

Oliveira, M. & Ribeiro, F. (eds) (2015) *Radio, sound and Internet*  
Proceedings of Net Station International Conference  
pp. 99 -110

---

**MANUEL FERNÁNDEZ SANDE & CARLOS MANUEL LEAL LEAL**

Manuel.Fernandez@ucm.es; cmleal.psi@gmail.com

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA DE MADRID (ESPAÑA)

## **LA RADIO COMO INSTRUMENTO DE REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN EN TRASTORNO MENTAL SEVERO Y CRÓNICO: EXPERIENCIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

### **RESUMEN**

En este texto se exponen los resultados parciales de una investigación realizada sobre los usos de la radio como instrumento de rehabilitación y recuperación de personas diagnosticadas con trastorno mental severo y crónico en entornos comunitarios. El ámbito geográfico del estudio es la Comunidad Autónoma de Madrid en la que se han analizado un total de veinte programas de radio producidos por personas con trastorno mental severo y crónico. Estos programas se difunden a través de la antena de emisoras comunitarias, de sus páginas webs y de otras vías de difusión por Internet.

Nuestro análisis ha combinado diversas metodologías de carácter cualitativo como la observación directa, la escucha de los programas y la realización de entrevistas en profundidad con terapeutas y pacientes, con el objetivo de determinar los factores más importantes que determinan el éxito terapéutico de estas experiencias.

Una de las conclusiones que se constatan es que existe una gran heterogeneidad pudiendo identificarse diferentes modelos de aplicación. Existen proyectos radiofónicos vinculados a programas públicos de salud mental, mientras otros son impulsados por asociaciones u instituciones de carácter privado. El papel que desempeñan las personas que padecen los trastornos así como el de sus coordinadores-terapeutas en el proceso de producción y difusión de los programas también registra diferencias significativas en los casos de estudio.

### **PALABRAS CLAVE**

Radio y salud mental; radio comunitaria; rehabilitación; comunicación radiofónica

---

## INTRODUCCIÓN

En la presente investigación nos planteamos si la radio es un medio de comunicación que puede utilizarse como instrumento de rehabilitación y recuperación en personas con diagnóstico de trastorno mental severo y crónico en entornos comunitarios, y por qué. Estos usuarios se caracterizan por tener deterioro mental, problemática social y consumo de medicación.

La experiencia pionera es T22 radio La Colifata en Argentina, que empieza a andar en el mes de agosto de 1991, por iniciativa de Alfredo Olivera (psicólogo) en el hospital Neuropsiquiátrico Dr. José T. Borda. Se enmarca en el contexto de la terapia de recuperación, y pretende dotar a pacientes internos y externos de un espacio de autonomía, facilitarles herramientas para su reinserción, y trabajar elementos cognitivos y del lenguaje, modificar la idea de que los pacientes psiquiátricos son gente peligrosa y mejorar la comprensión del problema de la demencia. En España Radio Nikosia en Cataluña empieza a emitir en el año 2003, y radio Onda Cerebral en el Centro Penitenciario Psiquiátrico de Sevilla.

Es de destacar la revista digital *Toing* que aglutina algunos programas radios en América latina. En Latinoamérica podemos localizar algunos programas tales como Radio Los inestables (Argentina), Colectivo Los Descosidos (Perú), Radio Abierta (México), Radio Maluco Bleza (Brasil), Vilardevoz (Uruguay), Radio Diferencia (Chile), y Podemos Volar (Costa Rica). En Europa se encuentran Radio Aurora Outra Voz (Portugal), Radio Citron (París), Radio Total Normal (Suecia), Radio Zazercalie (Rusia), Radio England (Reino Unido), Radio Sovo (Polonia), y Radio Terra Blue (Italia).

En la Comunidad de Madrid actualmente hay veinte programas de radio que se realizan en Radio Enlace, Radio Cigüeña, Onda Merlín Comunitaria, Radio Ritmo Getafe, Onda Latina, Radio Almenara, Ecoleganés, y Radio Vallekas. Se llevan a cabo en el entorno de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Centros de Día gestionados por Intress, Fundación Manantial y Grupo 5; y en asociaciones privadas tales como Alusamen, Afaemo, Afaem5, AFAEP, ASAV, y AFEM.

El modelo de intervención comunitaria de Isaac Prilleltensky (2006) ha sido diseñado para promover el bienestar de la persona dentro de la comunidad. El bienestar es un estado positivo, donde se produce la satisfacción simultánea de necesidades personales, organizacionales y colectivas de individuos y comunidades. Para lograrlo se deben definir los signos y fuentes del bienestar en los tres niveles, y desarrollar estrategias, que produzcan cambios afectivos, cognitivos y conductuales, basándose en las

fortalezas de las personas, la prevención primaria, el empoderamiento y el cambio comunitario.

El modelo de rehabilitación psiquiátrica y psicosocial en la enfermedad mental. La enfermedad mental cursa con un deterioro que se muestra a través de diversas discapacidades que se refieren a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales. La rehabilitación busca articular en la vida de las personas con enfermedad mental recursos personales (habilidades) y sistemas de apoyo social (entorno familiar, recursos comunitarios, etc.) para mejorar su calidad de vida. La rehabilitación psiquiátrica tal como la define Anthony (2002) es la recuperación del funcionamiento de roles sociales e instrumentales lo más completamente posible, a través de procedimientos de aprendizaje y soportes ambientales. Por otra parte, Rodríguez (1994) define la rehabilitación como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2002) ha diseñado un modelo de rehabilitación psicosocial del que se puede destacar la implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo, y el entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno comunitario; y la intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo.

Por otra parte, destacan los principios que guían la intervención desde el modelo de rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica definidos en la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (2003), entre los que destacan la igualdad, la normalización, la integración, la individualización, la autonomía, el apoyo social, la promoción, y la coordinación.

El modelo de recuperación puede entenderse como un paradigma en la evolución de la salud mental. La recuperación la define Anthony como “una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones aun con las limitaciones causadas por la enfermedad”. Rosillo, Hernández, y Smith (2013) hablan del proceso de recuperación entendido desde dos puntos de vista diferentes: 1. Para los profesionales, la recuperación es un resultado que se pretende medir a través de objetivos enfocados a fortalecer la autonomía, el desempeño de roles significativos, el fomento de la relación social y el aumento del bienestar. 2. Para la persona en recuperación

es un proceso, es desarrollar un rol valioso, satisfacción con ese rol, estudiante, amigo, miembro de una familia, remisión y control de síntomas de su propio malestar, aumentar sensación de autoeficacia, autonomía, autogobierno de la propia vida y mantener relaciones sociales significativas. Por otra parte Liberman (2002) da una definición operativa de recuperación en la esquizofrenia, que contempla cuatro aspectos: 1. La remisión de síntomas, 2. El funcionamiento ocupacional, 3. La vida independiente, y 4. Las relaciones con los compañeros.

El modelo de gestión de caso o *case management* surge en Estados Unidos. Torrey lo define como

un programa de trabajo en el campo de la salud mental donde la persona o equipo que lo desarrolla es el responsable de proporcionar al cliente la ayuda necesaria para que pueda optar con información suficiente sobre los servicios y oportunidades que se le brindan, a la asistencia que necesita, garantizándole el acceso a la misma, proveyéndole el apoyo para las actividades de autoayuda y coordinando todos los servicios para poder satisfacer los objetivos del cliente.

Modelos desde las ciencias de la comunicación. El lenguaje radiofónico presenta unas características propias de significación y expresión en el marco de los procesos comunicativos. El sistema expresivo del lenguaje radiofónico incluye elementos como la palabra, la música, los efectos sonoros y el silencio que necesitan de una mediación tecnológica y una percepción sonora e imaginativo-visual por parte de emisores y oyentes (Balsebre, 2004). El modelo comunicativo de Maletzke (1976) profundiza en las relaciones entre el comunicador, el mensaje, el medio de comunicación y el receptor. La comunicación se conceptualiza como un mensaje emitido por un comunicador que da lugar a una vivencia en el receptor. Entre las variables a estudiar incluye la autoimagen, la personalidad, los contextos sociales e institucionales de los actores emisores.

Cuando hablamos de comunicación social el mensaje llega al receptor a través de un medio de comunicación. Cada medio tiene sus propias características tecnológicas que condiciona el proceso perceptivo tanto del emisor como del receptor del mensaje. La radio alcanza un gran contacto personal entre el comunicador y el receptor, y según Maletzke (1976) proporciona junto al medio televisivo una mayor impresión de la realidad. A pesar de existir una mediación técnica, la radio permite una forma de comunicación más directa y potencia en el emisor y el oyente la vivencia del proceso comunicativo. Martín Serrano (2007) define la comunicación

como una forma de interacción que requiere la participación de al menos dos actores y constituye una solución a la necesidad de relacionarse con el otro. Existen diferentes clases de comunicación: interpersonal, intrapersonal y de masas. Durante el proceso de producción y emisión de un programa radiofónico los participantes desarrollan estas tres dimensiones comunicativas.

Las personas con trastorno mental crónico son un grupo heterogéneo de personas que presentan una problemática compleja definida a través de la interacción de tres dimensiones (Rosillo, Hernández & Smith, 2013): 1. Diagnóstico: personas con sintomatología psicopatológica, que sufren psicosis funcionales (especialmente esquizofrenia), psicosis maníaco-depresivas, trastornos delirantes, trastornos esquizoafectivos, y otros trastornos graves. 2. Discapacidad: como consecuencia de su trastorno mental presentan varias discapacidades psicosociales expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social: autocuidado personal y hábitos de vida no saludables; autonomía en actividades de la vida diaria; autocontrol en el manejo de situaciones estresantes y falta de competencia personal; relaciones interpersonales con déficit en habilidades sociales comunicativas, aislamiento y pobre red social; escasa realización de actividades de ocio y tiempo libre, con dificultad para disfrutar, baja motivación e intereses; dificultades en el procesamiento cognitivo (atención, percepción, concentración y procesamiento de la información); y déficits en el funcionamiento laboral con altas tasas de desempleo y dificultades en las relaciones socio-laborales. 3. Duración: se trata de trastornos de larga duración y evolución. Esta problemática, unida a factores que actúan como barreras a la integración social de estas personas (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social) coloca a estas personas en riesgo de marginación y desventaja social (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, y exclusión social). Por ello, las personas con trastorno mental crónico y severo necesitan de rehabilitación psicosocial, y apoyo social a la integración comunitaria. La radio, como medio de comunicación, es un instrumento muy valioso que puede ayudar a la integración comunitaria y a la rehabilitación de estas personas.

## **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación está guiada por el modelo integral multimétodo, es una nueva versión de métodos mixtos, basada en la teoría

integral y combinando el pluralismo metodológico (Leal, 2005). Con esta perspectiva se pueden complementar los estudios desde un análisis sistémico. Es una novedad y progreso dentro del mundo académico, que atrae a investigadores de diferentes corrientes. La muestra es intencionada y se establecerán varios grupos para tomar la muestra:

- Grupo A. Constituido por los usuarios de 4 Centros de Rehabilitación Psicosocial que actualmente están participando en cuatro programas de radio: “Abrete Camino”, “Mejor imposible”, “Frecuencia favorable”, y “Anónimos auténticos”. Un total aproximado de unos 26 usuarios.
- Grupo B. Constituido por los usuarios de tres Centros de Rehabilitación Psicosocial que han participado en los programas de radio “Abrete Camino”, “Mejor imposible”, y “Frecuencia favorable” pero que actualmente ya no están participando.
- Grupo C. Constituido por los familiares de usuarios de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de Los Cármenes que están participando en los programa de radio “Abrete Camino”, “Mejor imposible”, “Frecuencia favorable” y “Anónimos auténticos”.
- Grupo D. Coordinadores (30) de los veinte programas de radio de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día y Asociaciones privadas de la Comunidad de Madrid.
- Grupo E. Los directores de los centros de rehabilitación psicosocial de Los Cármenes, Villaverde, Getafe y Arganzuela.
- Grupo F. Los directivos de las radios comunitarias donde se emiten estos programas (Radio Enlace, Radio Almenara, Radio Vallecas, Onda Merlin Comunitaria, Onda Verde, Radio Ritmo Getafe, etc.).

Específicamente, para este estudio se ha combinado lo empírico analítico, lo fenomenológico y lo dialéctico en tres momentos (Leal, 2005): 1. En el primer momento empírico analítico se administrará a los participantes del grupo A una batería de pruebas estandarizadas (Fernández, Touriño, Benítez, & Abelleira, 2010) y una entrevista estructurada diseñada específicamente para este estudio. Esta etapa de la investigación se orientará en un tiempo único, con una sola medición y se establece el grado de relación entre variables. 2. En el segundo momento fenomenológico hermenéutico se aplicará la técnica de la entrevista en profundidad a los participantes de los distintos grupos (A, B, C, D, E y F), con la finalidad de explorar los beneficios de la participación en el programa de radio; y poder interpretar con profundidad las variables que están actuando en la rehabilitación y la

recuperación. Antes de iniciar el tercer momento se aplicará la técnica de la triangulación entre los resultados cualitativos y cuantitativos. 3. En el tercer momento de intervención se realizará la observación participante para analizar las conductas de los participantes durante el taller de radio y la realización del programa de radio “Ábrete camino”.

## **EL CONTEXTO DE LA REHABILITACIÓN Y LA RECUPERACIÓN**

Partimos de una definición de los modelos de intervención en rehabilitación y recuperación. El modelo de rehabilitación se basa y se trabaja en los déficits de la persona hasta alcanzar un nivel que le permita a la persona manejarse. Se valora a la persona y se ve lo que le falta o ha perdido. Aprendizaje de habilidades que carecen o han perdido. Los profesionales de salud mental y el centro definen la intervención. Por otra parte, el modelo de recuperación se basa en la globalidad, la toma de decisiones y el empoderamiento de la persona, y aprender a vivir con el trastorno mental. No pretende la curación del trastorno. Es un proceso personal e individual que define el propio usuario. Los objetivos los define el usuario y se trabajan áreas globales en la persona. Ayuda a la persona a encontrar un sentido a su vida, a mejorar su calidad de vida, y a construir un proyecto vital.

Estos dos modelos se desarrollan en dos tipos de centros:

1. Públicos: (gestionados por entidades privadas). Hay dos tipos: *Centros de Rehabilitación Psicosocial*, se caracterizan porque: Los usuarios son más jóvenes, con mayor posibilidad de rehabilitación y recuperación, pueden ser derivados a recursos de trabajo o de formación. Mejor nivel premórbido y de deterioro mental. El número de plazas para atender a los usuarios es mayor (por ej, 90). *Centros de Día*, se caracterizan porque: Los usuarios presentan mayor deterioro mental, déficits cognitivo y de habilidades sociales y de comunicación. Usuarios con más edad (50-60 años), más años de evolución de enfermedad (25-30 años), y mayor número de necesidades de apoyo, soporte social y acompañamiento, sin posibilidad de ser derivados a recursos laborales y de formación. El número de plazas para atender a los usuarios es menor (por ejemplo, 30 plazas). Usuario que acude diariamente.
2. Privados: Asociaciones privadas de enfermos y familiares con trastorno mental.

El papel del coordinador-terapeuta del programa de radio viene definido por las acciones que realiza, entre otras: formar parte de la radio y acompañar a los usuarios; moderar, apoyar, motivar y facilitar que los

usuarios puedan participar en el programa; estar atento al momento en el que está cada usuario y darle lo que necesita de manera individual; manejar el grupo; dar *feedback* y funcionar como un espejo en el que se reflejen los usuarios; supervisar las tareas propias del programa de radio; llevar a cabo los aspectos técnicos (sonido y grabación); conducir el programa; fomentar la autonomía y la independencia de los usuarios, y por último, ser figura de referencia sin anular opiniones.

Los usuarios son personas que se caracterizan por tener un diagnóstico de trastorno mental severo y crónico (psicosis, trastornos de personalidad, depresión bipolar, etc.), problemática social y consumo de medicación. Hay dos tipos de usuarios en el programa de radio. En primer lugar, los usuarios estables, que forman parte del grupo de radio, acuden regularmente, y asumen responsabilidades llevando una o varias secciones (fijas o rotatorias), la presentación del programa, la parte técnica, son locutores. Pertenecen al centro de rehabilitación. En segundo lugar, los usuarios no estables, que forman parte del grupo de radio de forma esporádica. Aportan fuentes, contenidos, ideas, y documentación. No son locutores. Suelen pertenecer al centro de rehabilitación.

## **LA METODOLOGÍA DE TRABAJO EN LOS PROGRAMAS DE RADIO**

Los 20 programas de radio de la Comunidad de Madrid se realizan con una frecuencia semanal o quincenal, y se conciben con un formato de tipo *magazine* donde vamos a encontrar cuatro áreas bien estructuradas: música (sintonía de entrada y salida; introducción de cada sección, música de fondo, y música específica para comentar), secciones (fijas o variables), debates y entrevistas.

El taller de radio consta de 3 partes: 1. *Preparación del programa*. Se deciden las secciones, tema de debate y las entrevistas a realizar. Hay dos tipos de modelos: un modelo que establece un día de preparación distinto al día de grabación; y un modelo donde la preparación coincide con el mismo día de grabación. La preparación se da unas horas antes de la grabación. En este caso, los usuarios suelen tener secciones fijas y ellos deciden los contenidos de cada sección. 2. *Grabación del programa*. En la radio comunitaria o en centros culturales. 3. *Evaluación del programa*. El día de preparación del programa se dedica un tiempo a evaluar el programa anterior, o bien al terminar de grabar el programa.

Encontramos dos modelos de trabajo en los programas de radio. Los dos modelos se basan en cómo se fomenta la autonomía del usuario en el



programa de radio y la participación y posición del coordinador-terapeuta respecto al usuario. Un modelo más directivo, donde el coordinador-terapeuta actúa de presentador, controla el seguimiento del guión del programa, o maneja la parte técnica (sonido, música...), y evalúa continuamente dando *feedback* tras la intervención del usuario; y un modelo menos directivo donde el coordinador actúa como un mero facilitador, motivando y dando apoyo, y evaluando al final del programa; el coordinador puede participar como uno más del grupo haciendo una sección.

La difusión del programa de radio se realiza a través de: la página web de la empresa (Fundación Manantial, Intress, Grupo5) o asociaciones (AFEM, ASAV, AFAEP, Afaemo, Afaem5, Alusamen, Mensalud), la página web y blog del programa de radio; la página web de la radio comunitaria en la que se graba y emite el programa; las Jornadas, Congresos y actividades de los Centros y Asociaciones; las redes sociales (Twitter, Facebook); la red de salud mental de la Comunidad de Madrid a través de las acciones de sensibilización anti estigma; el boca a boca en el distrito; y la difusión en los recursos de salud mental de rehabilitación del distrito: Equipos de Apoyo Social Comunitario, Centros de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Mini-residencias, y Pisos tutelados para usuarios.

## **LOS OBJETIVOS Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RADIO COMO INSTRUMENTO DE REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN**

Entre los principales objetivos que se pretenden lograr con el programa de radio se encuentran: 1. Mantener una ocupación significativa que permita a los usuarios desempeñar roles (que habitualmente no tienen en otras esferas de su vida), en un contexto en el cual el usuario tiene un grupo al que pertenecer, una actividad con la que comprometerse y en la que se consiguen pequeños logros al ritmo personal del usuario. De esta manera el usuario siente que es importante y que puede realizarse como persona y puede superarse. 2. Construir una red social para el usuario lo que permite conocer y estar conectado a otras personas dentro del grupo de radio y de fuera del grupo. 3. Fomentar la autonomía, esto implica el desarrollo de estrategias para asumir riesgos, resolver problemas. 4. Potenciar los valores y fortalezas de los usuarios: “tú ¿qué aportas?”. Hay una evolución desde el modelo de centrarse en el déficit cognitivo y deficiencias mentales al modelo basado en valores y fortalezas. 5. Desarrollar la superación personal y la trascendencia: llegar a otras personas, y asumir los retos que se presentan. 6. Mejorar la imagen que los usuarios tienen de ellos mismos al

desempeñar un rol normalizado haciendo un programa de radio tal como lo haría cualquier otra persona. 7. Integración comunitaria al hacerlo en un recurso como es la radio, ajeno al contexto de la enfermedad mental, y compartido con otras personas. 8. Proporcionar un espacio donde los usuarios puedan desarrollar la libertad de expresión y puedan comunicar lo que quieran. 9. Transmitir una imagen diferente de la enfermedad mental, no tanto a través del debate, sino haciendo el programa como cualquier otra persona, y expresando los problemas que les inquietan, que son los mismos que a otras personas que pertenecen a la sociedad. 10. Fomentar los sentimientos de pertenencia al grupo, de valía personal y de utilidad. 11. Participar en un espacio donde todo el mundo tiene cabida en la medida de sus posibilidades (locución y no locución). 12. Trabajar habilidades sociales de interacción y de comunicación (por ejemplo, respecto al turno de palabra, escuchar al otro...), y capacidades musicales. 13. Proporcionar un soporte social, y dar estructura de ocupación a la persona, con un horario y una rutina. 14. Trabajar en equipo. 15. Implicarse en un proyecto a medio y largo plazo. 16. Uso de recursos comunitarios. 17. Trabajar de forma transversal objetivos terapéuticos, como competencias personales, intereses, motivación. 18. Trabajar objetivos grupales y personales, generales y específicos en los usuarios en función de su plan personalizado de rehabilitación y recuperación psicosocial.

La radio se caracteriza porque permite al usuario construir su red social y devolver a los usuarios una imagen de ellos mismos de normalidad, y de utilidad; permite a los usuarios poder expresar sus ideas, decir lo que quieran, sentir el programa como un proyecto propio, y que la gente les escuche; canalizar la naturalidad, la espontaneidad de los usuarios, y el disfrute con la actividad; trabajar en equipo; asumir responsabilidades generalizables y normalizadoras; generar nuevos intereses y motivación en los usuarios; trabajar transversalmente todas las capacidades de la persona, su empoderamiento y autonomía personal. La radio fomenta la implicación de los usuarios en la propia actividad, los roles adoptados más activos, el sentido de responsabilidad, y formar parte de un proyecto; y por último, permite a los usuarios la integración en la comunidad a través de un recurso comunitario normalizado.

En general no se hace seguimiento de las personas que han dejado la actividad del taller de radio. Sólo se hace seguimiento del usuario del centro o asociación a la que pertenece en términos generales en cuanto a su proceso de rehabilitación y recuperación.

## CONCLUSIONES

Podemos ver una serie de ventajas en el taller de radio. El programa de radio genera una dinámica gracias a que el usuario siente que forma parte importante de un proyecto; permite el desempeño de un rol activo, un cierto grado de responsabilidad e implicación para los usuarios, quienes durante la semana recopilan información para llevarlo el día de la grabación, lo que supone una continuidad de la tarea con un resultado semanal o quincenal. Por otra parte, permite compartir un espacio sin prejuicios, donde hay libertad para expresarse. La radio incrementa el grado de empatía con los miembros del grupo, mejorando la autoestima, el autoconcepto, y ayuda a construir una identidad.

La radio es una actividad que se desarrolla fuera del Centro de Rehabilitación y Recuperación que permite una mayor actividad en el barrio e integración social en una Radio Comunitaria. El grupo de radio permite al usuario avanzar en su proceso personal desde la flexibilidad (entre la autoexigencia personal, el compromiso y el equilibrio).

Por otra parte, el futuro de la radio como instrumento de rehabilitación y recuperación pasa por la autonomía y la independencia de los usuarios: “que lo hagan solos”; adaptarse a cada situación, a las características de los usuarios. Podemos observar que es más importante que el programa de radio se haga bien, con un mínimo de interés, donde los usuarios disfruten haciéndolo, con la participación de los coordinadores, a que el programa se haga sólo por los usuarios y sin los coordinadores. La presencia de los coordinadores, y su retirada ha de ser hasta cierto punto en función de las características de los usuarios.

## REFERENCIAS

- AEN (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Cuadernos Técnicos AEN.
- Anthony, W.; Cohen, M.; Farkas, M. & Cagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston University - Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Balsebre, A. (2004). *El lenguaje radiofónico*. Madrid: Cátedra.
- Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid (2003). *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007*.

- Fernández, J.; Touriño, R.; Benítez, N. & Abelleira, C. (Eds.) (2010). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP (Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial).
- Leal, J. (2005). *La autonomía del sujeto investigador y la metodología de la investigación*. Mérida: Litorama.
- Maletzke, G. (1976). *Psicología de la comunicación social*. Quito: CIESPAL.
- Martín Serrano, M. (2007). *Teoría de la comunicación*. Madrid: McGraw Hill.
- Prilleltensky, I. & Prilleltensky, O. (2006). *Promoting Well-Being. Linking Personal, Organizational, and Community Change*. Hoboken: Wiley.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Rosillo, M.; Hernández, M. & Smith, S. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33, 259-273.