

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

TFI: Esquizofrenia y Habilidades Sociales.

Autor: Gabriela Mazza.

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman.

## Índice

1.	Introducción.....	3
1.1	Planteamiento del Problema.....	3
1.2	Objetivos.....	4
1.3	Objetivo General.....	4
1.4	Objetivos Específicos.....	4
1.5	Marco Teórico.....	5
1.5.1	Esquizofrenia: Breve historia.....	5
1.5.2	Etiología.....	6
1.5.3	Sintomatología.....	7
1.5.4	Terapia cognitiva de la esquizofrenia: Síntomas positivos.....	9
1.5.5	Terapia cognitiva de la esquizofrenia: Síntomas negativos.....	11
1.6	Habilidades Sociales.....	13
1.6.1	Orígenes y desarrollo.....	13
1.6.2	Definición.....	14
1.6.3	Modelo teórico explicativo.....	15
1.6.4	Componentes de Habilidades sociales.....	17
1.6.5	Clasificación de Habilidades sociales.....	19
1.7	Esquizofrenia y Habilidades sociales.....	20
1.7.1	Entrenamiento en Habilidades sociales.....	21
1.7.2	Intervenciones en pacientes esquizofrénicos.....	23

## Índice

2. Desarrollo.....	24
2.1 Metodología.....	24
2.2 Tipo de estudio.....	24
2.3 Participante.....	24
2.4 Instrumentos.....	25
2.5 Procedimientos.....	26
2.5.1 Síntomas de la esquizofrenia presentes en el paciente M.....	26
2.5.2 Habilidades Sociales en un paciente con Esquizofrenia.....	30
2.5.3 Evolución de los síntomas de la esquizofrenia y las HH.SS.....	34
3. Conclusión.....	37
4. Bibliografía.....	40
5. Anexos.....	44
5.1 Anexo Observaciones de la terapia individual.....	45
5.2 Anexo Observaciones de la terapia grupal.....	47
5.3 Anexo Observaciones participantes en el taller de educación física.....	48
5.4 Anexo Historia Clínica.....	52
5.5 Anexo Entrevista al Terapeuta.....	54

## 1. INTRODUCCION:

El presente trabajo de integración se relaciona con la pasantía realizada en un Hospital Especializado en Psiquiatría.

Dicha institución brinda el servicio de internación para pacientes agudos, el tiempo de internación estimado es de 45 a 60 días. Al recibir el alta, los pacientes continúan el tratamiento en consultorios externos .

Las actividades desarrolladas en la institución son las siguientes:

- Observaciones en las terapias individuales, terapia grupal y terapia multifamiliar.
- Observaciones participantes en los talleres de plástica, educación física y lecto-escritura.

### 1.1 Planteamiento del Problema

A partir de la concurrencia al Hospital, surgen algunos interrogantes:

¿El tratamiento terapéutico de pacientes con esquizofrenia, incorpora el entrenamiento de las habilidades sociales?, ¿El objetivo terapéutico es generar la autonomía e integración social de los pacientes con esquizofrenia?

## 1.2 Objetivos

### 1.3 Objetivo General:

- Analizar los síntomas de la esquizofrenia y las habilidades sociales en un paciente del Hospital al que se concurre, y su evolución durante el tratamiento.

### 1.4 Objetivos Específicos:

- Describir los síntomas de la esquizofrenia, presentes en un caso particular.
- Analizar las habilidades sociales en un paciente con esquizofrenia.
- Analizar la evolución de los síntomas de esquizofrenia y las habilidades sociales de un paciente en el transcurso de la internación en el Hospital.

## 1.5 Marco Teórico:

### 1.5.1 Esquizofrenia: Breve historia

En la historia de la psiquiatría se encuentran diferentes descripciones sobre los síntomas de la esquizofrenia.

Nombraremos los aportes realizados por tres pioneros de la investigación moderna de dicha enfermedad: John Hurlers Jackson, Emil Kraepelin y Eugen Bleuler.

El concepto de síntomas positivos y negativos fue formulado por primera vez por el neurólogo Hurlers Jackson.

Jackson consideraba que los síntomas positivos reflejaban fenómenos que ocurrían en regiones cerebrales filogenéticamente más evolucionados, causados por una lesión en el cerebro a un nivel más primitivo. Por su parte, los síntomas negativos representaban una pérdida de la función cerebral. (Hales, 2005).

Kraepelin describió tres manifestaciones diferentes de la enfermedad mental: hebefrenia (conducta desorientada, desorganizada e incongruente), paranoia (delirios de persecución y de grandeza) y catatonia (falta de movimiento y estupor, conducta agitada e incoherente).

Integro estas manifestaciones en una sola categoría de enfermedad que denominó *demencia precoz* (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2010).

Bleuler escogió el término *esquizofrenia*, para expresar la presencia de trastornos asociativos del pensamiento, especialmente asociación laxa y trastornos afectivos.

Identificó los síntomas específicos de la enfermedad, resumidos en las cuatro A: asociaciones, afectividad, autismo y ambivalencia (Kaplan, 2009).

El modelo psicopatológico de Bleuler caracteriza la esquizofrenia en términos de síntomas primarios (fundamentales) y secundarios (accesorios).

Los síntomas primarios comprenden la pérdida de las asociaciones, la pérdida de atención, falta de volición, la ambivalencia y el autismo.

Las alucinaciones, los delirios, la catatonia y los problemas de conducta pertenecen a los síntomas secundarios (Beck et al., 2010).

En la actualidad a partir de las clasificaciones psicopatológicas del DSM IV, se considera a la esquizofrenia como una patología severa de curso crónico y con diferentes manifestaciones clínicas sintomatológicas que incluyen síntomas positivos, síntomas negativos, deterioro cognitivo (lenguaje desorganizado, incoherencia), disfunción social y laboral, alteraciones en las relaciones interpersonales.

### **1.5.2 Etiología:**

Tomando como referencia a Márquez López-Mato (2004), esquizofrenia es una enfermedad del neurodesarrollo de origen multifactorial. Muchos mecanismos pueden interactuar: bases genéticas, enfermedades genéticas, enfermedades virales, disfunciones inmunológicas, complicaciones obstétricas o determinantes ambientales que produzcan factores de estrés temprano.

Como sostiene Kaplan (2009), existe una contribución genética, la probabilidad de que una persona sufra esquizofrenia está relacionada con la cercanía del parentesco a un pariente afectado. Las investigaciones realizadas sobre gemelos monocigóticos demuestran que el hecho de que las personas que son genéticamente vulnerables a la esquizofrenia no tienen por qué desarrollar esta enfermedad, para determinar la evolución hacia la esquizofrenia intervienen otros factores como por ejemplo el entorno.

Existen diferentes teorías sobre la etiopatogenia de la esquizofrenia, basándose en la participación de factores genéticos, ambientales (por ejemplo el estrés), disfunciones moleculares, alteraciones en el desarrollo y en la migración molecular (Vásquez, 2005).

### 1.5.3 Sintomatología:

La esquizofrenia es un síndrome que presenta una psicopatología variable, que afecta a la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento (Kaplan, 2009).

Según Beck et al (2010), estudios realizados en diferentes culturas, permitieron llegar a un consenso en lo que respecta a los síntomas de la esquizofrenia. Se dividen en síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios), síntomas de desorganización (conducta extraña y trastorno formal del pensamiento) y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia y anhedonia).

Principales síntomas positivos asociados con la esquizofrenia:

Alucinaciones auditivas, el paciente refiere voces, ruidos u otros sonidos. Las alucinaciones auditivas más comunes se refieren a voces que hablan al paciente, una voz que hace un comentario sobre el comportamiento o el pensamiento del paciente.

Alucinaciones cenestésicas se refieren a sensaciones corporales, por ejemplo sensación de quemazón, hormigueos o la sensación de que el cuerpo ha cambiado de forma y tamaño.

Alucinaciones olfatorias el paciente percibe olores desagradables.

Alucinaciones visuales se refieren a la percepción de formas o personas que en realidad no están presentes. Estas pueden tener características religiosas, como por ejemplo el diablo o Cristo.

Ideas delirantes

Delirios de persecución, de grandeza religioso. El delirio somático se constituye por la creencia de que el cuerpo está enfermo, es anormal o ha cambiado, por ejemplo que sus manos están creciendo.

Ideas y delirio de referencia: el paciente tiene la creencia de que frases o acontecimientos aparentemente sin importancia, se refieren a él o tienen una significación especial para él. En ocasiones piensa que cosas vistas en la televisión o escuchadas en la radio están dirigidas a él como mensajes especiales.

Lectura de pensamiento, difusión del pensamiento, inserción del pensamiento y robo del pensamiento, integran diferentes tipos de ideas delirantes (Belloch, 1995).

Las alteraciones del contenido del pensamiento en los esquizofrénicos reflejan sus ideas, creencias e interpretaciones de los estímulos. Las ideas delirantes son el ejemplo más claro de un trastorno del contenido del pensamiento.

Los trastornos formales del pensamiento se pueden observar en el lenguaje oral y escrito de dichos pacientes. Como por ejemplo las asociaciones laxas de ideas, la creación de neologismos, la ecolalia, el descarrilamiento y la incoherencia (Kaplan, 2009).

Principales síntomas negativos asociados con la esquizofrenia:

Pobreza afectiva: se manifiesta en la expresión facial inmutable, movimientos espontáneos disminuidos, escaso contacto visual, incongruencia afectiva y ausencia de respuesta.

Aplanamiento afectivo se manifiesta por un empobrecimiento de la expresión de sentimientos y emociones.

Alogia: indica el empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Los pacientes con esquizofrenia tienen procesos de pensamiento que parecen rígidos, vacíos o lentos. Además se manifiesta una pobreza del lenguaje y pobreza del contenido del lenguaje.

Abulia se caracteriza por la falta de energía, de impulso y de interés.

Los pacientes son incapaces de iniciar por sí mismos diferentes tareas.

Abulia se manifiesta en aspectos del comportamiento como aseo e higiene, falta de persistencia en el trabajo o en los estudios y energía física, el paciente tiende a estar físicamente inerte, puede permanecer sentado durante horas, sin realizar ninguna actividad espontánea.

Anhedonia: es la dificultad del paciente esquizofrénico para experimentar interés o placer (Belloch, 1995).

#### **1.5.4 Terapia cognitiva de la esquizofrenia: Síntomas positivos.**

La terapia cognitiva en la esquizofrenia fue originalmente desarrollada para el tratamiento adicional de los síntomas residuales. Esta terapia en la actualidad es reconocida como una intervención efectiva para la esquizofrenia.

Las técnicas terapéuticas se basan en principios generales de la teoría cognitiva, trabajando los pensamientos, los sentimientos y las acciones.

Diferentes investigaciones comprueban que la terapia cognitiva permite la reducción de los síntomas positivos y negativos (Hansen, 2006).

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que causa una gran incapacidad social y laboral, con un deterioro significativo de las relaciones interpersonales y del funcionamiento global del individuo que la padece.

La finalidad de la terapia cognitiva con esquizofrénicos es disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas, a través de la colaboración del paciente y su familia, junto con el entrenamiento de las habilidades sociales (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007).

Según Beck et al (2010), el procesamiento deformado de la información desempeña un papel central en el pensamiento delirante y dicha deformación está impulsada por un sistema de creencias disfuncionales que se sustenta sobre diferentes sesgos y conductas.

El rasgo central del pensamiento sesgado es la atribución indiscriminada de intenciones positivas o negativas a otras personas. La causación externa, autorreferencial y los sesgos de intencionalidad forman en su conjunto una visión del mundo que para los pacientes suponen representaciones internas del tipo ellos contra mí.

El grado de convicción de los pacientes sobre la validez de un delirio, su preocupación y el estrés asociados a la idea delirante fluctúan con el tiempo, pueden ser modificados y disminuidos por intervenciones cognitivo-conductuales.

El abordaje cognitivo del delirio intenta aclarar la forma como el paciente construye su realidad y dota de significado sus experiencias, partiendo de los sesgos cognitivos y su historia de vida (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007).

Un factor importante que contribuye al mantenimiento de los delirios es el examen de la realidad atenuado, es decir la pérdida de capacidad para distanciarse de sus propias creencias e interpretaciones, para considerar que podrían ser erróneas y para corregir los errores. Las personas delirantes no consideran que sus interpretaciones sean construcciones mentales, sino que son la realidad misma (Beck et al., 2010).

En el proceso terapéutico a través de las intervenciones, se explora la idea delirante, esta idea, revela el sistema de creencias previo del paciente, se descubren preocupaciones de la vida diaria subyacentes, como por ejemplo ser manipulado, ser agredido o rechazado (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007).

Las alucinaciones auditivas en formas de voces son las más frecuentes en la esquizofrenia. Los pacientes comunican que oyen palabras pronunciadas que comprenden críticas, mandatos, preguntas o palabras sueltas con un contenido despectivo, tales como fracasado o inútil.

Las frases de dos palabras suelen tener un carácter imperativo, el paciente recibe órdenes que se repiten continuamente, las voces hablan en segunda o tercera persona.

Los pacientes tienen diversas creencias sobre la naturaleza de las voces, una creencia es la malevolencia, puede manifestarse en dos formas, la voz es un castigo por una mala acción, o bien es una persecución. Otra creencia sobre las voces es la benevolencia, por ejemplo, creer que las voces provienen de Dios, para ayudar al paciente a desarrollar un poder especial (Caballo, 2007).

Las alucinaciones no verbales se establecen en formas de diversos sonidos como por ejemplo zumbidos, golpecitos, música.

El modelo cognitivo de las alucinaciones auditivas se enfoca en reducir el malestar emocional asociado a la actividad de las voces, ayudando al paciente a cuestionar lo que dicen realmente las voces (Beck et al., 2010)

Además las estrategias cognitivas en las alucinaciones auditivas exploran el contenido de las mismas, permitiendo desarrollar estrategias para afrontar las alucinaciones cuando se hacen presentes, por ejemplo recomendar al paciente iniciar una actividad, escuchar música. De esta manera el paciente puede recuperar el control, en vez de sentirse controlado por las voces. En el espacio terapéutico se investiga sobre la intensidad, la variabilidad, el contenido de las alucinaciones y las creencias que el paciente tiene sobre ellas (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007).

### **1.5.5 Terapia cognitiva de la esquizofrenia: Síntomas negativos**

Los síntomas positivos y negativos se solapan e interaccionan mutuamente en un grado considerable.

Los pacientes con síntomas negativos tienen probabilidades de sostener creencias y actitudes disfuncionales que indican , conclusiones generalizadas respecto de su propio rendimiento en la ejecución de tareas, constituyen actitudes derrotistas sobre el rendimiento de la ejecución de tareas. Dichas actitudes favorecen la evitación, la apatía y la pasividad (Beck et al., 2010).

Según Perris (2004), la terapia cognitiva en pacientes esquizofrénicos tiene como objetivo desarrollar habilidades y competencias sociales que permitan al sujeto una vida más integrada socialmente y más autónoma. El concepto central del modelo interactivo de Perris es el de vulnerabilidad personal, como facilitador del trastorno y es el resultado de la interacción de factores psico-bio-sociales. Dicha vulnerabilidad personal supone tres tipos de déficits: distorsiones cognitivas, conductas mal-adaptativas y déficits en las habilidades sociales.

Las intervenciones terapéuticas disminuyen la vulnerabilidad del sujeto mediante intervenciones socio-familiares, permitiendo la reducción de eventos vitales estresantes y repercusiones sociales y familiares.

La terapia cognitiva se enfoca en ayudar al paciente a normalizar los síntomas negativos a través de diferentes herramientas terapéuticas, como por ejemplo: aumentar la motivación personal y social del paciente, disminuir el estrés trabajando en conjunto con la familia. Redefinir metas, es decir pequeñas metas que sean posibles ser alcanzadas por el paciente. Otra estrategia es realizar una agenda de actividades, incorporando progresivamente actividades, que al lograr desarrollar dichas actividades funcionen como un estímulo para el paciente (Vaernet, 2009).

Como sostiene Beck et al (2010), los factores cognitivos que participan en los síntomas negativos: son actitudes de aversión social, las creencias derrotistas sobre el rendimiento en la ejecución de tareas, las expectativas negativas de placer y de éxito y la percepción de recursos cognitivos limitados.

Los tratamientos psicoterapéuticos pueden amortiguar los esquemas cognitivos hiperactivos, liberando así recursos para nuevos exámenes de la realidad (compensación cognitiva).

La psicoeducación tanto de los pacientes, como de los familiares es una tarea fundamental en tratamiento de la esquizofrenia, la explicación a los pacientes de sus síntomas, aumenta la adherencia al tratamiento (Rodríguez, 2007).

## 1.6 Habilidades Sociales:

### 1.6.1 Orígenes y desarrollo:

El movimiento de las *habilidades sociales* (HH.SS), ha tenido una serie de raíces históricas. En la década del treinta, desde la Psicología Social los autores Jack (1934), Murphy (1937), estudiaron diversos aspectos de la conducta social en niños. Explicaban la conducta social de los niños mediante variables internas, dando un papel secundario a las ambientales. Aspectos que hoy podríamos considerarlos dentro del campo de HHSS (Ovejero, 1990).

El estudio científico y sistemático del tema tiene tres fuentes. La primera es el trabajo de Salter (1949), denominado terapia de los reflejos condicionados. El autor describe técnicas para aumentar la expresividad de las personas, como por ejemplo: la expresión verbal y facial de las emociones. Posteriormente Wolpe (1958), continúa el trabajo Salter.

Fue Wolpe en su obra Psicoterapia por inhibición recíproca, quién utiliza por primera vez el término *conducta asertiva*, el cual, luego de unos años pasaría a ser sinónimo del de HH.SS.

Más tarde Wolpe y Lazarus (1966), dieron nuevos impulsos a la investigación, contribuyeron al desarrollo del campo de las HHSS, elaboraron programas de entrenamiento denominado entrenamiento asertivo (Caballo, 1993).

La segunda fuente la constituyen los trabajos de Zigler y Phillip (1960), sobre la competencia social. Las investigaciones mostraron que cuanto mayor era la competencia social previa de los pacientes, menor era la duración de la internación y su baja tasa de recaídas. Las fuentes ya citadas tuvieron lugar en los EEUU (Pérez, 2000).

Las investigaciones realizadas por Argyle y Kendon (1967), en Inglaterra constituyen la tercera fuente del estudio de las HH.SS. Estos autores parten de principios ergonómicos empleados por la Psicología social industrial. La aplicación del concepto *habilidad* a las interacciones hombre-máquina, en donde la analogía con estos sistemas implicaba características perceptivas, motoras y otras relativas al procesamiento de la información. Adaptando dicho sistema a la interacción hombre-hombre (Caballo, 1993).

A partir de los años setenta se utilizan diferentes denominaciones para hacer referencia a las HHSS: *Libertad emocional*, Lazarus (1971). *Competencia personal*, Liberman(1975) y *Terapia de aprendizaje estructurado*, Goldstein(1973).

Estos fueron los comienzos de la investigación en HH.SS, con los aportes de la Psicología clínica y la Psicología social (Pérez, 2000).

La investigación sobre HH.SS ha tenido un origen diferente en los EEUU y en Inglaterra, al igual que un énfasis distinto.

En EEUU las investigaciones se centraron en un enfoque clínico, con especial énfasis en el estudio de la asertividad. Sin embargo en Europa las investigaciones se centran en un enfoque psicosocial, principalmente en las conductas interpersonales (Ovejero, 1990).

### **1.6.2 Definición:**

En la actualidad existe dificultad a la hora de definir una conducta socialmente habilidosa.

Según Caballo (1993), hay una gran diversidad terminológica, para referirse a una conducta socialmente habilidosa, como se muestra en los siguientes términos: habilidades sociales, habilidades de interacción social, conducta asertiva, habilidades interpersonales, destrezas sociales, entre otros.

Sin embargo esta falta de acuerdo al momento de definir una conducta socialmente hábil, se atribuye a que la conducta socialmente competente no constituye un rasgo unitario ni generalizado, por lo tanto la conducta está determinada situacionalmente.

Las HH.SS deben considerarse dentro de un mismo marco cultural determinado y los patrones de comunicación varían entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el género, la educación y la clase social (Monjas Casares, 1998).

Si bien no existe una definición generalmente aceptada, existe un acuerdo general sobre lo que conlleva el concepto de las HH.SS.

Por un lado se identifica un contenido de las HH.SS, que se refiere a la expresión de la conducta (opiniones, sentimientos, deseos). Por otro lado se establecen consecuencias de las HH.SS, que aluden al refuerzo social (Caballo, 1993).

Las HH.SS pueden considerarse como vías hacia los objetivos de un individuo. Son conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener reforzamiento del ambiente (Kelly, 1998).

### **1.6.3 Modelo teórico explicativo:**

Desde la teoría del aprendizaje social, las habilidades sociales se entienden como conductas aprendidas. Esta teoría aplicada al desarrollo de habilidades se basa en los principios del condicionamiento instrumental u operante. El enfoque operante, por su parte, enfatiza la importancia de los antecedentes ambientales y sus consecuencias en el desarrollo y mantenimiento de la conducta (Kelly, 1998).

En la teoría del aprendizaje social Bandura (1982), formula un modo de aprendizaje observacional o vicario, denominado aprendizaje por modelado.

Este aprendizaje está dirigido por cuatro procesos que lo componen:

- Procesos atencionales: se refiere a una exploración autodirigida del ambiente y construcciones de percepciones significativas de los hechos modelados.
- Procesos de retención: es el proceso activo de transformación y reestructuración de la información de los hechos.
- Procesos de producción conductual: las concepciones simbólicas se transforman en acciones apropiadas.
- Procesos motivacionales: la ejecución de la conducta aprendida está influenciada por tres tipos de incentivos directos, vicarios y autoproducidos.

El aprendizaje social también está integrado por la capacidad de simbolización, anticipación, vicaria, autorreguladora y capacidad autorreflexiva.

Los comportamientos sociales se adquieren a través de actos de observación y las consecuencias (tanto positivas como negativas) de las propias acciones. En el EHS se incorporan cinco principios derivados de la teoría social del aprendizaje: modelado, reforzamiento positivo, conformación, sobreaprendizaje y generalización.

El modelado se refiere al proceso de aprendizaje por observación, en el que una persona aprende una habilidad social nueva al observar a alguien utilizándola.

El reforzamiento se refiere a las consecuencias favorables que conlleva el comportamiento y que aumentan la probabilidad de que ese comportamiento vuelva a suceder. Se implican dos tipos de reforzamiento positivo y negativo.

La conformación es el refuerzo de las etapas sucesivas hacia la meta deseada.

El sobre aprendizaje se refiere al proceso en que se practica una habilidad repetidas varias veces al punto de hacerla automática.

Generalización es la transferencia de habilidades adquiridas de un ambiente a otro.

#### **1.6.4 Componentes de las Habilidades Sociales:**

De acuerdo con Caballo (1993), los componentes de las HH.SS se analizan desde un nivel molar, es decir un nivel global, que contiene elementos generales, subjetivos y cualitativos. Como por ejemplo la defensa de los derechos, la capacidad de actuar con eficacia en las entrevistas laborales.

Otro nivel de análisis es molecular, se refiere a aspectos objetivos, concretos, por ejemplo contacto ocular, la sonrisa, la postura, volumen de la voz.

Paralelamente los componentes de las HH.SS se clasifican en componentes verbales, no verbales, cognitivos, fisiológicos y situacional ambiental.

Según Pérez (2000), las HHSS contienen componentes motores manifiestos (abrazar, mirar, jugar con alguien), componentes emocionales y afectivos (ansiedad, motivación, alegría, tristeza) y componentes cognitivos (percepción, comunicación de las normas sociales, autoinstrucciones).

Las habilidades de interacción social son un conjunto de comportamientos que las personas hacen, sienten, expresan y piensan.

De acuerdo con Bellack, Mueser, Ginderich & Agestra (1997), los elementos que componen las HH.SS se dividen en dos grandes grupos: las facultades de expresión y las receptivas.

Las habilidades de expresión, contribuyen a la calidad del desempeño social, existen tres categorías en los comportamientos de la expresividad:

comportamientos verbales, comportamientos paralingüísticos y comportamientos no verbales.

El comportamiento verbal se refiere a lo que expresamos en palabras: la forma, estructura, contenido y cantidad de palabras que emitimos.

El termino paralingüístico se refiere a las características de la voz durante el discurso, incluido el volumen, el ritmo, la entonación y el tono.

El comportamiento no verbal también incide en las relaciones interpersonales. La expresión facial es por lo general la primera señal del estado emocional, una sonrisa, el ceño fruncido, una mueca

Según Caballo (1993), los componentes más utilizados de las HH.SS han sido: contacto ocular, las cualidades de la voz, el tiempo de conversación y el contenido verbal de la misma.

Las habilidades receptivas se refieren a la atención e interpretación de signos relevantes y el reconocimiento de la emoción. Esta combinación de atención, análisis y conocimiento se conoce como percepción social. Los esquizofrénicos tienen una dificultad particular en esta área (Bellack et al., 1997).

### 1.6.5 Clasificación de las Habilidades sociales:

Tomando como referencia a Monjas Casares (1998), la clasificación de las HH.SS se establece por diferentes áreas:

Habilidades Sociales			
Habilidades básicas de Interacción social	Habilidades Conversacionales	Habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones	Habilidades para afrontar y resolver problemas
Sonreír y reír	Iniciar conversaciones	Expresión de autoafirmaciones positivas	Identificar problemas
Saludar	Mantener conversaciones	Expresar emociones	Buscar soluciones
Presentaciones	Terminar conversaciones	Recibir emociones	Anticipar consecuencias
Favores	Unirse a conversaciones	Defender los propios derechos	Elegir una solución
Cortesía y amabilidad	Conversaciones de grupo	Defender las opiniones	Probar una solución

## 1.7. Esquizofrenia y Habilidades sociales:

Los aspectos sociales básicos se aprenden durante la niñez, mientras que los repertorios de conducta más complejos, como las destrezas para concertar citas y entrevistas de trabajo, se adquieren en la adolescencia y en la adultez.

Las investigaciones realizadas por Bellack et al (1997), Hansen (2006), indican que casi todos los comportamientos sociales se aprenden, lo que significa que se pueden modificar por la experiencia o el entrenamiento.

La disfunción social en personas con esquizofrenia se da en tres circunstancias: cuando la persona no sabe cómo desempeñarse de forma apropiada, cuando no utiliza las HH.SS necesarias en su repertorio, o cuando el comportamiento socialmente inapropiado socava al comportamiento apropiado. (Bellack, et al., 1987)

Gran parte de las personas con esquizofrenia poseen déficits en el desempeño social, específicamente en:

- Autocuidados: falta de higiene personal, hábitos de vida no saludables.
- Autonomía: deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, dependencia económica y mal desempeño laboral.
- Autocontrol: incapacidad en el manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal.
- Relaciones interpersonales: falta de red social, déficits en habilidades sociales.
- Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de la información.

En general, las personas con enfermedad mental crónica tienen un escaso contacto ocular, gestos, posturas y expresión facial inapropiada y muy escasa participación social espontánea (Rodríguez, 2007).

Sumado a esto, los síntomas negativos generan pobreza en el discurso, disminución de interacción interpersonal. Los pacientes tienen dificultad para comunicar sus sentimientos, no pueden expresar sus necesidades, miedos. Por lo tanto el objetivo terapéutico es ayudar a los pacientes a interactuar con otros, por ejemplo incorporar ejercicios que enfoquen las interacciones más elementales, por ejemplo iniciar y sostener una conversación (Miller, Mason, 2004).

Las intervenciones para el entrenamiento de HH.SS suponen una reducción de los síntomas negativos. Destacando la mejoría en la apatía-abulia, anhedonia y la pobreza afectiva. Además el entrenamiento de HH.SS aporta mejoras en la psicopatología psicótica general, el funcionamiento psicosocial, la percepción de bienestar global y la autoestima (Villata, M, Moreno, J, Navarro, D, & Carrasco, O, 2009).

Del mismo modo las intervenciones verbales y sociales en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia demuestran una esperanza, cuando éstas se utilizan con la medicación óptima. Además la intervención de la familia en la terapia reduce el promedio de recaída y mejora el funcionamiento social.

Por lo tanto integrar en el proceso terapéutico el entrenamiento de HH.SS permite mejorar los procesos cognitivos como la memoria y la atención, mejora la motivación y la seguridad de sí mismos, contribuyendo a mejorar las habilidades laborales (Kuipers, 2007).

### **1.7.1 Entrenamiento en Habilidades Sociales:**

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS), se encuentra entre las técnicas más utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos, demostrando la mejoría de la efectividad interpersonal y la mejoría de la calidad de vida de los pacientes (Caballo, 1998).

Los entrenamientos deben realizarse sobre situaciones de la vida real de los pacientes, utilizando la técnica de resolución de problemas siempre que sea

posible, con el fin de desarrollar una actitud constructiva ante el surgimiento de un problema (Rodríguez, 2007).

Los modelos de entrenamiento más utilizados desde la década del ochenta son de tres tipos. El primer modelo, denominado atencional se aplica cuando el paciente tiene un gran deterioro en las capacidades cognitivas básicas. Se utiliza de forma individual para entrenar habilidades básicas de comunicación en pacientes con grandes dificultades para mantener la atención.

El segundo modelo, utilizado con personas que son capaces de mantener la atención por un periodo superior a la media hora, trata de instaurar habilidades conversacionales y respuestas asertivas utilizando técnicas de modelado, role play.

El tercer modelo se centra en el entrenamiento en resolución de problemas sociales, siguiendo unos pasos que incluyen identificación del problema, definición de metas, generación y evaluación de alternativas y elección de la opción más adecuada (Rodríguez, 2007).

El EHS se define como un conjunto técnicas basadas en aprendizaje social orientado a que el paciente aprenda de manera sistemática nuevas habilidades interpersonales, como por ejemplo comenzar una conversación, expresar sentimientos negativos o positivos, el compromiso y la negociación (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007).

El proceso de EHS implica cuatro elementos:

- Entrenamiento de habilidades donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto.

- Reducción de ansiedad en situaciones problemáticas.

- Reestructuración cognitiva en donde se intentan modificar valores, creencias, cogniciones.

- Entrenamiento en solución de problemas (Caballo, 1993).

### **1.7.2 Intervenciones en pacientes esquizofrénicos:**

Durante las últimas décadas se ha contemplado un trascendental avance en la búsqueda de terapias eficaces para el tratamiento psicológico de la esquizofrenia (Bellack et al., 1987).

Como sostiene Liberman (2004), los múltiples estudios empíricos confirman que la recuperación de la esquizofrenia se puede dar bajo dos condiciones: cuando el trastorno se trata en un momento precoz de su evolución, o cuando las formas más crónicas del trastorno se tratan durante periodos prolongados de tiempo con servicios globales, bien coordinados y continuos.

Existe un amplio rango de estrategias cognitivas-conductuales aplicables a la esquizofrenia, por ejemplo EHS, terapia familiar, estrategias de afrontamiento para controlar los síntomas psicóticos (Caballo, 2007).

Por ejemplo las intervenciones con las familias, se trabajan abordando cuatro modalidades: educación sobre la enfermedad, entrenamiento de habilidades de comunicación, estrategias de habilidades de solución de problemas y aplicaciones de habilidades cognitivo-conductuales específicas para el afrontamiento de situaciones especiales (Rodríguez, 2007).

En otros casos las intervenciones están compuestas por una metodología práctica con técnicas que persiguen el entrenamiento en habilidades y la mejoría de los comportamientos y el rol social. Las técnicas más aplicadas son técnicas de manejo de estrés, rehabilitación laboral, programas de intervenciones comunitarias y la rehabilitación cognitiva (Villata et al., 2009).

Las terapias psicosociales tienen como objetivo ayudar a las personas con enfermedades mentales crónicas en su integración en la vida social, ayudándola a recuperar su dignidad como persona y como ciudadano (Rodríguez, 2007)

## 2. DESARROLLO:

### 2.1 Metodología:

**2.2 Tipo de estudio:** Caso único: sujeto participante: Paciente M

### 2.3 Participante:

Paciente con diagnóstico de esquizofrenia, tipo paranoide, según los criterios del DSM IV.

Sexo: masculino, Edad: 40 años, su estado civil es soltero, vive con su madre.

El comienzo de la enfermedad es aproximadamente 7 años atrás. Comienza a realizar tratamiento farmacológico, hace tres años.

Los últimos dos meses previos a su descompensación, el paciente abandona el tratamiento farmacológico.

Los días previos a su internación el paciente comienza con alteraciones sensorio-perceptivas, alucinaciones visuales y auditivas. Además manifiesta ideas delirantes de contenido místico, ideas persecutorias y delirios de grandeza.

Se produce su primera internación por sufrir una descompensación psicótica aguda, causando riesgo para sí mismo y para terceros.

El tiempo de internación del paciente en el Hospital es de 45 días. Paulatinamente se adapta a la institución, no posee conciencia de la enfermedad, las primeras semanas, continua con su discurso delirante, pensamiento desorganizado.

A partir de la tercera semana de internación el paciente comienza con permisos para ir a su hogar, por el lapso de unas horas. Los permisos se incrementan de acuerdo a la evolución del paciente.

El paciente se integra en las actividades del taller de educación física, comienza a participar en las clases, pero su comunicación con los demás es muy limitada. Muestra cambios conductuales.

Se le otorga el alta al paciente M, luego de una internación de 45 días.

Debe continuar tratamiento ambulatorio en los consultorios externos de Salud Mental.

## **2.4 Instrumentos:**

Observaciones en las terapias individuales, grupales.

Observaciones participantes en el taller de educación física.

Historia Clínica.

Entrevista semi-estructurada al Terapeuta.

Áreas a indagar: Diagnóstico y pronóstico del paciente. Tratamiento terapéutico. Psicoeducación. Habilidades sociales.

## 2.5 Procedimiento:

Los datos se recolectaron de la siguiente manera:

- Se realizaron observaciones participantes durante un tiempo estimado de 45 días, en el desarrollo de las clases de educación física. El seguimiento fue semanal.
- Se realizaron observaciones en las terapias individuales, grupales y multifamiliares durante un tiempo estimado de 45 días. El seguimiento fue semanal.
- Se analizó la historia clínica del paciente M.
- Se realizó entrevista semi-estructurada al Terapeuta.

### 2.5.1 Síntomas de la esquizofrenia, presentes en el paciente M

A continuación se describe una síntesis de las observaciones realizadas en los diferentes espacios terapéuticos, (terapia individual, terapia grupal, clases del taller de educación física).

El paciente M ingresa al Hospital por una descompensación psicótica. Expresa un discurso incoherente, presencia de síntomas productivos, alucinaciones auditivas y pensamiento desorganizado.

Cabe destacar que la enfermedad se diagnóstico hace siete años atrás, sin embargo los últimos tres años realizo tratamiento farmacológico. Los últimos dos meses previos a la internación, el paciente M abandona el tratamiento farmacológico.

El Psicólogo del hospital considera que durante la internación del paciente M, se trabajaran dos cuestiones, por un lado que el paciente M logre comprender la necesidad de cumplir con el tratamiento y por el otro que el paciente logre tener

consciencia de su enfermedad. Además en psicoterapia es importante hacer hincapié en que el paciente comprenda que al abandonar el tratamiento se produce un deterioro de su enfermedad.

El paciente M no se integra en las actividades de los diferentes talleres, no participa en la terapia grupal, refiere que quiere regresar a su hogar. No comprende porque permanece internado, él se encuentra bien, expresa que quiere regresar a su hogar con su madre y su mascota.

Durante el transcurso de la terapia grupal permanece parado con una bolsa con sus pertenencias, se dirige hacia el patio, expresando que quiere retirarse.

En la primera clase del taller de educación física permanece sentado en un banco, acompañado por una enfermera, permanece con su mirada fija en el suelo. No responde ante la invitación de la profesora de educación física a participar de la clase.

El paciente M participa en la terapia individual, responde las preguntas del terapeuta. Expresa que se siente bien, pero quiere regresar a su hogar, fija su mirada en el escritorio. El Psicólogo le pregunta cuales fueron sus actividades antes de ingresar al hospital, el paciente M, responde relatando sus pensamientos.

Delirio del paciente M:

El paciente expresa que se encuentra cansado, porque ha trabajado mucho con deportistas, jugadores de fútbol y boxeadores ayudando a ganar muchos mundiales de fútbol, comprendidos en los años 1978 y 1986. El dirigía y señalaba los goles que realizaban los jugadores. Además recibía ayuda de Dios, que le indicaba lo que debía realizar.

El paciente M refiere que le deben mucho dinero por los trabajos que realizó. Relata su participación en los diferentes eventos deportivos por tal motivo le deben mucho dinero.

Explica que todo este trabajo le requiere mucha energía. Dios le dijo que recibirá energía para realizar el trabajo.

De acuerdo con las observaciones realizadas en los diferentes espacios terapéuticos y análisis de la historia clínica se evidencia la presencia de síntomas positivos y negativos del paciente M. El diagnóstico del paciente M es esquizofrenia tipo paranoide, se caracteriza por la presencia del delirio de grandeza.

Es preciso señalar la importancia de integrar en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, el tratamiento farmacológico y psicoeducación. Las intervenciones psicoeducativas deben ofrecer información específica sobre la enfermedad que padece el paciente. En particular brindar información a los pacientes y sus familiares sobre los síntomas de la enfermedad y los efectos de la medicación (Rodríguez, 2007).

El caso mencionado del paciente M manifiesta la presencia de síntomas negativos como por ejemplo pobreza afectiva, se refleja en el escaso contacto ocular del paciente M, la ausencia de respuesta, abulia, anhedonia y aplanamiento afectivo.

No posee consciencia de enfermedad, expresa delirios místicos y de grandeza.

El paciente M considera sus delirios como realidades, sus delirios poseen un factor de autoimportancia (delirio de grandeza y religioso). El paciente tiene dificultad para evaluar sus interpretaciones erróneas, éste constituye un aspecto típico de los pacientes esquizofrénicos, poseen un examen de la realidad deteriorado.

De acuerdo con el delirio expresado por el paciente M, el paciente tiene la creencia de que tiene poderes o habilidades especiales. El delirio de grandeza en dicho paciente esta combinado con el delirio religioso.

Un factor importante que contribuye al mantenimiento de los delirios es el examen de la realidad atenuado, es decir, la pérdida de capacidad para distanciarse de las

propias creencias e interpretaciones, para considerar que pueden ser erróneas (Beck et al., 2010).

Como sostiene Kaplan (2009), la esquizofrenia tipo paranoide, se caracteriza por la preocupación de una o varias ideas delirantes o alucinaciones auditivas. Los pacientes suelen ser nerviosos, desconfiados, reservados, hostiles o agresivos, sin embargo en situaciones sociales saben comportarse como corresponde.

Según Beck et al (2010), los pacientes con esquizofrenia no consideran que sus interpretaciones sean construcciones mentales, sino que son la realidad misma.

Los síntomas negativos pueden sostener creencias y actitudes disfuncionales que señalan, conclusiones generalizadas respecto de su propio rendimiento en la ejecución de tareas, además constituyen actitudes derrotistas sobre el rendimiento de la ejecución de tareas. Estas actitudes favorecen la evitación, la apatía y la pasividad.

Los síntomas negativos que presenta el paciente M son anhedonia, aplanamiento afectivo, abulia y aislamiento social. Al paciente M le resulta difícil hablar de su interés en las actividades de la vida diaria.

Tomando como referencia a Belloch (1995), los principales síntomas negativos asociados con la esquizofrenia son la pobreza afectiva, el aplanamiento afectivo se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos. Generalmente dichos pacientes tienen un escaso contacto ocular, el individuo rehúye mirar a los demás, su mirada parece extraviada inclusive cuando está hablando.

En otros casos la presencia de síntomas como anhedonia, expresa una falta de interés vital por las actividades normalmente consideradas placenteras. El paciente tiene pocos intereses o hobbies.

El complejo sintomático abúlico conduce a dificultades sociales y económicas.

El caso mencionado refleja una pérdida de intereses, el paciente M realiza actividades de tipo pasivo, sin exigencia, tales como mirar televisión.

### **2.5.2 Habilidades Sociales en un paciente con esquizofrenia**

Los primeros días de internación, el paciente M permanece callado, fija su mirada en el piso. En particular se observa un deterioro de las HH.SS, posee déficit en las relaciones interpersonales, falta de red social, incapacidad para establecer una conversación, escaso contacto ocular y expresiones faciales.

Durante la primera semana de internación, el paciente M permanece sentado, no participa en los talleres. Cuando las enfermeras le suministran la medicación, el paciente M pregunta cuándo puede regresar a su hogar. También realiza la misma pregunta al médico Psiquiatra y Psicólogo. El interés del paciente M es retirarse del Hospital.

El paciente M responde las preguntas que le realiza el Psicólogo, su lenguaje es claro, en dos oportunidades le pregunta al terapeuta cuando regresa a su hogar. Refiere que no comprende por qué motivo continúa internado, su mamá lo llevo al hospital para hacerse unos estudios clínicos, porque necesita tomar vitaminas. Durante la conversación el paciente M no establece contacto ocular, solamente mira sus manos. El Psicólogo le explica que debe continuar internado, para realizar un tratamiento, remarcando la importancia de la participación e integración del paciente M en los talleres y terapia grupal.

El tratamiento del paciente M consiste en un tratamiento farmacológico, psicoterapia grupal e individual, además de la participación de los talleres de educación física, lectoescritura y taller de plástica. A partir de la segunda semana de internación el paciente M, comienza a integrarse en los talleres de educación física y plástica, permanece sentado observando la clase.

De acuerdo con Kuipers (2007), un tratamiento eficiente se compone de: medicación óptima, intervenciones verbales y sociales. Al mismo tiempo es muy importante incorporar en el tratamiento, la participación de la familia del paciente.

A través de las diferentes observaciones realizadas en los talleres, terapia individual y grupal, se observa que el paciente M comienza paulatinamente a integrarse, sonríe, establece contacto ocular para responder las preguntas, que le realiza el Psicólogo. Por ejemplo el terapeuta le comunica, que en los próximos días, va a poder realizar su primer permiso, almorzará en su hogar con su familia y a la tardecita regresará al Hospital para continuar con su tratamiento. El paciente M evidencia cambios en sus expresiones faciales, sonríe.

Como sostiene Caballo (1983), la mirada es un componente de las HH.SS, este es un elemento no verbal fundamental en la evaluación de la habilidad social.

Un período de contacto ocular produce el comienzo de una interacción entre la persona que habla y la persona que escucha. Al hacer contacto ocular con otra persona se establece una señal de implicación.

Además el paciente M, participa en la clase de educación física, luego de la invitación de la profesora, realiza los ejercicios, siempre acompañado por la profesora. En dicha clase fundamentalmente se trabaja expresión corporal.

Al comienzo de la clase cada paciente se presenta ante el grupo. El paciente M refiere su nombre, responde las preguntas que le realiza la profesora, expresa que le gusta jugar al fútbol y practicar boxeo, aunque en realidad hace mucho tiempo que no practica ningún deporte.

El paciente M establece contacto ocular con la profesora. Sonríe cuando intenta realizar los ejercicios que indica la profesora, en particular sonríe cuando camina en cuatro patas. Realizó una sola vez cada ejercicio, se integró y participó de la clase.

Durante la relajación cada paciente permanece acostado en el suelo, formando una ronda, relajando el cuerpo. También cada paciente debe expresar como se

siente, que ejercicio le gusto realizar, la profesora invita a los paciente a realizar una propuesta para la clase siguiente. En dicha clase proponen jugar al fútbol. El paciente M solo responde que se siente bien.

Los pacientes con esquizofrenia poseen una escasa participación espontánea. Esta incapacidad para comunicarse y establecer relaciones sociales, coloca a los pacientes en una situación de desventaja para satisfacer sus necesidades y para defender sus derechos (Rodríguez, 2007).

Se observan cambios en el paciente M, al finalizar la terapia grupal, pudo iniciar una conversación, con la enfermera, para consultar sobre la medicación cuando le den el alta. Esto indica un comienzo de conciencia de enfermedad. Es preciso señalar que dichos cambios son producto por un lado por la medicación psiquiátrica, generando una disminución de los síntomas positivos y negativos y por otro lado, el paciente comienza a participar en las clases de educación física, donde a través de las diferentes actividades, juegos se trabajan diversas HH.SS.

Las HH.SS poseen un comportamiento verbal y un comportamiento no verbal, dicho comportamiento constituye un factor importante en las relaciones interpersonales. La expresión facial es la primer señal del estado emocional como por ejemplo una sonrisa, una mueca (Bellack et al., 1997).

Durante las clases de educación física los pacientes se presentan ante el grupo, se saludan, establecen conversaciones, expresan sus sentimientos, realizan pedidos. El objetivo es lograr mantener una conversación en grupo con la participación de todos los pacientes. El paciente M se presenta diciendo su nombre y luego permanece callado, sin embargo responde las preguntas que posteriormente le realiza la profesora.

Según Kaplan (2009), los antipsicóticos son el principal componente terapéutico en la esquizofrenia. Sin embargo las investigaciones han confirmado que las intervenciones psicosociales incluidas en la psicoterapia pueden incrementar la mejoría clínica de los pacientes.

De acuerdo con las observaciones realizadas en las terapias individuales y grupales se evidencia que el paciente M comienza a tener conciencia de la enfermedad. El terapeuta puso mucho énfasis en este tema, trabajando de manera conjunta la familia, remarcando la necesidad de continuar con el tratamiento para evitar una recaída.

A partir de la segunda semana de internación del paciente M, los síntomas positivos y negativos disminuyen. Al mismo tiempo el paciente M se integra en el grupo, participa en los talleres. Comienza a comunicarse con los profesionales y sus compañeros.

El tratamiento durante la fase aguda de la enfermedad se centra en eliminar los síntomas psicóticos. Luego el tratamiento tiene una fase de estabilización y mantenimiento. Los objetivos de esta fase son evitar una recaída de los síntomas psicóticos (Kaplan, 2009).

A través de las diferentes clases de educación física se trabajan diferentes HH.SS de comunicación interpersonal, como por ejemplo iniciar una conversación. Al comienzo de la clase la profesora saluda al grupo, indica que cada paciente exprese al grupo como se siente, que fue lo que más le gusto hacer la clase pasada, además cada paciente de presentarse ante el grupo y proponer diferentes maneras de saludar a sus compañeros. El objetivo es generar espacios que los pacientes puedan interactuar, iniciar y sostener una conversación en grupo.

Las diferentes consignas desarrolladas durante las clases, se focalizan en desarrollar habilidades de comunicación en particular la escucha activa, habilidades de interacción con personas de otro sexo, relaciones con personas de estatus diferentes. Además se trabajan habilidades asertivas, como por ejemplo expresar sentimientos positivos y negativos, expresión de opiniones personales, recibir y hacer elogios y cumplidos. Estas habilidades se trabajan principalmente al comienzo de la clase y en la relajación.

El tratamiento en pacientes esquizofrénicos debe estar compuesto por la integración del tratamiento farmacológico, psicoterapia e intervenciones

psicosociales. Los tratamientos psicosociales comprenden diferentes métodos destinados a aumentar las HH.SS, la autosuficiencia, habilidades prácticas y la comunicación interpersonal (Kaplan, 2009).

### **2.5.3 Evolución de los síntomas de la esquizofrenia y las HH.SS del paciente M.**

Los síntomas negativos que presenta el paciente M, al ingresar al hospital, evidencian pobreza en su discurso y una disminución en la interacción interpersonal.

Cabe destacar que la evolución del paciente M durante su internación es favorable, con respecto a los síntomas de la esquizofrenia, disminuye la productividad psicótica. Paralelamente comienza a comunicarse con los enfermeros y médicos.

Expresa un comienzo de conciencia de enfermedad, al preguntar a la enfermera, como obtendrá los remedios cuando le den el alta. Comprende que debe continuar con el tratamiento farmacológico. También se reducen los síntomas negativos.

Según Liberman (2004), con un tratamiento adecuado muchos pacientes con esquizofrenia son capaces de lograr una remisión sintomática y mejorar sus niveles de funcionamiento social. Los factores asociados a la recuperación sintomática y funcionamiento social son el apoyo familiar, a través de intervenciones psicoeducativas familiares y la formación en HH.SS.

La evolución de paciente M se refleja en sus expresiones faciales, establece contacto ocular al participar en una conversación. Participa en el taller de educación física y de plástica.

Durante la clase de educación física el paciente M participa al inicio de la clase presentándose, saludando a sus compañeros del grupo. Luego realiza los

estiramientos propuestos por la profesora, si bien sus movimientos son lentos, realiza todos los ejercicios.

En las clases se proponen diferentes juegos en grupo. Generalmente los juegos que se desarrollan, son con elementos, como por ejemplo pelotas, pompones de lana, aros.

El paciente M participó en el juego de los pompones, prestó atención cuando la profesora explico en qué consistía el juego. El paciente M participa realizando movimientos lentos. Luego en el momento de la relajación expreso que disfrutó participar del juego con los pompones.

El entrenamiento de las HH.SS está orientado para que el paciente aprenda nuevas habilidades interpersonales, como por ejemplo comenzar una conversación, expresar sentimientos, opiniones (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007).

En los talleres de plástica y educación física, los profesores y el terapeuta trabajan en conjunto, el objetivo es realizar actividades, integrando HH.SS. Cabe señalar que la evolución del paciente M es favorable, al disminuir sus síntomas negativos, se integra y participa en el taller de educación física. Al comienzo de las clases y al finalizar la clases, la profesora propone consignas de expresión verbal, con el objetivo de instaurar habilidades conversacionales, que faciliten la recuperación de las habilidades interpersonales.

Paralelamente el paciente M realiza varios permisos para regresar a su hogar. Los permisos son progresivos en cuanto a la cantidad de horas que el paciente puede estar en su domicilio. Los primeros son permisos de cuatro a seis horas, luego doce horas hasta completar veinticuatro horas. De esta manera se evalúa por un lado la adaptación del paciente M en su hogar y por otro lado se evalúan los vínculos familiares.

Al regresar el paciente M de su hogar refiere que se siente bien, pregunta cuándo le darán el alta. Sus familiares expresan que observan una mejoría del paciente M, señalando que está más comunicativo.

Los pacientes con enfermedades mentales, durante la hospitalización, deben coordinarse con los centros de tratamiento post-hospitalario, por ejemplo hospitales de día, teniendo presente que la atención debe ser integral. Focalizando el tratamiento en las necesidades psicosociales que produce la enfermedad como por ejemplo pérdida de autonomía, problemas en el desempeño de roles sociales, pérdida de roles sociales, problemas de inserción laboral (Rodríguez, 2007).

El paciente M se encuentra estable, el Hospital de Agudos brinda un servicio de internación de treinta a cuarenta y cinco días. Los pacientes al alcanzar la estabilidad, son dados de alta. Posteriormente continúan con el tratamiento en consultorios externos del servicio de Salud Mental.

El tiempo de internación del paciente M es de cuarenta y cinco días. Sus síntomas psicóticos remitieron, se evalúa otorgar el alta. El Hospital no cuenta con un servicio de centro de día.

El terapeuta explica al paciente y su familia como continuará el tratamiento en los consultorios externos. Se pone énfasis en la necesidad de cumplir con el tratamiento para evitar recaídas. Se propone comenzar psicoterapia individual y grupal, además continuar con el control farmacológico.

Al comenzar un tratamiento terapéutico es fundamental construir una buena alianza terapéutica con el paciente y sus familiares. El terapeuta tiene doble función, por un lado como guía, ayudando al paciente a comprender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales y por el otro lado como catalizador promoviendo nuevos aprendizajes que fomenten pensamientos y habilidades más adaptativas (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007).

### 3. Conclusión:

El caso que se describe en el presente trabajo describe la evolución del paciente, durante su internación. El paciente recibe un tratamiento convencional. La atención en salud mental se especifica en la mejoría y control de los síntomas de la enfermedad con tratamiento farmacológico.

El objetivo de la internación fundamentalmente es la remisión de los síntomas. El paciente evoluciona favorablemente, participa en los diferentes espacios terapéuticos. Sus síntomas negativos disminuyen, comienza a integrarse, participa de las clases de educación física. Además se producen cambios en sus HH.SS, establece contacto ocular, sonríe, inicia una conversación. Se evidencia un comienzo de conciencia de enfermedad, el paciente pregunta como obtendrá la medicación, al recibir el alta. Comprende la necesidad de continuar el tratamiento farmacológico.

El paciente al recibir el alta continua con un tratamiento ambulatorio, en los consultorios externos del hospital. Esta institución no posee un servicio de un centro de día, o casas de medio camino. Falta la articulación entre el Hospital Neuropsiquiátrico y un centro de día que permita la rehabilitación, resocialización y la reintegración de los pacientes a la comunidad.

Aquí se produce un déficit, se observaron muchos casos, donde los pacientes tienen dificultades para sostener el tratamiento ambulatorio, con el correr del tiempo, dejan de asistir a psicoterapia y solamente continúan con el tratamiento farmacológico. Los pacientes con enfermedades mentales carecen de un apoyo social e institucional. Se requiere la incorporación de intervenciones complementarias de tipo psicosocial y social.

Ante lo expuesto se refleja que el tratamiento que reciben los pacientes con enfermedades mentales, es un abordaje farmacológico y psicoterapéutico, desde el paradigma biomédico. La atención psicosocial y social ha sido considerada como un aspecto secundario, de menor relevancia que el tratamiento psiquiátrico.

Sin embargo el modelo biopsicosocial hace hincapié en un enfoque de sistemas integrados de la conducta humana y de la enfermedad. En dicho modelo la atención médica se centra en las necesidades del paciente.

Es importante tener en cuenta que una característica que define a la esquizofrenia es la disfunción social. Dicha enfermedad posee una multifactorialidad de problemáticas como por ejemplo la pérdida de capacidades, dificultades de la relación social, problemas de relación familiar y dificultades de integración laboral y social. Además la mayoría de las personas con esquizofrenia tiene dificultades para acceder y mantenerse en el ámbito laboral.

Por esta razón es muy importante tener presente el concepto de rehabilitación psiquiátrica. Dicho concepto comprende diversas intervenciones diseñadas para ayudar a las personas con enfermedades mentales a mejorar su funcionamiento y calidad de vida, al permitirles adquirir las habilidades y apoyos necesarios para desempeñarse con autonomía. La rehabilitación psiquiátrica prioriza la integración en la comunidad sobre el aislamiento en entornos segregados para las personas con enfermedades mentales (Kaplan, 2009).

Se necesitan programas y servicios que ayuden a los pacientes a recuperar y adquirir las capacidades y HH.SS necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad. Sobre todo establecer una mejor calidad de vida.

Por lo tanto la integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social. Sin embargo la mayoría de los enfermos con esquizofrenia están desempleados o excluidos del mundo laboral. Presentan dificultades para acceder, mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Los pacientes con enfermedades mentales necesitan aprender oficios, capacitaciones a través de programas adaptados de formación ocupacional.

Paralelamente los prejuicios sociales, sumados a la desinformación de la sociedad respecto a las enfermedades mentales, origina la exclusión social de las personas que sufren dichas enfermedades.

En la actualidad hablar de Derechos Humanos y Salud Mental significa establecer un cambio en las políticas públicas. Hay una necesidad y obligación social de desarrollar servicios basados en la inclusión social y laboral para las personas con enfermedades mentales.

La Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26.657. Derecho a la protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Ley 22.914, en el capítulo V, artículo 11, refiere el trabajo interdisciplinario con las áreas de salud, educación, desarrollo social, trabajo, que implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria.

En este artículo, dicha ley hace hincapié en promover el desarrollo de consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para los pacientes que reciben el alta institucional, servicios para la promoción y prevención en Salud Mental, prestaciones tales como hospitales de día, centros de capacitación socio laboral.

Con respecto a lo expuesto, si bien es fundamental el desarrollo de servicios de inclusión social, en muchos casos, se observa que los servicios de Salud Mental carecen de un trabajo interdisciplinario y de la articulación de servicios que posibiliten la inclusión social y laboral.

Por esta razón se debe trabajar desde el paradigma bio-psico.social, dicho modelo posibilita establecer una atención integral en salud mental.

Por un lado se propone organizar una red coordinada con programas, talleres especialmente de formación y empleo que ayuden a los pacientes con esquizofrenia a integrarse y lograr una participación social activa en la comunidad.

Dichos programas deben ofrecer diferentes actividades de entrenamiento y recuperación de HH.SS.

La integración comunitaria de las personas con enfermedades mentales puede establecerse, por ejemplo a través de talleres de huerta orgánica, talleres de artesanías en madera. Permitiendo a los pacientes recuperar su dignidad y rehacer su vida laboral.

Por otro lado es preciso señalar la importancia de la atención primaria de la salud. En la actualidad la sociedad estigmatiza la enfermedad por no poseer información, esta falta de conocimiento genera prejuicios sobre dicha enfermedad. Se propone realizar charlas, debates, campañas, sobre salud mental, dirigidas a la comunidad para desestigmatizar las enfermedades mentales.

Además de esto, es preciso señalar la importancia de incorporar en el tratamiento terapéutico una orientación salugénica, que completa el modelo médico, dicha orientación propone un modo diferente de abordar las problemáticas humanas. Particularmente propone una comprensión global, integradora de la persona, focalizando el estudio en las fortalezas humanas. El enfoque salugénico busca aquellos factores que puedan facilitar la adaptación activa del organismo al medio.

Por lo tanto el compromiso en salud mental es reformular el enfoque de atención de las enfermedades mentales, establecer un abordaje integral, interdisciplinario. Implementar servicios que faciliten la integración y participación social de las personas con enfermedades mentales. Permitiendo de esta manera a los pacientes recuperar su dignidad.

## Bibliografía:

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV- TR*. Barcelona: Masson.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Beck, A, Rector, N, Stolar, N, Grant, P, (2010). *Esquizofrenia. Teoría cognitiva investigación y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Bellack A, Mueser, K, Ginderich, S, Agresta, J. (1997). *Social Skills Training for Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Belloch, A. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: Mcgraw.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Hales, R y Yudofsky, S. (2005). *Fundamentos de Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Masson.
- Hansen, L. (2006). "[The ABCs of Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia. \(care and treatment \) \(Case study\)](#)". *Psychiatric Times*, 23, 7. Recuperado el 15 de noviembre de 2010 de la base de datos Infotrac.
- Kaplan & Sadock. B. (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Kelly, J. (1998). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Desclée de Brower.

- Kuipers, E. (2007). "Psychological Therapies for Schizophrenia: Family and Cognitive Interventions". *Psychiatric Times*, 24. 2. Recuperado el 15 de noviembre de 2010 de la base Infotrac.
- Liberman, R. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Revista Rehabilitación Psicosocial*, 1 (1), 12-29. Recuperado el 18 de marzo de 2011 en <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/20889/>
- Márquez López-Mato, A. (2004). *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Buenos Aires: Polemos.
- Miller, R., & Mason, S. (2004). Cognitive enhancement therapy: A therapeutic treatment strategy for first-episode schizophrenia patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(3), 213-230. Retrieved from Psychology and Behavioral Sciences Collection database. Recuperado el 15 de noviembre de 2010 de la base de datos Infotrac.
- Monjas Casares. M. (1998). *Habilidades sociales en el currículo*. Recuperado el 23 de octubre de 2010, en <http://www.educacion.es/cide/espanol/publicaciones/colecciones/investigacion/col146pc.pdf>.
- Muñoz Molina, F. & Ruiz Cala, S. (2007). Terapia cognitiva-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (1), 98-110. Recuperado el 18 de marzo de 2011, en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80636108>
- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque psicosocial. *Revista Psicothema*, 2 (2), 93-112. Recuperado el 3 de mayo de 2011, en <http://dialnet.unirioja.es/servelet/articulo?codigo=2027269>
- Pérez. I. (2000). *Habilidades sociales, educar hacia la autorregulación: conceptualización*. Barcelona: Horsori.

- Perris, C y Mc Gorry, P. (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de la personalidad. Manual teórico practico*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Rodríguez, A. (2007). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Síntesis.
- Vaernet, A. (2009). Terapia cognitiva conductual en la esquizofrenia. *Revista Sinopsis*, 42 (1), 21-26. Recuperado el 3 de mayo de 2011, en <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/tratamiento43/44532>
- Vásquez, G. (2005). *¿La esquizofrenia empieza en la adolescencia?* En *Psicodebate 5. Psicología, cultura y sociedad* (pp. 81-90). Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Villata, M, Moreno, J, Navarro, D, Carrasco, O. (2009). Entrenamiento en habilidades de la vida diaria en personas con trastorno mental grave. Descripción de la intervención y estudio de casos. *Revista Neurología*, 13 (2), 20-32. Recuperado el 3 de mayo de 2011 en <http://www.neurologia.tv/revistas/index.php/psicologia.com/article/view/673/648>

# ANEXOS

## 4. Anexos

### Anexo 4.1 Observaciones de la Terapia Individual

#### Observación 1

El paciente expresa que se siente bien, puede dormir bien, pero no entiende por qué, continúa internado en el Hospital. Manifiesta que él ingreso al Hospital para realizarse un análisis de sangre, porque necesita tomar vitaminas por lo tanto no comprende por qué continua internado.

Él considera que está bien de salud y debe regresar a su hogar con su mamá y su mascota. El paciente no posee registro de su enfermedad.

El terapeuta le pregunta como es el vinculo con sus familiares el paciente M refiere que su vínculo con su madre y sus dos hermanas es bueno, sin embargo con sus tres hermanos esta distanciado. Expresa que cuando él era niño, sus hermanos lo agredían físicamente y sexualmente, por tal motivo esta distanciado. Su padre lo maltrataba. El terapeuta pregunta porque su padre lo maltrataba, el paciente M responde que desde muy pequeño debía trabajar en el campo con él. Con respecto a su padre está confundido y no sabe si vive o está muerto.

El terapeuta le pregunta si él le comento a algún familiar los maltratos que recibió en su infancia, el paciente M responde que nunca se lo dijo a nadie.

En la actualidad vive con su mamá, el paciente M le pregunta al terapeuta cuando se puede ir, extraña su dormitorio, se televisor y su mascota. Además de esto el paciente reitera en varias oportunidades que debe retirarse del Hospital porque debe realizar varios trámites, como por ejemplo cobrar su pensión en el banco y comprar alimento para su mascota.

Para finalizar el terapeuta le manifiesta que en los próximos días, va a poder realizar su primer permiso, almorzará en su hogar con su familia y a la tardecita regresará al Hospital para continuar con su tratamiento.

El paciente M sonríe y se retira del consultorio.

## Observación 2

El terapeuta le pregunta sobre su primera salida, como fue su experiencia.

El paciente M describe su primera salida del Hospital. Refiere que se sintió muy bien, almorzó con su mamá, luego miró televisión junto a su mascota. Fueron sus hermanas a saludarlo y luego lo llevaron al banco a cobrar su pensión. Expresó que no quería regresar al Hospital, pero su familia le dijo que debía continuar con el tratamiento.

Luego de un momento de silencio, el terapeuta le pregunta si desea hablar de algún tema en particular, el paciente responde que le deben mucho dinero y necesita ese dinero, para comprar una casa.

Al preguntar el terapeuta quien le debe dinero, el paciente M responde que Dios y Jesús le deben mucho dinero por todos los trabajos que el realizó.

El paciente M relata que él ayudó mentalmente a jugar al fútbol, además de la ayuda de Dios, él colaboró a ganar muchos mundiales de fútbol, por eso le deben dinero. Por último expresa que esa ayuda que él realiza lo desgasta y cansa mucho, por tal motivo ahora no lo realiza mas, tiene 40 años y está cansado.

El Psicólogo le pregunta sobre sus actividades antes de ingresar al Hospital, el paciente M responde que se encuentra cansado, agotado por su trabajo en ayudar a los futbolistas a jugar los mundiales de fútbol de los años 1978 y 1986. Además su trabajo consiste en preparar a boxeadores. Explica que su cansancio es general (se toma la cabeza con sus manos), todo este trabajo le requiere mucha energía. Dios le dijo que recibirá energía para su trabajo.

El terapeuta le pregunta qué día es hoy. El paciente M responde correctamente el año y el mes, pero está desorientado con el día de la semana.

Se observa un cambio, el paciente M mira a los ojos al Terapeuta, realiza movimientos con sus manos.

El psicólogo le comunica que en los próximos días tendrá otra salida, en esa oportunidad, el permiso será de 24 horas, y luego regresa al Hospital para continuar con el tratamiento. Finaliza la entrevista, el paciente saluda y se retira.

De acuerdo con las observaciones realizadas se evidencia la presencia de síntomas positivos y negativos del paciente M.

No posee consciencia de enfermedad, expresa delirios místicos y de grandeza.

## **Anexo 4.2 Observaciones de terapias grupales**

### Observación 1

La terapia grupal integra: pacientes, familiares, enfermeras, acompañantes terapéuticos, médicos psiquiatras y psicólogos.

Luego de saludar a su mamá el paciente M, se retira a su dormitorio, busca una bolsa con sus pertenencias y se dirige hacia la puerta trasera de la sala, una enfermera se acerca para comunicarle que no permanezca parado y tome asiento junto a su madre, para participar de la terapia grupal. El paciente M expresa que se quiere retirar del Hospital.

Permanece sentado unos minutos junto a su madre, luego comienza a caminar por el pasillo, personal de seguridad del Hospital, le indica que regrese a su asiento. Continúa parado mirando el piso. Luego regresa a su dormitorio y se acuesta en su cama. No participa de la terapia grupal.

### Observación 2

El paciente M saluda a su mamá y su hermana, permanece sentado al lado de su hermana, su mirada es lejana, perdida, por momentos mira fijo al piso y realiza

movimientos con sus manos. Luego se retira a su dormitorio, se para frente a la ventana mueve sus brazos, se balancea. Permanece en su dormitorio.

Al finalizar la reunión, su madre se acerca a su dormitorio para despedirse. El paciente M, pregunta cuándo podrá regresar a su hogar.

### Observación 3

El paciente está más animado, se evidencia en sus expresiones faciales, sonríe, mantiene contacto ocular al responder una pregunta.

Comenzó con sus salidas, participa en los diferentes talleres. Expresa que se siente bien en el Hospital, que las vitaminas que toma le hacen bien, puede dormir. El paciente M llama vitaminas a los medicamentos.

Inicia una conversación con las enfermeras, pregunta cuando se retire del Hospital, como va obtener las vitaminas. Las enfermeras le indican que no se preocupe, que el médico le prepara las recetas.

El paciente M, no participa en la terapia grupal, sin embargo permaneció sentado junto a su madre y la enfermera.

## **4.3 Observaciones participantes en el taller de educación física.**

### Clase 1

Es el tercer día de internación del paciente M. Está muy medicado, no establece comunicación con las enfermeras y sus compañeros, las enfermeras invitan a todos los pacientes al patio, tres pacientes expresan no tener ganas de participar en la clase, (entre ellos el paciente M), se sientan en los bancos a observar la clase, acompañados por las enfermeras.

Los profesores de educación física saludan a cada paciente con un beso, un abrazo y palabras de aliento para disfrutar la clase al aire de libre. Invitan a todos los pacientes a formar un círculo para dar comienzo a la actividad.

Forman un círculo y comienzan a realizar movimientos suaves con los brazos, manos, hombros, piernas, movimientos circulares para la derecha y la izquierda. Luego de realizar un trote suave por el patio, la profesora se acerca al banco donde se encuentran sentados los tres pacientes que no quieren participar, ella les propone integrarse al grupo para poder realizar las actividades de la clase.

El paciente M, no responde fija su mirada en el suelo, la enfermera le comunica a la profesora que es tercer día de internación, que está en el proceso de adaptación.

La clase continúa con diferentes ejercicios de elongación, dichos ejercicios se realizan en parejas.

Para finalizar la clase, los profesores proponen acostarse en el piso boca arriba, formando una ronda, relajarse, estirar las piernas los brazos, tomarse de la manos con el compañero de al lado. Cada paciente expresa sus sentimientos y emociones, de ese momento, si disfruto la clase, como siente su cuerpo.

## Clase 2

Esta clase se desarrolla en el salón de visitas, las condiciones climáticas no permiten realizar la clase de educación física al aire libre.

Luego de saludar, los profesores proponen una clase diferente, escuchar música y comenzar a moverse libremente caminando alrededor del salón, luego cambian la música, mas movida invitándolos a bailar en parejas o solos. Algunos pacientes cantan, disfrutan de la música y el baile.

El paciente M con la invitación de una enfermera comienza a caminar, le cuesta integrarse. Es muy solitario, no participa en los diferentes talleres.

Luego de caminar alrededor del salón se sienta en un sillón. Los profesores en reiteradas oportunidades se acercan a invitar a los pacientes a participar de la clase. El paciente M refiere sentirse cansado y solicita permiso para ir a su dormitorio para descansar.

Los pacientes proponen un concurso de baile, se divierten mucho, sonrían.

Eligen la pareja ganadora, bailaron diferentes ritmos musicales. Aplauden disfrutaron mucho la clase.

Se propone la relajación, la música es muy suave, se acuestan en el piso, cierran los ojos y descansan unos minutos. Continuando con esa posición cada paciente expresa sus sentimientos y lentamente se sientan, la clase termina con un fuerte aplauso.

### Clase 3

Luego de los saludos entre todos los pacientes y los profesores proponen que cada paciente se presente ante los compañeros del grupo. Luego se propone realizar un trote suave alrededor del patio, después de unos minutos la profesora indica continuar con el trote pero realizarlo tomados de la mano con un compañero, luego se incrementa el ritmo del trote. Correr tomados de la mano les produce risas, compiten que pareja trota con mayor energía.

Luego forman una ronda, realizan varias respiraciones y exhalaciones levantando los brazos, son movimientos suaves.

Los profesores explican cómo se va a desarrollar la clase, se realizará un circuito con diferentes estaciones. En cada estación los pacientes deberán practicar diferentes ejercicios, como por ejemplo saltar aros que están colocados en el piso, caminar en cuatro patas, hacer rodar una pelota inflable por el césped, saltar con un solo pie. Cada estación del circuito está delimitada, colaboran las enfermeras en las diferentes estaciones para guiar a cada paciente en las diferentes actividades que deben llevar a cabo.

Al explicar cada consigna los pacientes deben prestar mucha atención, y recordar las diferentes actividades.

Los pacientes disfrutaron mucho realizar las diferentes actividades propuestas por los profesores de educación física. Se observó la participación de todos los

pacientes, cada uno con sus limitaciones pero se ayudaban mutuamente, se reflejó mucho compañerismo.

Esta es la primera clase de educación física que el paciente M participa, la profesora le explico cómo debía realizar cada ejercicio y estuvo a su lado guiándolo durante toda la clase. Durante la presentación de cada paciente al comienzo de la clase, el paciente M refiere su nombre, luego permanece callado. Sin embargo responde las preguntas que le realiza la profesora, como por ejemplo responde que su deporte favorito es el fútbol y también le gusta el boxeo, refiere que hace muchísimo tiempo que no practica deportes.

Se evidencian cambios conductuales en el paciente M, sonríe cuando intenta caminar en cuatro patas, establece contacto ocular con la profesora. Realizó una sola vez cada ejercicio, se integró y participó de la clase.

Luego los profesores proponen la relajación, este es un momento muy importante, por un lado relajan su cuerpo luego de realizar actividades y por otro lado es el momento en que cada paciente expresa sus sentimientos, sus estados de ánimo, además expresan cual fue la actividad que más les gusto realizar.

El objetivo de la relajación es generar un espacio para establecer conversaciones sobre lo que sintieron a lo largo de la clase.

Los pacientes disfrutan mucho de la clase al aire libre, sus expresiones faciales lo demuestran sonríen, aplauden.

#### Clase 4

La clase comienza con una ronda, cada paciente debe presentarse, proponer diferentes maneras de saludos además realiza movimientos suaves de las extremidades, balanceo del cuerpo para un lado y para el otro, movimientos lentos con la cabeza.

Se forman dos grupos, en esta clase son pocos los participantes varios pacientes fueron dados de alta.

Cada grupo realiza diferentes ejercicios de elongación, luego la profesora propone un juego con pompones de lana. Los pompones son del tamaño de una pelota de fútbol.

Se divide el patio en dos partes con una soga apoyada en el piso, un sector para cada grupo, cada participante tiene en las manos un pompón. El juego consiste en tirar al equipo contrario la mayor cantidad de pompones. Los participantes deben estar sentados en el piso, no está permitido correr, los pompones se deben buscar en cuatro patas. En determinado momento la profesora toca el silbato y gana el equipo que menos pompones tenga en su campo.

Los profesores explican el reglamento del juego, los pacientes interrumpen la explicación, preguntan cómo se logra ganar el juego. La profesora considera que lo más importante es compartir el juego, divertirse y no interesa tanto el resultado.

Los pacientes están muy motivados, sonrían, quieren comenzar a jugar. El juego comienza gritan, festejan se apresuran a recoger los pompones para tirarlos al equipo contrario.

El paciente M participa toda la clase, con movimientos lentos, una compañera lo estimula a participar, le alcanza pompones para que los tire al equipo contrario.

La participación del paciente M es limitada, sin embargo comienza a integrarse, sonrío cuando sus compañeros festejan, responde preguntas.

Se observa mucho compañerismo en los grupos, disfrutaron mucho esta actividad, el equipo ganador festejo con canciones y aplausos. El cierre de clase se desarrolla con la relajación y los pacientes expresan sus opiniones sobre la clase, reflejaron mucha alegría.

#### **4. 4 Historia Clínica:** Paciente M

La internación se produce por riesgo para sí y para terceros.

Diagnóstico: Descompensación psicótica. Esquizofrenia paranoide.

Su madre refiere el abandono del tratamiento hace dos meses.

Medicación: Haloperidol. Lorazepan.

El paciente expresa un discurso incoherente, presencia de síntomas productivos.

Paciente hipolúcido. Consciencia parcial de la situación. Presenta alucinaciones auditivas. Impulsividad manifiesta. Actitud paranoide. Hiperbulia improductiva.

Antecedentes en las últimas semanas de episodios de heteroagresividad hacia el entorno.

Motivo de consulta: el paciente es llevado por sus familiares, por descompensación psicótica. Esquizofrenia paranoide.

Enfermedad actual: comienza hace aproximadamente siete años atrás. Hace tres años esta medicado con Olanzapina.

En los últimos días el paciente comienza con alteraciones sensoperceptivas, alucinaciones visuales y auditivas e ideación delirante de contenido místico, persecutorio e ideas de grandeza.

Antecedentes de la enfermedad: tratamiento Olanzapina 1 mg. Con diagnóstico Esquizofrenia paranoide.

Examen Psíquico Psicopatológico: sueño confuso. Paciente refiere irse a su casa. Sin consciencia de enfermedad.

Diagnóstico presuntivo: descompensación psicótica con Esquizofrenia paranoide.

Plan Terapéutico: indicación del Psiquiatra de guardia

Haloperidol. En caso de excitación psicomotriz Clorazepan.

Registro de la evolución del Paciente M

El paciente se encuentra en la cama (somnolencia), colabora parcialmente con la entrevista.

Se encuentra tranquilo, su discurso es delirante, no interviene en el grupo terapéutico.

Paulatinamente se adapta a la institución. Refiere discurso delirante. No presenta ningún elemento de violencia hacia si mismo, ni a terceros.

El paciente se encuentra vigil. Parcialmente orientado en el tiempo, responde correctamente el año, el mes, pero se desorienta con el día.

En reiteradas oportunidades solicita ir a su casa. Falta de consciencia de enfermedad.

El paciente expresa un pensamiento desorganizado, discurso delirante. Manifiesta alteraciones sensoperceptivas.

A la semana siguiente el paciente comienza a evolucionar bien, comienza a comunicarse con los enfermeros.

Realiza su primer permiso para ir a su domicilio, regresa muy bien. Sin embargo se angustia en el momento de regresar al Hospital, pero no muestra resistencia, regresa bien.

El paciente se encuentra tranquilo, sin ideación melancólica, sin alteraciones sensoperceptiva. No presenta modificación de la conducta.

Eutimico. Disminuye la productividad psicótica. No expresa agresividad.

Se le otorga el alta de internación. Se retira bajo responsabilidad de su madre y su hermana. Debe continuar tratamiento ambulatorio en los consultorios externos de Salud Mental.

#### **4.5 Entrevista al Psicólogo R**

G M. (Gabriela Mazza): ¿Cómo se desarrolla el tratamiento del paciente M? ¿Se realizan tareas de Psicoeducación con los familiares?

R : Por un lado está el tratamiento farmacológico, por otro el tratamiento psicoterapéutico. Se hace mucho hincapié en estas dos cuestiones: que el paciente logre tomar consciencia de su enfermedad y la necesidad de cumplir con el tratamiento y es fundamental trabajar con la familia.

Básicamente se trabaja para que el paciente comprenda la necesidad de continuar. Psicoeducación se realiza de manera integral el paciente y su familia.

A través de la terapia el paciente comenzó a convencerse de la necesidad de realizar el tratamiento, es decir tomar consciencia de que cuando deja de tomar la medicación se produce un deterioro en su enfermedad.

G M. Este es un Hospital de agudos, cuando un paciente recibe el alta, ¿Se articula el tratamiento con un Hospital de día, Casas de medio camino, que posibilite el entrenamiento de las HH.SS?

R : En la actualidad la ciudad no cuenta con Centros de día. Se presentó un proyecto para crear un centro de día, el objetivo es articular todo el Servicio de Salud Mental, especialmente con los pacientes que reciben el alta y los pacientes que integran consultorios externos. Se brindaría un espacio para que los pacientes puedan continuar su tratamiento. Recibir tratamiento psiquiátrico, psicológico y participación en diferentes talleres, como por ejemplo taller de lectura de diarios, este espacio le ofrece la posibilidad al paciente tener contacto con las noticias del día a día. Por lo general los pacientes psiquiátricos tienen un alejamiento de la realidad.

El trabajo estará coordinado por todos los profesionales del Centro de día.

G M: Con respecto al Paciente M. Se encuentra compensado, comenzó a tener consciencia de enfermedad. ¿Tiene posibilidad en un futuro, de lograr la inserción social, laboral? ¿Este es uno de los objetivos del proceso terapéutico?

R: Si el paciente M, está compensado, mejoró la comunicación con su familia, lo que más le cuesta es establecer relaciones interpersonales.

El objetivo del tratamiento es disminuir el aislamiento que tienen los pacientes esquizofrénicos, el encierro es típico de esta enfermedad, otro objetivo del espacio terapéutico es ayudar al paciente a establecer hábitos saludables.

Con respecto a lograr la inserción laboral, nos encontramos con un gran déficit, falta muchísimo para lograr la inserción social. Faltan centros de días y falta información en la población con respecto a la enfermedad esquizofrenia y el significado de ser un paciente psiquiátrico.

G M: El diagnóstico del paciente M es Esquizofrenia paranoide. ¿Cuál es el pronóstico del paciente?

R : El pronóstico es reservado, con grandes posibilidades que sea favorable, en tanto y en cuanto el paciente cumpla con el tratamiento y la familia acompañe al paciente, brindándole contención y adherencia al tratamiento.

El último tiempo falló esto, la contención, la madre no estaba de acuerdo con el tratamiento y no cumplía con la medicación, generándose un tratamiento psiquiátrico discontinuado.

La continuidad del tratamiento es fundamental para lograr que el paciente tenga una inserción social a través de un deporte, un oficio. La inserción social depende de las posibilidades de su familia. Mejores condiciones socioeconómicas, mejores posibilidades de reinserción social.

G M: Finalizamos la entrevista. Muchas gracias.

R : Bueno, fue un gusto responder las preguntas.