacionales de los ingresados.</i>	<i>-Carácter integrador</i>
	<i>-Carácter normalizador</i>
	<i>-Se organiza en torno a la vida cotidiana</i>

3.- MODELOS DE ATENCION RESIDENCIAL

La Residencia Asistencial Vs El Modelo Educativo/Terapeutico

Modelo Asistencial

-Carece de proyectos espec

-Carece de los medios nece

*-Su objetivo es cubrir
necesidades primarias
relacionales de los ingresados.*

Elementos fundamentales

- *La organización del tiempo* (horarios y rutinas del centro).
- *La distribución de espacios.*
- La calidad de *las relaciones* que se establecen.
- Las experiencias básicas que proporcionan *las actividades de la vida diaria*, a través de las cuales se propicia el desarrollo personal y social.

-Carácter normaliz

-Se organiza en torno a la vida cotidiana

4.- LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Una comunidad terapéutica es un espacio social construido con finés terapéuticos.

Un grupo artificial duradero y residencialmente localizado (de carácter "comunitario", por tanto), pero con una finalidad terapéutica respecto a problemas compartidos por sus residentes

*- drogadicción y trastorno mental, habitualmente.
(Sánchez Vidal, 1991)*

Centro dedicado a la rehabilitación de drogodependientes, en régimen de internamiento, aislamiento temporal y actividades de mantenimiento y reactivación de la convivencia en grupo.

(Orden de 9/04/1990 de la comunidad valenciana)

4.1.- CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.

- 1) La C.T. es una forma de prestación de servicios de salud alternativa a la clínica tradicional.
- 2) La **metodología es de carácter comunitario:**
 - a) **Base territorial.**
 - b) **Cambio a partir de elementos compartidos por sus miembros y de la creación de lazos e interacciones**
 - c) El **estilo de trabajo y formato relacional ayudador - ayudado** (**caracteres** distintivamente **comunitarios.**)
 - d) **Énfasis en la rehabilitación social,**
- 3) **Contexto institucional, en el que se promueve el aprendizaje social y psicosocial.**
- 4) **Incorporan técnicas psicológicas procedentes de la clínica tradicional.**

4.2. RASGOS COMUNES MÁS GENERALES

4.3. VARIABLES O RASGOS DIVERSIFICADORES

Rasgos Comunes	Rasgos Diversificadores
<i>Régimen de internado.</i>	<i>Ubicación: CC.TT. Urbanas, semi-urbanas y rurales</i>
<i>Grupo de residentes de ambos sexos</i>	<i>Personalidad Jurídica.</i>
<i>Ingreso voluntario</i>	<i>Carácter Económico</i>
<i>El grupo como medio terapéutico y reeducador</i>	<i>Programas terapéuticos</i>
<i>La experiencia cotidiana como factor reeducativo</i>	<i>Equipo responsable</i>
<i>Deliberación común</i>	

4.4. MODELOS DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Hay que distinguir con A. Sánchez Vidal (1991, p. 445 y ss) dos modelos generales de CC.TT. ***Claramente diferenciados en cuanto a su origen, problemática abordada y metodología usada:***

1.- Modelo anglosajón o europeo (modelo democrático)

2.- Modelo americano (modelo autoritario).

La evolución de ambos modelos ha sido muy paralela y con tendencia a la homogeneización.

1. El Modelo Europeo.

Es el primero que aparece. Como denominación *Comunidad Terapéutica* aparece por primera vez en **1946** en el artículo de T.F. MAIN (psiquiatra británico del hospital de Birmingham): *The hospital as a Therapeutic Institution*. En **Bulletin of the Menninger Clinic**, número especial. En este artículo se recogen los trabajos realizados en 1943 por el **Grupo de Northfield** en el Hospital Militar Northfield (Bion, Rickman, Foulkes y Main).

Pero había sido con alguna anterioridad **Maxwel JONES** quien dió contenido y cuerpo teórico al término *comunidad terapéutica* con la publicación de sus trabajos en diversos hospitales desde **1941**.

CARACTERÍSTICAS

- 1.- *No se produce la separación y el distanciamiento entre equipo médico y grupo de pacientes***
- 2.- *No existe ni la jerarquización autoritaria ni los procedimientos casi carcelarios***
- 3.- *Relaciones consideradas como potencialmente terapéuticas.***
- 4.- *Gran valor al clima emocional de la institución.***
- 5.- *Organización democrática y socializada : participación.***
- 6.- *Comprensión y la aceptación de la conducta distorsionada***
- 7.- *Régimen totalmente abierto.***
- 8.- *Grupo reducido.***

Actividades Cotidianas: Actividades de mantenimiento de la CT, trabajo profesional (talleres, granja, campo, etc.), comidas y sobremesas, reuniones comunitarias, reuniones específicas -comunitarias o grupales- de carácter educativo o terapéutico o sobre la organización, actividades de ocio y diversión, espacios de descanso.

2. El Modelo Americano:

Nace en USA en los años 60, en el contexto de un amplio movimiento anti-institucional en el campo de la salud mental, como estrategia de tratamiento residencial de drogodependientes.

Pretende ser una *alternativa antiprofesional y anti-institucional* aunque, contrariamente al modelo europeo, surge como reacción relativamente inmovilista o reaccionaria frente a los intentos de apertura y democratización de los Servicios Sociales y de Salud mental de los EE.UU.

El sustrato ideológico está en GOFFMAN (“los internados”) y por algunas de las ideas de la **antipsiquiatría** de Cooper, Lain, Szasz, ... por tanto su fundamentación es más anti que hacia algo.

Para Sánchez Vidal representa un cierto retroceso respecto a los logros de la CT preconizada por Maxwell Jones y seguidores, así como un fenómeno de alguna manera reaccionario.

2. El Modelo Americano: Synanon y Daytop Village.

SYNANON (DEDERICH en 1958)

- **Autofinanciación**
- **Autosuficiencia**
- **Formados por afectados extoxicómanos no profesionales**
- **Rechazo de la reinserción social.**
- **Madurez por el rango (rango jerárquico según las conductas)**
- **Culto al líder**

En España son prototipo de estas CT las de *El Patriarca*

DAYTOP VILLAGE (Drug Addicts Treated on Probation)

- **Modelo de roles y estructura jerárquica y relacional.**
- **Se utilizan los “Synanon games” (madurez por el rango)**
- **Otras características son:**
 - **Estaf mixto de profesionales y extoxicómanos.**
 - **Su objetivo es la reinserción,**
 - **Programa base y otro de reintegración.**
 - **Modificación de conducta mediante recompensas y sanciones, (la movilidad en el rol jerárquico)**
 - **Grupos de encuentro: 3 semanales 2 h.**
 - **Grupos terapéuticos**
 - **Terapia familiar.**

En España son CT de esta línea las del *Proyecto Hombre*.

Síntesis de Características del Modelo Americano:

- *Rechazo del modelo médico de tratamiento y relación.*
- *Programas terapéuticos escalonados (1-2 años en total).*
- *La finalidad (salvo en Synanon) es la reintegración*
- *Ingreso en el Centro con fuerte motivación.*
- *La toxicomanía > desorden más profundo de la totalidad de la persona.*
- *Ofrece un sistema comunitario de convivencia*
- *Favorece el sentimiento de pertenencia.*
- *Sistema de recompensas y castigos*
- *Sistema rígido de normas.*
- *Identificación con el equipo terapéutico*
- *Etapa inicial de máximo aislamiento del adicto respecto de su medio y relaciones habituales.*
- *Consideración de la convivencia como forma de autoayuda.*

5.- LA TERAPIA INSTITUCIONAL.

Efectos de la institucionalización.

El comportamiento humano está influido tanto por su entorno como por sus propios atributos (personalidad, capacidades, actitudes, etc.)

$$C = P + S$$



El ambiente institucional influye en el comportamiento de sus miembros, tanto de los trabajadores como de los usuarios.

“Neurosis institucional” (Barton, 1959):

Enfermedad caracterizada por la apatía, la falta de iniciativa, pérdida de interés, sumisión y, algunas veces, la expresión de resentimiento ante órdenes severas y/o injustas. Hay también una falta de interés en el futuro, un deterioro de los hábitos personales, una pérdida de individualidad y una aceptación resignada del funcionamiento de las cosas como están.

5.1.- Supuesto Básico de Tratamiento en la T.I.

“Ha de ofrecer un ámbito relacional sano, abierto y libre de prejuicios, en el cual el individuo pueda expresarse tal como es, con espontaneidad, sin temor a sentirse rechazado o amenazado por eso; pero al mismo tiempo, es un contexto en el que va a ir recibiendo las reacciones también sanas y espontáneas del nuevo entorno hacia sus conductas, de manera que pueda ir realizando los ajustes personales y comportamentales que le permitan una convivencia gratificante y le generen unos esquemas relacionales nuevos y utilizables por él en el futuro”.

Puntos fundamentales:

- Voluntariedad.***
- Información sobre las causas de la institucionalización.***
- Amplia cobertura de las necesidades básicas.***
- Grupos reducidos.***
- Educadores cualificados y con dedicación exclusiva al grupo.***
- Convivencia: basada en el respeto a la persona y a su dignidad, no-amenazante, pero que no impida las reacciones espontáneas del grupo hacia las conductas de cada uno de ellos (incluidas las de los adultos)***

5.2.- Aspectos concretos del planteamiento de T.I. seguido en el centro

5.2.1. Elementos externos u organizativos de la Terapia Institucional.

- ***El grupo pequeño***
- ***Los educadores: como figuras referenciales y relacionales.***
- ***Equipamiento: Normal-enriquecido***
- ***Equipo técnico***

5.2.2. Elementos internos o de actuación en la Terapia Institucional:

- ***Concepción de la Institución.***
 - . Institución Abierta,
 - . Institución No-Total,
 - . Institución Transitoria.
- ***Educación a partir de las relaciones interpersonales:***
 - . Intragrupo,
 - . Menor - Educador,
 - . Entre el Menor y Otros Adultos,
 - . De los Adultos Entre Sí.
- ***Educación a partir de las experiencias de la vida cotidiana enriquecida.***

5.2.3. Horizonte del proceso terapéutico institucional.

- ***Concebir cada caso como único***
- ***Un horizonte-marco implícito: potenciar al máximo las reservas del sujeto y prepararle para desenvolverse de manera positiva en la sociedad adulta.***
- ***El proceso terapéutico institucional finaliza cuando han desaparecido, o han disminuido hasta un nivel asumible por el usuario, las circunstancias que dieron lugar a su ingreso en la institución.***

5.2.4. Alternativas terapéuticas a la T.I.

A este respecto el planteamiento es de ***compatibilidad total***, en función de las necesidades de cada caso y las posibilidades existentes en el entorno:

- Psicoanálisis: del individuo, del grupo o de la institución.
- Modificación de conductas.
- Terapia a través del juego y de la dramatización.
- Entrenamiento en habilidades sociales