



MONOGRAFICO
REVISTA GALLEGA DE PSIQUIATRIA
Y NEUROCIENCIAS



Manual Práctico de
Rehabilitación en la Esquizofrenia

(un paquete de programas)

Alejandro Torres Carbajo

GALICIA 1997

NÚMERO MONOGRAFICO

Edita: Asociación Gallega de Psiquiatría
Dirección y Redacción: José Ramón Martínez Villamarín
José Manuel Olivares Diez
Avelina Pérez Bravo

La Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias se publica por la Asociación Gallega de Psiquiatría. Todas las publicaciones incluyendo manuscritos para publicación, han de ser remitidos a los editores, Apdo. de Correos nº 8, Vigo (Pontevedra). Los números atrasados, así como las peticiones de suscripción, pueden pedirse a dicho apartado. La publicación de la Revista tendrá carácter semestral, además de un número monográfico anual.

El material publicado de la Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias no refleja directamente los puntos de vista de los editores.

Manual Práctico de Rehabilitación en la Esquizofrenia (Un Paquete de Programas)

Alejandro Torres Carbajo

Psicólogo Clínico

Hospital de Día de Vigo
Servicio Galego de Saúde

*“Los enfermos tenemos muchas cosas muertas que no podemos dar.
Buscamos pero no encontramos nada.”*

Este Manual es fruto del trabajo diario realizado, a través de varios años, con el equipo del Hospital de día. Además de todos los miembros del equipo, Hermelinda Vázquez, Mercedes Santamaría y Margarita Sánchez, desde su trabajo directo con el paciente y su estrecha colaboración conmigo en todas las tareas, han tenido una participación directa en la confección de algunos de los programas que componen este Manual y también en el recuerdo que me va a quedar de unos años de trabajo llevados a cabo con gran profesionalidad y también con sentido del humor.

Con el Dr. Piñeiro, como coordinador inicial que fue de este equipo, configuramos la manera de trabajar. Hoy, desde su puesto de dirección, seguimos colaborando de diferentes maneras y no sólo prologa el trabajo, sino que también tengo que agradecerle la orientación, la idea que siempre me dio, y su toque creativo queda, por supuesto, impreso.

Rosa Herce, desde su formación en el desarrollo de la inteligencia y aprendizaje infantil, me dio las claves para trabajar con los bloques lógicos y poder desarrollar el programa de rehabilitación cognitiva y el Dr. J. M. Olivares, ha sido un impulsor y acicate en todo el trabajo. Mi profundo agradecimiento al profesor R. P. Liberman por su disponibilidad y generosidad al escribir el prefacio para este Manual.

Y para terminar, quiero tener un recuerdo para todos los pacientes que en los últimos años estuvieron en el Hospital de día, porque con ellos se crearon estos programas.

Alejandro Torres Carbajo

Indice

Prefacio, por el Prof. R.P. Liberman.....	9	Programa de Psicoeducación	81
Prólogo, por el Dr. X.M. Piñeiro.....	11	• Módulo 1:	
Introducción	13	Características de la Enfermedad.....	82
Programa de Rehabilitación Psicomotriz	17	• Módulo 2: Factores de Protección.....	82
• Objetivos del programa	17	• Módulo 3: Factores de Riesgo	84
• Ejercicios de preparación	19	• Módulo 4: Situaciones Difíciles.....	85
• Cooperación	22	• Programa Fase Terapéutica.....	86
• Equilibrio (destreza / habilidad)	26	Programa de Automanejo de Medicación	91
• Expresión corporal y actitud	29	• Módulo 1: Enfermedad y Medicación.....	92
• Coordinación.....	32	• Módulo 2: Síntomas de Alarma.....	92
• Deporte.....	36	• Módulo 3: Efectos Secundarios	95
• Ejercicios para		• Módulo 4:	
pacientes limitados físicamente	37	Reglas para tomar la Medicación.....	97
Programa de Habilidades Sociales.....	41	• Módulo 5: Autoevaluación	97
• Las herramientas.....	42	Programa de Autohigiene.....	99
• Comunicación básica	42	• Introducción.....	99
• Resolución de problemas	51	• Evaluación del Programa	99
Programa de Rehabilitación Cognitiva	63	• Módulo nº 1.....	100
• Módulo 1: Ejercicios de dificultad baja.....	65	• Módulo nº 2.....	100
• Módulo 2: Ejercicios de dificultad media ..	66	• Módulo nº 3.....	100
• Módulo 3: Ejercicios de dificultad alta.....	70	• Cuestionario de Autohigiene	102
Programa de Rehabilitación Socio-Afectiva.	73	Programa Ocupacional. Talleres	105
• Focalización sensorial	73	• Terapia Ocupacional	105
• Ejercicios.....	73	• Taller de Carpintería.....	106
• Focalización vivencial	75	• Taller de Plástica	108
• Módulos.....	76	• Taller de Encuadernación.....	112
		• Taller Textil.....	114
		Referencias bibliográficas	122

Foreword

Robert Paul Liberman M.D.

Professor of Psychiatry, UCLA, School of Medicine.

Director, Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation.

There are many obstacles to the dissemination and adoption of more effective “biobehavioral” treatment and rehabilitation techniques for the mentally disabled. New techniques are not utilized by practitioners and systems of care through demonstrations and publications of cost-effectiveness alone. Obstacles that interfere with the adoption of new and more efficacious methods in psychiatry include:

- *Complexities in the new treatment techniques that make them difficult to learn and use.*
- *Philosophical differences between the new methods and more traditional methods currently in use.*
- *Lack of “internal champions” in an organization or agency who can be expected to influence their peers and co-workers to use the new techniques.*
- *Inadequate training and consultation from “external experts” who can demonstrate the new methods and teach the clinicians how to employ the methods.*
- *Failure of administrative mandate and support to implement the new methods. Without the “clout” of managers and organizational leaders, the new techniques lose their attractiveness, are weakened by lack of administrative “teeth” and consequences, and wither on the vine.*

This Practitioners’ Manual, which offers a treasure trove of new and effective techniques for psychiatric rehabilitation, goes far to rectify the first obstacle -namely, to offer the reader “user friendly” method that can be readily applied in most clinical settings. While more empirical research still needs to be done to validate some of these techniques (especially cognitive rehabilitation and occupational therapy) for their clinical value, the techniques are so clearly and graphically described that they should be widely applied in Spanish-speaking countries. This, by itself, will represent a giant step forward in clinical progress and prospects for a better quality of life for the seriously mentally ill.

Prefacio

Por el Dr. Robert Paul Liberman.

Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina, UCLA.

Director del Centro Clínico para la Investigación de la Esquizofrenia y de la Rehabilitación Psiquiátrica.

Trad. del Dr. J.M. Olivares

Existen muchos obstáculos a la hora de extender y adoptar técnicas más eficaces de rehabilitación y tratamiento conductual para el enfermo mental. Las nuevas técnicas que se producen en este campo no suelen ser utilizadas por los profesionales y por los sistemas asistenciales que se basan solamente en estudios de coste-eficacia. Entre los obstáculos que interfieren en la adopción de nuevos y más eficaces métodos en psiquiatría podríamos incluir:

- La complejidad de las nuevas técnicas de tratamiento, que dificulta su aprendizaje y utilización.
- Diferencias filosóficas entre los nuevos métodos y aquellos más tradicionales al uso.
- Falta de «defensores» de estos métodos en el seno de las diversas organizaciones psiquiátricas que pudiesen influir en sus colegas y colaboradores para que usasen las nuevas técnicas.
- Aprendizaje y asesoramiento inadecuados por parte de «expertos» ajenos a estas técnicas que pudiesen enseñar a los clínicos cómo emplearlas.
- Escaso apoyo y mandato administrativo para implementar los nuevos métodos. Sin la «influencia» de gerentes y planificadores, las nuevas técnicas pierden su atractivo, se debilitan por la carencia de un poder administrativo efectivo y se marchitan.

El presente Manual, que viene a ser un auténtico tesoro de técnicas de rehabilitación psiquiátrica nuevas y efectivas, rectifica en gran medida el primer obstáculo apuntado - es decir, ofrece al lector un método asequible que puede aplicarse fácilmente en la mayoría de los escenarios clínicos.

Pese a que algunas de estas técnicas deben ser aún validadas empíricamente con respecto a su valor clínico (especialmente las de rehabilitación cognitiva y terapia ocupacional), todas ellas están descritas de un modo tan claro y gráfico que deberían aplicarse ampliamente en los países de habla hispana. Esto, por sí mismo, representa un paso de gigante en el progreso clínico y en las perspectivas de una mejor calidad de vida del enfermo mental severo.

Prólogo

La esquizofrenia es una enfermedad crónica. Tal afirmación, que en nuestro ámbito puede resultar una verdad de perogrullo, es sin embargo un punto de partida imprescindible, ya que en los últimos tiempos ésta es una perspectiva a veces olvidada.

Olvido que tiene sus raíces en la historia de la psiquiatría y del manicomio, en la estigmatización que persigue como una sombra a nuestros pacientes y, quizás, en el justo anhelo de desprendernos todos de tan pesada carga.

Esos factores, y más, explican el fenómeno de una aceptación muchas veces acrítica de la terminología de “agudos” designando dispositivos centrales de la organización asistencial para el tratamiento del esquizofrénico, y que ayudan a una integración, más formal que efectiva, en el entorno hospitalario general. Esta circunstancia, absolutamente lícita y necesaria por ser un derecho fundamental de nuestros pacientes y una baza para la aceptación por la administración, tiene sin embargo un serio coste en el momento actual por efecto de la fragmentación del sistema asistencial en el que muchas veces no resultan coincidentes los objetivos de los distintos dispositivos, programas y profesionales.

La “patología aguda” se ha venido a confundir muchas veces con la llamada sintomatología activa o productiva en una visión simplificadora y escotomizada de la riqueza y diversidad psicopatológica de nuestros pacientes.

Entretanto, la rehabilitación, en su doble vertiente de restauradora de handicaps y déficits y de tratamiento efectivo de esa otra parte del síndrome esquizofrénico, que se ha dado en llamar sintomatología negativa, permanece en general olvidada o relegada al “patio trasero” del sistema, cuando, en el caso que nos ocupa, debería ser no sólo un complemento sino parte esencial en el tratamiento del paciente. *Este es el reto.*

Tradicionalmente la rehabilitación, que ha estado centrada en las instituciones psiquiátricas y en las tareas de reinserción de los pacientes institucionalizados, supeditada a vaivenes ideológicos y desconsiderada en general en sus aspectos prácticos, las actividades concretas de rehabilitación, a un sector profesional tan aficionado a la especulación intelectual, no pueden dejar de parecer actividades “light”, poco serias, un divertimento para que el paciente no se aburra....¿Cómo vamos a comparar un paseo en grupo por un centro comercial con la magnificencia de una interpretación del deseo?. ¿Qué comparación puede tener en el paciente el hecho de disfrutar con otros de un postre elaborado por él mismo frente a la importancia de la acción de NL sobre el receptor D_2 con antagonismo sobre $5-HT_2$?

La superación, en la relación directa con el paciente, de este tipo de exclusiones, forma parte del reto de la gestión del proceso asistencial de lo que se ha dado en llamar “nuevos crónicos” y que no son más que la constatación de lo dicho al principio, que la esquizofrenia (y gran número de otras patologías psiquiátricas) tiene la característica evolutiva de la cronicidad, y los éxitos terapéuticos, siendo cada día más importantes, tienen serias limitaciones y debemos tener aprendida la lección de falsos optimismos asociados a la aparición de novedades terapéuticas.

En los últimos años se está avanzando en esta dirección con gran fuerza. El desarrollo paralelo a los avances en terapias psicofarmacológicas y biológicas de las terapias psicosociales y cognitivas abre un gran abanico de posibilidades -y de esperanzas- de lograr el objetivo final de una mayor calidad de vida del paciente.

La mejora continuada de la calidad en la gestión del proceso asistencial atendiendo aspectos como la disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante consenso de los profesionales centrado en el paciente, garantía de la continuidad asistencial y terapéutica sin saltos al vacío, integración en planes individuales de los distintos programas terapéuticos y rehabilitadores como un continuum de tratamiento a través de los distintos servicios, integración y consideración de las necesidades de las familias, aprovechamiento de recursos sociales, etc. con la exigencia de la continuidad de cuidados centrada en la gestión del caso,..., ésta es la música que está sonando y a cuyo son hemos de bailar, inevitablemente en el futuro.

En esta línea de integración que finalmente hace A. Torres en el presente trabajo, desde un profundo conocimiento y experiencia en las diversas terapias psicosociales (desde el entrenamiento en HH.SS. de Liberman al abordaje metacognitivo de Perris, desde las terapias de grupo al I.P.T. de Brenner, etc., etc.) es capaz de desprenderse de la tentación de hacer “uno más” de los múltiples ensayos al uso y mostrarnos una respuesta, de utilidad concreta e inmediata, a la pregunta: *¿Qué hago yo ahora ante este paciente?*

Por lo dicho, el valor de este trabajo sintoniza totalmente con el valor fundamental de la rehabilitación, del tratamiento psiquiátrico.

Y sólo si además las tareas aquí propuestas se realizan por parte del terapeuta con el objetivo de “divertirse haciendo” se podrá alguna vez llegar a sentir en la piel la sonrisa -empática- del paciente.

Vigo, Mayo 1997

X.M. Piñeiro Sampedro

Psiquiatra. Subdirector Médico Complejo hospitalario Provincial-Rebullón

Introducción

Para el tratamiento de la esquizofrenia es necesario un arsenal terapéutico y multidisciplinar. En él destacarían fundamentalmente el tratamiento farmacológico, la adquisición de competencia social, la educación de la familia y un soporte social. Al margen de todas las disquisiciones que se pueden hacer, lo fundamental del tratamiento consiste en el cumplimiento farmacológico y en la superación de los déficits que la enfermedad conlleva. Estos son los verdaderos caballos de batalla en nuestra práctica diaria y los factores que alargan las estancias, las quejas familiares y los reingresos, y por lo tanto, un gasto sanitario enorme. Cuando empecé en este oficio, hace ya unos cuantos años, la falta de experiencia me llevaba a situarme ante los pacientes psicóticos muy distante e interpretativo. Pronto me dí cuenta que ese no era el camino y fuí reenfocando el manejo del grupo. Pero la verdad es que tardé tiempo en disfrutar en el grupo de pacientes.

Fue una necesidad de supervivencia. El trabajo diario, los grupos sistemáticos, el paso de los años, me pusieron ante el dilema de huir o disfrutar. Como lo primero era imposible opté por lo segundo y fuí estructurando unos grupos y programas en los que yo no dejara de pasarlo bien en mi contacto con los pacientes, que los grupos fueran participativos, más fructíferos, que los pacientes mostraran un grado de disfrute y no el muermo silencioso o desorganizado de quince psicóticos sin control. Había que sobrevivir como psicoterapeuta. A todo grupo le damos un objeto sobre lo que tratar. El objeto, a veces se hace totalmente secundario, pero es el vehículo de la interacción, de la participación y del intercambio. Cuando en un grupo de esquizofrénicos severos y con importantes déficits aparece la explosión de la risa o una tensión gozosa me parece que ese es el camino frente a la anhedonia y el aislamiento.

Pensamos que el mejor soporte del paciente esquizofrénico es la adscripción a un programa determinado, en grupo, que genere motivación y sentimiento de pertenencia e ir abandonando el concepto de “consulta”, que resulta -para este tipo de pacientes- más improductiva, monótona y cronificante, tanto para el paciente como para el terapeuta.

Si REHABILITAR es HACER ALGO con ALGUIEN en ALGUNA PARTE, consideremos los siguientes puntos:

- 1º. El quehacer.
- 2º. La interacción y motivación en el quehacer.
- 3º. La consecución de lo que, teóricamente, persiguen las técnicas. Por ej. más competencia social en Habilidades Sociales.

Empecemos por este último punto. Podemos estar tentados a pensar, un poco ingenuamente, y con un pensamiento muy lineal, que el entrenamiento en “A” da como consecuencia “A”. Ésto con los pacientes que tratamos diariamente, con enormes déficits e incapacidades, nunca es así. ¿Ésto invalida la técnica?. Ni mucho menos. Hay que pensar que la técnica en sí, por ejemplo, el entrenamiento en habilidades sociales implementará en unos pacientes, mayor competencia social, y en otros pacientes la implementación será prácticamente nula.

Por el contrario, otros programas, que no sean específicamente entrenamiento en habilidades sociales, van a desarrollar competencia social, cuando ello no es su objetivo específico. Lo mismo sucede, opinamos, con la rehabilitación cognitiva, de lo que hablaremos en el programa correspondiente. ¿Qué pasa entonces?

Pues que los logros terapéuticos vendrán por añadidura, en función, sobre todo, de las potencialidades que el paciente tenga. Nosotros le ponemos las posibilidades pero siempre, siempre, aunque el paciente no logre el objetivo propuesto, si el programa lo ha realizado de manera participativa, ha interactuado, ha disfrutado en la tarea, el programa ha sido un soporte, una prótesis, un vehículo de contacto y de quehacer que, sólo por ello, lo convierte en válido.

Así pues, con todo paciente hay que instaurar un quehacer terapéutico. El propio paciente lo capitalizará de distinta manera y el que menos lo capitalice, le servirá, por lo menos, para que no se pudra en su deterioro, sin una actividad concreta que hacer.

Una cuestión que pocas veces se plantea. Luchamos contra la inactividad del paciente, pero es muy difícil mantenerlos activos en la propia institución. ¿No es triste ver una unidad donde los pacientes están sin hacer nada, o deambulando por los pasillos?. ¿Hay, acaso, algo más antiterapéutico y que camina a favor del deterioro como la inactividad institucional?

Por haber trabajado en un Hospital de Día, que tiene unas paredes muy frágiles, poco espacio y sin pasillos, siempre me ha preocupado este tema. ¿Qué hacer a lo largo de las horas que el paciente está con nosotros?

En la institución se necesita mucho orden y un tanto de rigidez horaria. El paciente lo agradece, le ayuda a ordenarse y organizarse, y a nosotros nos sirve para mantener un encuadre que siempre tiende, por la propia esencia de la institución, a romperse y desintegrarse.

La primera fase del problema del “qué hacer” a lo largo de tantas horas y tantos días lo iba resolviendo. Se hacía un horario y se llenaba con un Grupo, algunas actividades ocupacionales, tomar café y poco más. Nunca estuve muy satisfecho y siempre me pareció que se caía en una carga de taller excesiva.

La segunda fase, y cuando se quiere comenzar algo, por ej. un grupo de habilidades sociales, aparecen otros problemas más peliagudos. Recuerdo que hice un Taller con R. P. Liberman sobre HH.SS. Volví a mi trabajo diario con más entusiasmo y con proyectos de iniciar este tipo de grupos. Llegó el día y me dije ¿y ahora qué?, ¿por dónde empiezo?, ¿qué tema elijo?, ¿cómo lo planteo?. Salgo como puedo de este apuro, que no es poco, pero llega el siguiente grupo... ¿y hoy qué hago?

Si todo ello nos lo planteamos todos los días, y los días son de muchas horas con los pacientes, se hace agotador y además nos falta esquema de trabajo. Por otra parte, los cursos, libros y demás siempre nos dan las ideas pero nunca los “cómos”.

Este Manual intenta rellenar este hueco y ser eminentemente práctico. Trata de ser una guía de trabajo programado en el que todo lo que tiene que hacer el terapeuta está especificado. Es un guión del trabajo, correspondiente a un programa determinado, que después cada cual lo readaptará a su manera. Intenta simplificar el trabajo diario, dar pautas concretas, y que el quehacer y el “qué hacer” sea más llevadero.

En todo el Manual no se habla prácticamente nada de aspectos teóricos que, lógicamente, subyacen en todo programa, ni de la técnica en sí misma. Ya están especificadas y desarrolladas en otros Manuales. En éste, la formación se da por sabida, y sólo así se podrá utilizarlo con fundamento y criterio terapéutico. El Manual sólo es una puesta en escena de distintas actividades a desarrollar en la rehabilitación psiquiátrica, que por organizadas, sistemáticas y completas, se convierten en Programas.

Estos programas pueden adecuarse a diversas situaciones de la rehabilitación. Desde una unidad de rehabilitación con pacientes muy deteriorados a un Centro de día, o unidades de salud mental. Los Programas pueden tener la frecuencia que queramos asignarle. Lo dejamos a criterio del terapeuta. En nuestra experiencia, son utilizables desde una alta frecuencia en el marco de una unidad de pacientes ingresados, hasta una frecuencia semanal a la que asiste el paciente ambulatorio. El paciente se acerca al pabellón de Deportes, por ejemplo, un día a la semana, está una hora con nosotros, se encuadra con otros pacientes en el programa de Psicomotricidad y hasta la semana que viene. El disfrute de esa hora y el sentimiento de pertenencia van a ser en sí mismos “prótesis rehabilitadoras” al margen de lo que haga en dicho programa. Pero va a significar más productividad terapéutica, más calidad de vida y poco coste sanitario.

Programa de Rehabilitación Psicomotriz

Objetivos del Programa

El ejercicio, de forma global, entendido como actividad motriz, representa un elemento de trabajo sumamente valioso en el tratamiento de los procesos psicóticos; planificado de forma global y específicamente según el tipo de paciente va a proporcionar una serie de efectos beneficiosos que contribuirán a mejorar aspectos personales y sociales del paciente en su proceso rehabilitador.

En las personas con este tipo de problemas, uno de los aspectos que más llaman la atención, y que, en gran medida, determina el comportamiento de quienes se relacionan con ellos, es la conducta motora. Se caracteriza por un enlentecimiento, torpeza, descoordinación, rigidez y la aparición de estereotipias y otros problemas motores.

Diversos aspectos se trabajan a través de este programa con el paciente psicótico defectual. Por una parte, y a niveles más concretos, los aspectos más psicomotrices como equilibrio, ritmo, coordinación, etc., elementos base de una organización psicomotriz adecuada. Por otra -y de manera especial- el combatir la anhedonia y el apragmatismo, núcleos básicos normalmente del déficit psicótico, utilizando el ejercicio físico como vehículo.

Decimos que el ejercicio físico, el CUERPO, va a ser el vehículo, el soporte, el objeto intermediario a través del cual conseguimos una mayor movilización emocional apareciendo una mayor expresión de vida afectiva y placer como sentimiento de disfrutar de la tarea. Ello va a traer como consecuencia más conciencia del propio cuerpo, su relación con el espacio, con el tiempo o con los objetos.

Desde ejercitar su propia personalidad, hasta la realidad de acercamiento social que brindan los grupos deportivos, encontramos en la actividad física formas espléndidas regeneradoras de la personalidad. Es una ayuda al desarrollo físico y mental, a la procura de un equilibrio dinámico satisfactorio y más salud. Ayuda a satisfacer las necesidades de participación (integración en el medio, ejercicio de responsabilidad), de comunicación (relaciones humanas) y de expresión.

Si la esencia del deporte es el carácter recreativo y placentero, ésta va a ser precisamente, el leit motiv de la rehabilitación psicomotriz.

El éxito de las sesiones de este programa, está muy relacionado con los aspectos físicos y psíquicos, pues no basta con que al organismo se le prepare y trabaje desde la óptica exclusiva del esfuerzo, sino que también hay que crear situaciones en las que haya grandes dosis de motivación. Los juegos y ejercicios que aquí han sido seleccionados combinan ambas finalidades y adaptados a las finalidades de cada paciente, creemos que son de gran ayuda en rehabilitación psicosocial de pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

En nuestra experiencia, la rehabilitación psicomotriz incrementa la motivación, la expresión de emociones, el autocuidado, la higiene. Pero el elemento, quizá más fundamental, desde el

punto de vista rehabilitador y preventivo de recaídas es el concepto de PERTENENCIA, que se desarrolla paulatinamente. Así, a través del Programa, el paciente termina vinculado viniendo una vez por semana durante una hora, en donde se encuentra con su grupo, al cual pertenece y el cual lo sostiene.

Es de señalar la importancia que tiene el desarrollar este programa en un pabellón de deportes de la misma ciudad, a donde el paciente acude en una situación de total normalización, con su bolsa de deporte preparada, utilizando los vestuarios, etc.

En suma, los objetivos rehabilitadores del programa, aparte de los implicados en el propio ejercicio físico, son:

- * Aumentar el grado de autonomía e independencia de los sujetos.
- * Facilitar el acceso y disfrute de recursos comunitarios como transportes, ocio, instalaciones deportivas, etc.
- * Crear hábitos saludables en los usuarios que supongan ejercicio físico (gimnasio, paseos, deportes...).
- * Incrementar el repertorio de actividades de tiempo libre.
- * Mejorar la capacidad de expresarse y relacionarse con los demás.
- * Contrarrestar, en la medida de lo posible, los efectos no deseados de la medicación.
- * Crear una atmósfera de motivación y DISFRUTE.

Ejercicios de Preparacion

Ejercicios Respiratorios y de Calentamiento

Desarrollado a base de ejercicios combinados que engloban la Coordinación, Cooperación, Velocidad, Agilidad, Equilibrio y Participación en el grupo. Se trata de motivar y activar el tono emocional (warming up), buscando fundamentalmente la ANIMACIÓN. Los ejercicios respiratorios están enfocados hacia los músculos respiratorios fundamentales y secundarios, y debe entrar en la sesión de forma libre para descansar o ayudar a relajarse. Es correcta su utilización para relajarse de una gran tensión muscular, pero es inadecuado usarlos cuando se está agitado.

Tienen una función especial de RELAJACIÓN y de preparación para otros ejercicios de expresión corporal en los que la respiración es fundamental.

Los ejercicios que vamos a indicar se realizan todos TENDIDOS DE ESPALDA, O SENTADOS CON LA ESPALDA BIEN DERECHA.

- 1.- Espirar profundamente, intentando sacar el máximo de aire de los pulmones. Al realizarlo, contraer el abdomen.
- 2.- Respirar profunda-



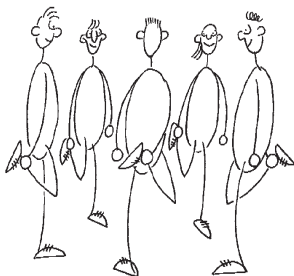
mente distendiendo al máximo la zona abdominal durante la inspiración. Contrae el abdomen en la espiración.

- 3.- Respirar profundamente distendiendo al máximo la zona de las costillas durante la inspiración. Contraer el abdomen en la espiración.
- 4.- Respirar profundamente distendiendo la zona de las clavículas en la inspiración. Contraer el abdomen al espirar.
- 5.- Respirar profundamente distendiendo al máximo la zona abdominal, la costal y la clavicular, en este orden y sin cortar el movimiento. Contraer el abdomen al espirar.
- 6.- Hacer respiraciones profundas y completas (ejercicio 5), en las que la espiración dure el doble de tiempo de la inspiración.
- 7.- Ejercicios de ESTIRAMIENTO Y CALENTAMIENTO. Todos formando un gran círculo.

* Se trata de tensar, estirar, aflojar, sentir todas las zonas musculares del cuerpo.

* No nos sobreestiraremos, especialmente al principio. Alcanzaremos un estiramiento suave, aumentándolo progresivamente.

- * Mantener el estiramiento en una posición cómoda.
- * Respiraremos despacio, profunda y naturalmente. La espiración se realizará al doblarnos hacia adelante.
- * No dar sacudidas bruscas. Estirar suavemente y aguantar la posición.
- * **CONCENTRARSE** en el área que estamos estirando, **SINTIENDO** el estiramiento



8.- Carrera diversa: normal, lateral, hacia atrás.

8.1.- Salto con palmada.

8.2.- Flexión de brazos.

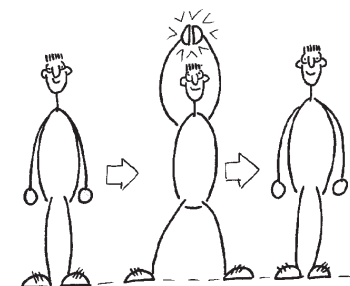
8.3.- Giros de tronco.

8.4.- Giros de hombros.

9- Se parte de posición de firmes

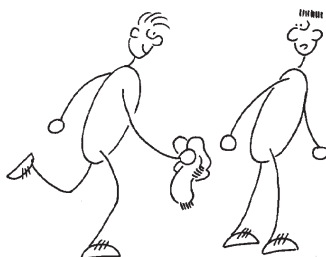
Saltar con piernas abiertas, al mismo tiempo que se da una palmada por encima de la cabeza.

Se cierra volviendo a la posición de firmes.



10- Grupo de 5 sujetos enganchados por el hombro , ejecutan carreras llevando el mismo paso, éstas serán hacia adelante, atrás, en diagonal, sobre sí mismos.

11- Carreras por relevos entre dos equipos poniéndose y sacándose la chaqueta de chandal y utilizándola como relevo.

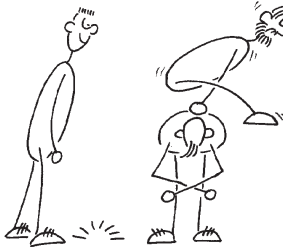


12- Carreras pasando el balón, con los pies, entre obstáculos (conos) que no pueden ser derribados.



13- Improvisaciones en círculo: comienza uno haciendo un desplazamiento hacia el centro y vuelta, que los demás deben imitar.

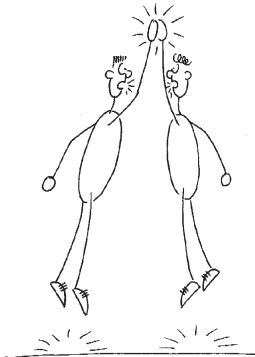
14- Circuito: en posición de potro y separados 2 mts. comienza el 1º a saltar, a continuación se coloca de potro, después puente, reptando, salto, con los pies juntos, etc.



15- Ejercicios con parejas:

- correr y buscarse una pareja.
- correr juntos llevando al otro con los ojos cerrados.
- correr con hombros apoyados.
- empujar por la espalda (empuje-resistencia).

16- Dos grupos en fila, se encuentran, salto, palmada y grito.



17- Carreras en distintas direcciones.

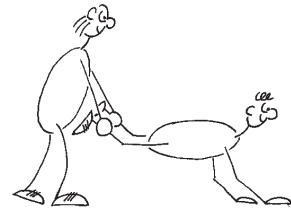
18- Juegos.

Cooperación

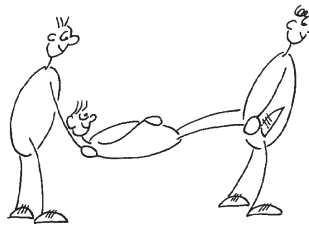
Los ejercicios de Cooperación buscan la coparticipación, esa necesidad del otro para lograr una tarea. Es algo que hay que estimular de manera importante en el paciente psicótico con gran tendencia a aislarse y, precisamente, no tener nunca en cuenta al otro. Estos ejercicios le exigen ponerse de acuerdo entre ellos, planificar, organizarse, tocarse y conseguir el logro en el que todos son imprescindibles, pues cada uno tiene su tarea y su función.

Ejercicios sin Material:

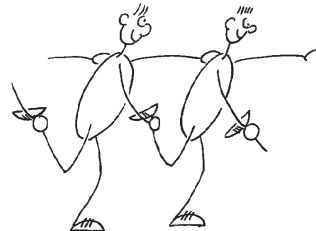
- 1.- Transporte en posición de carretilla.
 - a. EN el suelo apoyado en las manos.
 - b. Le coge por los pies y deben de salvar una determinada distancia.



- 2.- Dos sujetan a un tercero. Uno por las axilas, el otro por los pies y le transportan.



- 3.- Encadenados: En fila. El de atrás coge con la mano derecha el pie derecho de delante y a su vez apoya su mano izquierda en el hombro izquierdo de delante. Avanzan todos al mismo tiempo saltando sobre un pie.

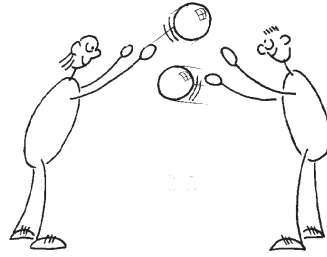


- 4.- Con el balón medicinal, sujeto espalda contra espalda, deberán efectuar giros sin que se caiga. Deberán describir una figura.

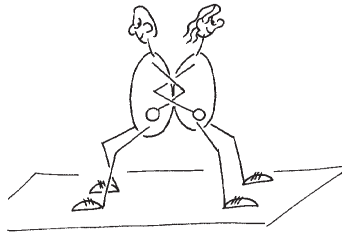


5.- Cada uno con un balón, deberán lanzarlo el uno al otro consiguiendo que éstos se choquen en el aire.

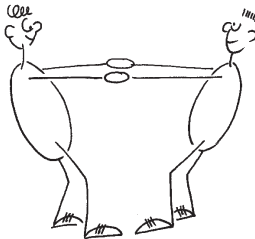
- Lo mismo sin que se choquen.
- Lo mismo manteniéndose sobre un solo pie.



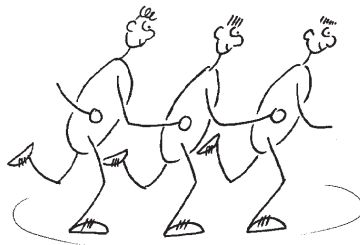
6.- De espaldas y sujetos por los brazos, sentarse y levantarse sin soltarse y sin caerse. Se hace con dos personas, con tres, con cuatro, etc.



7.- De frente sujetos por las manos, brazos extendidos, pies juntos, sentarse y elevarse sin flexionar los brazos.



8.- Cogidos por la cintura caminar todo el grupo con el mismo ritmo y movimiento.



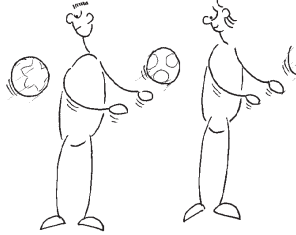
9.- Dos filas enfrentadas y cogidos de la mano transportar a un sujeto que se coloca de espaldas y rígido sobre los brazos.

10.- En fila de cuatro, cogidos por los hombros, efectuarán desplazamientos y/o figuras siguiendo el mismo paso y ritmo.

Ejercicios con Material

1.- Con Balón:

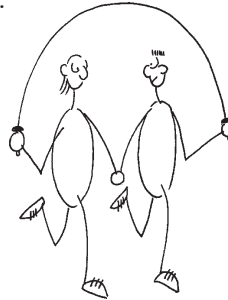
- 1.1.- Cada uno deberá tener un balón. Colocados en círculo a la señal de “ya” le pasan el balón al de su derecha que a sí mismo debe pasar el suyo, todos al mismo tiempo.



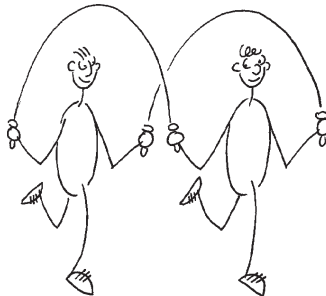
- 1.2.- Igual que el anterior, el balón se desplazará con el pie.
- 1.3.- Igual que el anterior, desplazamiento con bote, todos al mismo tiempo.
- 1.4.- En pareja con el balón sujeto por sus espaldas o vientre, hacer desplazamientos.

2.- Con Cuerda:

- 2.1.- En pareja de lado, cogidos de las manos del interior, mover la cuerda con las manos del exterior. Saltar juntos.

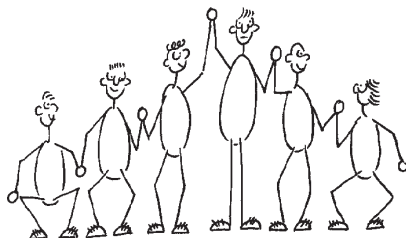


- 2.2.- Dos personas y dos cuerdas. Uno (A) cogerá un extremo de su cuerda con la mano derecha y otro extremo de la del otro (B), y éste igual. Efectuar saltos.



Cooperación - Animación

1.- Cadena continua de manos, haciendo como una cinta, ola, etc.



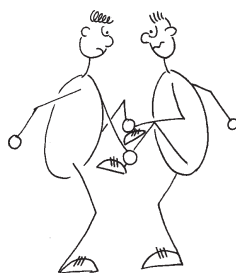
2.- Transportar balón medicinal sujeto por los brazos y avanzando con las piernas flexionadas.



3.- Igual que el anterior, pero con los brazos en posición elevada. (Además de la cooperación, se trabaja la fuerza y potencia en los brazos).



4.- Frente a frente. "A" con su MI coge el tobillo derecho de "B" y éste lo mismo con "A". Realización de saltos: adelante / atrás / en círculo.



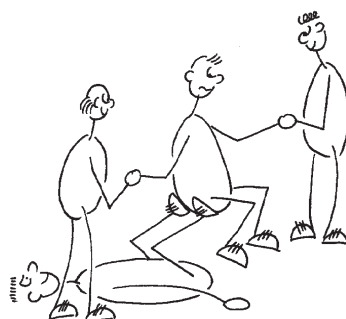
5.- Grupos de cuatro:

"A" de espalda en el suelo con las piernas flexionadas y hacia arriba.

"B" se sienta sobre los pies de "A".

"C" y "D" le dan la mano a "B"

"A" lanza a "B" al aire en una extensión rápida de sus piernas. "C" y "D" cuidan de que el salto y la caída sean seguros. (Además de la cooperación se estimula la confianza en sí mismo y en el otro).



Equilibrio (Destreza / Habilidad)

Los ejercicios de equilibrio logran que el sujeto se ponga en contacto más directamente con su cuerpo, sensaciones y esquema corporal. Es la búsqueda, a un nivel básico y primordial, de sentir el propio cuerpo y desarrollar una mejor organización psicomotriz.

Se entiende por equilibrio el mantenimiento de una posición determinada reduciendo al mínimo el contacto con una superficie. Se puede hablar de tres clases de equilibrio:

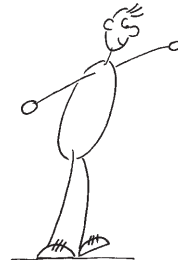
- Estático: el apoyo es estable y la persona no está en locomoción.
- Dinámico: implica la capacidad de mantener una posición sobre una superficie en movimiento.
- De objeto: se refiere a apoyar algo mínimamente sin dejarlo caer.

Si un paciente tiene dificultad para mantener el equilibrio estático, se le permitirá ayudarse sosteniéndose de un objeto o un compañero para, posteriormente, abandonar el apoyo.

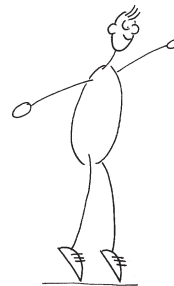
Ejercicios:

1.- Desplazamientos de puntillas y talón.

1.1.- Desplazamientos siguiendo una línea, juntando punta con talón, brazos en cruz (hacia adelante, hacia atrás).



1.2.- El mismo que el anterior, de puntillas.



1.3.- El mismo usando balón.

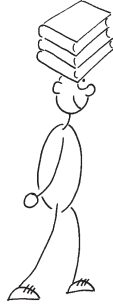
1.4.- De puntillas pararse y elevar balón sobre la cabeza.

2.- Desplazamiento por la pista sobre pie derecho/izquierdo.

2.1.- Lo mismo botando un balón.



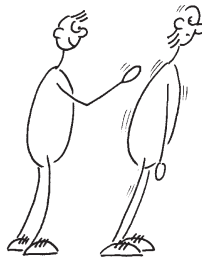
- 2.2.- Equilibrio sobre el pié izquierdo/derecho.
2.3.- Equilibrio estático hacia adelante, atrás, izquierda, derecha.
3.- Transporte de “objeto” sobre la cabeza. Caminando en diferentes posiciones.



- 4.- Saltar de aro en aro.
4.1.- Pies juntos.
4.2.- A pasos.
4.3.- En un solo pié.



- 5.- Equilibrio / desequilibrio.
5.1.- “A” de pié “relajado” es empujado por “B”. “A” deberá recuperar el equilibrio lo más rápido posible.



- 5.2.- Lanzamiento de peso (balón medicinal) sin pisar límite establecido.



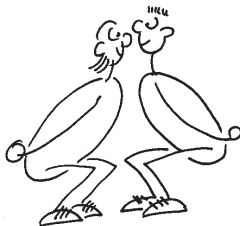
5.3.- En posición de cuclillas efectuar desplazamientos.

5.4.- En posición de cuclillas bailar el baile ruso.

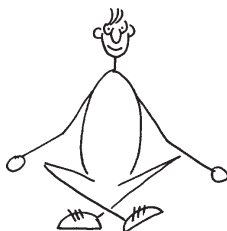


6.- Equilibrio / animación.

6.1.- En posición de cuclillas, brazos pegados al cuerpo, hacer “pelea de gallos”, tratando de derribar al otro.



6.2.- Sentado en posición de indio, levantarse y sentarse.



6.3.- En posición de equilibrio, mantenerse sobre el pié izdo./dcho. descalzarse y calzarse sin perder el equilibrio.



Expresión Corporal y Actitud

Ejercita el desarrollo del conocimiento y conciencia del propio cuerpo, estructuración espacio-tiempo, desinhibición, expresión corporal, emocional, a través de ejercicios que implican tacto y contacto con el medio y el compañero y los que combinan la estimulación táctil con la kinestésica.

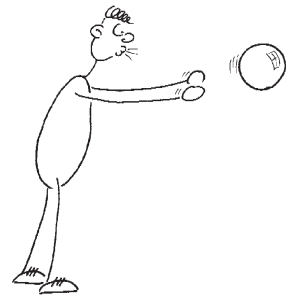
Los fines y objetivos que perseguimos son aprender a observar, aprender a sentir mejor su cuerpo, mejorar el equilibrio entre músculos agonistas y antagonistas, mejorar la confianza con el compañero a fin de establecer una relación positiva. Se trata de definitiva de que el paciente adquiera la justa noción de lo que es capaz de realizar.

Ejercicios:

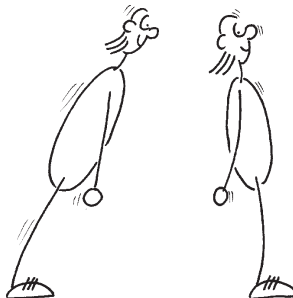
- 1.- Calentamiento específico.
- 2.- Respiración:
 - 2.1.- Tumbados: control de la respiración.
 - 2.2.- Inspirar / expirar con movimiento de brazos.
 - 2.3.- Control de la respiración: soplar un vaso de yogur siguiendo un circuito.



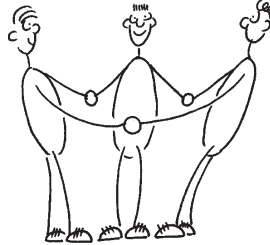
- 2.4.- Forzar la expiración con balón medicinal.
- 2.5.- Expirar con un grito, al tiempo que se lanza el balón medicinal.



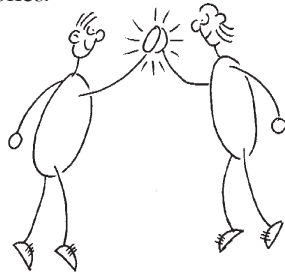
- 3.- Inclinación máxima hacia adelante, atrás, izquierda, derecha.



4.- En grupo cogidos de las manos, extensión grupal buscando equilibrio.



5.- Lateralización: En pareja, choque con palmada de manos con manos en todas sus variaciones y combinaciones.



6.- Moviola: Desarrollo de un ejercicio, parada y retroceso. Normal y cámara lenta.

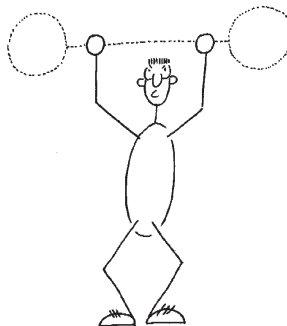
6.1.- Andando con la pierna derecha en alto.

6.2.- Saltos variados sobre aros en el suelo.

7.- Diferenciación Fuerza / Impulso: saltos, lanzamientos, tiro de cuerda, etc. (progresión ejercicios anteriores).

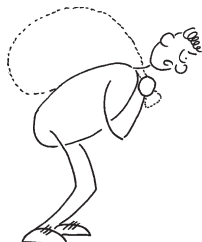
8.- Imitaciones:

8.1.- Deportivas: halterofilia, lanzador de martillo, baloncesto, tirar de la cuerda, etc.



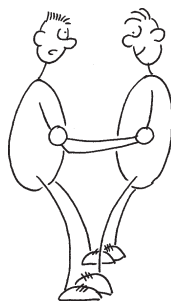
8.2.- Profesionales: oficinista, médico, jardinero, conductor, etc.

8.3.- Transporte de objetos: carretilla llena / vacía, saco al hombro, etc.



8.4.- De naturaleza (en grupo): flor, pájaro, campo de trigo con viento, estrellas, etc., figuras geométricas.

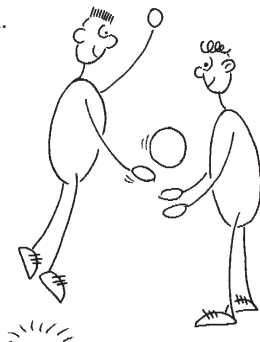
9.- Presa mutua por las muñecas. "A" coge a "B" por el bíceps; "B" coge a "A" por los codos. Marcha pies sobre pies.



10.- "B" coloca las manos sobre "A", palmas sobre palmas. "B" con los ojos cerrados. "A" desplaza los brazos en todas las direcciones sin mover los pies, manos siempre en contacto. "A" pasea a "B" por la sala.

11.- Saltar fuerte y lanzar suavemente un balón a un compañero o a un blanco (diciociación por contraste).

12.- El monitor realiza un movimiento a cámara lenta, y los pacientes primero le observan y luego le imitan.



13.- Juegos: Ejercicios 2.3; 7; 8; 9.

Coordinación

Se trabajan dos tipos de Coordinación:

* GENERAL

* SEGMENTARIA

La coordinación se define a sí misma como la suma de una serie de capacidades:

Capacidad de orientación: La que permite orientarse en las distintas posiciones y movimientos (tiempo, propio cuerpo, compañeros, material, campo de juego, etc.).

Capacidad de diferenciación: La que permite diferenciar (controlar) los aspectos importantes de las informaciones sensoriales y dosificar adecuadamente la respuesta motriz.

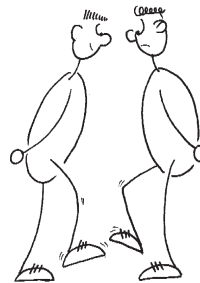
Capacidad de equilibrio: Permite mantener y/o recuperar el equilibrio con rapidez en los cambios de posición.

Capacidad rítmica: Por la cual se es capaz de dar ritmo a un movimiento o asimilar un ritmo preestablecido.

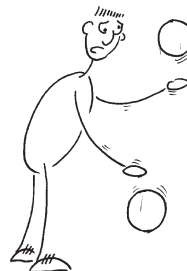
Capacidad de reacción: Asimilación de las informaciones más importantes que permiten una respuesta motriz adecuada.

Ejercicios:

- 1.- Colocados por parejas, las manos a la espalda, los dos intentan pisar los pies del otro, el otro intentará con esquivas hábiles que no lo consiga.



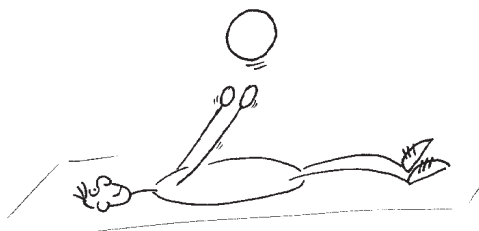
- 2.- Colocados de pie, abrir y cerrar brazos y piernas siguiendo un ritmo preestablecido.
- 3.- Giros de ambos brazos:
 - * al mismo tiempo andar.
 - * al mismo tiempo correr.
 - * giro del brazo derecho a distinta velocidad del izquierdo.
- 4.- Carreras con giros de 180° y 360° sin perder el ritmo.
- 5.- Con la mano derecha botar una pelota y con la izquierda lanzar al aire otra pelota y recogerla.



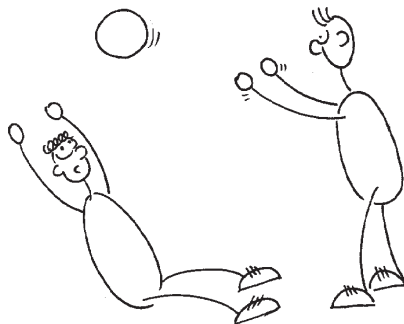
6.- Botes de pelota en posición de pie, sentado, de rodillas.



7.- Elevar la pelota y recogerla en distintas posiciones: de pie, sentado, acostado.



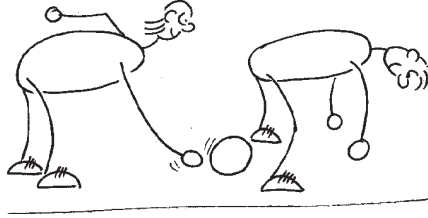
8.- Pases, lanzamientos y recepción de balones medicinales en diferentes posturas.



9.- Caminar a saltos con balón medicinal sujeto por ambos pies.

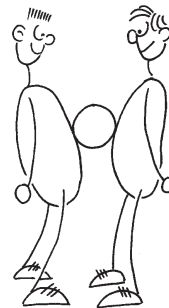


- 10.- Por parejas, uno en posición de pie frente a la pared, el otro colocado detrás hace rodar el balón entre las piernas del de delante y éste deberá coger el balón antes de que toque la pared.



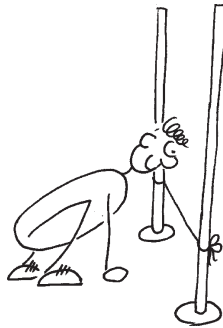
- 11.- Por parejas: Movimientos hacia delante, atrás y giros con balón medicinal.

- * Balón sujeto por el vientre, manos en la espalda.
- * Balón sujeto por la espalda, manos en el pecho.
- * Balón sujeto por la nuca, etc.

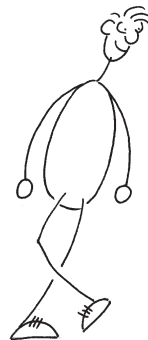


- 12.- Saltos con comba. Saltos con comba cruzada.

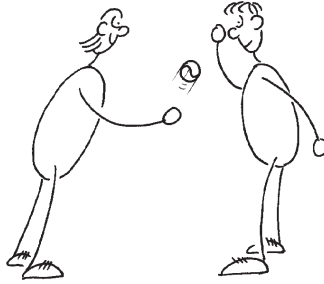
- 13.- Carreras con obstáculos (combinados con ejercicios, flexiones, saltos de rana, salto elevado, etc.).



- 14.- Correr lateralmente cruzando las piernas de forma que la pierna atrasada pasa una vez por delante y otra por detrás.



15.- Con pelota de tenis: lanzamientos y recepciones, con mano derecha e izquierda.

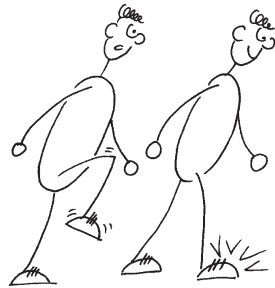


Coordinación - Ritmo

16.- Andando golpear con una pierna alternativamente:

- a. I-I-I-I-I
- b. D-D-D-D-D
- c. I-D-I-D-I-D
- d. I-D-D / D-I-I

Este ejercicio se hace también parado y con los ojos cerrados.

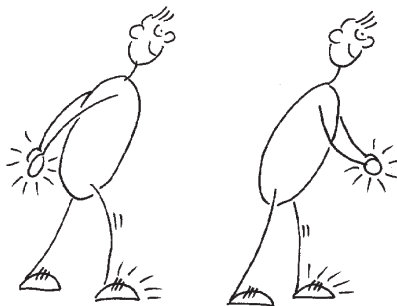


17.- Andando, palmada en la pierna que avanza.

- a. Izquierda
- b. Derecha



18.- Andando, palmada delante con la pierna izquierda y palmada detrás con la pierna derecha.



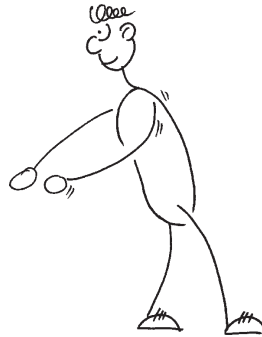
19.- Andando. Cuando el monitor da una palmada tocan 2 y cuando da 2, el paciente toca 1.

20.- Giro del tronco en paso.

a. Paso deslizando un pie.

b. Giro de tronco a izquierda y derecha andando, paso a paso.

c. Combinado del anterior: andando y girando.



Deporte

El deporte es un apartado más de la rehabilitación psicomotriz, utilizado como parte de la sesión, al que como el resto de ejercicios, se adscriben los pacientes indicados para ello.

Según el deterioro del paciente, un juego deportivo se le hace más complicado en función de que es una actividad que exige activación, motivación, juego, intención, cumplimiento de normas y sobre todo cooperación en los deportes de equipo, que son los que más se desarrollan en el programa.

Destacamos el fútbol, baloncesto, fútbol-tenis, balonmano y badminton.

Sin describir cada uno de ellos, pasamos a señalar los aspectos terapéuticos más importantes a tener en cuenta y que se dan en todos ellos.

Lo primero es lograr / intentar que sea un juego INTERACTIVO. El fútbol puede ser también jugado de forma autística, de tal forma que el jugador está en la cancha con las manos en los bolsillos o los brazos caídos mirando lejanamente como se desarrolla el juego de los demás, pero sin interactuar / participar. Lo segundo, es que la situación se convierta en un medio expresivo, de descarga, de cohesión de grupo y de pertenencia porque eso es un equipo. No hemos de dejar que simplemente “jueguen al fútbol”, porque en el mundo autístico se puede “mover el balón” pero no “jugar”.

Ha de haber pues, intensidad, interacción, intercambio, transacción. El balón y el deporte es el soporte y el vehículo de todo ello.

Para llegar / acercarse a estos niveles nos podemos ayudar de NUEVAS REGLAS que se introducen de manera programada en la sesión, como por ejemplo:

- 1.- Se ha de pasar después de tocar dos veces el balón (exige mirar al compañero, elegir y dar).
- 2.- No se puede pasar el balón hasta que uno del equipo lo pide.
- 3.- Al meter un gol todo el resto del equipo lo celebra (si no, no vale el gol conseguido).

4.- El gol sólo vale si lo mete alguien determinado.

Se realizan también ejercicios moleculares del juego que implican cooperación-entendimiento, como por ejemplo:

- * Defensa/ataque: control del área como espacio. Bloqueos / pantallas.
- * Contacto: tanto en el choque del juego como en la felicitación.
- * Paredes: yo te doy, tú me das.
- * Llevar el balón a través de conos.
- * Fútbol-tenis y badminton tienen el interés más que otros por lo que exigen y desarrollan la atención y concentración.

Ejercicios para Pacientes Limitados Físicamente

Los siguientes ejercicios van dirigidos a pacientes mayores, que por su edad, su déficit psicosocial o sus limitaciones psicomotrices requieren un nivel muy sencillo de trabajo. Son ejercicios de atención, coordinación, interacción y que posibilitan la ANIMACIÓN del grupo.

Ejercicios con Balón:

Se utilizan pelotas sencillas, balones medicinales o pelotas de tenis.

1.- Lanzamiento de balones:

- 1.1.- sin objetivo
- 1.2.- a un objetivo en la pared
- 1.3.- a un objetivo en el suelo (bolos).
- 1.4.- de un paciente a otro (a los pies del otro)
- 1.5.- lanzar lo más lejos posible (mano dcha. e izda.)
- 1.6.- lanzar balón al aire y recogerlo
- 1.7.- chutar
- 1.8.- transportar balones en cadena
 - por encima de la cabeza
 - por debajo de las piernas
 - por la izquierda / por la derecha

2.- Botar el balón

- 2.1.- con mano derecha
- 2.2.- con mano izquierda
- 2.3.- caminar botando

3.- Pelota de ping-pong en vaso de yogur

- 3.1.- se lanza la pelota al aire y se vuelve a recoger en el vaso.
- 3.2.- todos en fila, se van pasando la pelota de un vaso a otro sin que se caiga.

Ejercicios en Colchoneta:

- 1.- Acostado sobre la espalda:
 - elevar los brazos estirándose
 - bajar brazos y encoger piernas
 - volver a estirarse
- 2.- Acostado sobre la espalda
 - subir pierna derecha
 - subir pierna izquierda
 - subir las dos al mismo tiempo
- 3.- Sobre la espalda, piernas encogidas
 - elevar brazo derecho
 - elevar brazo izquierdo
 - ambos al mismo tiempo
- 4.- Sobre la espalda, pasar la pierna derecha sobre la izquierda y viceversa
- 5.- Apoyados sobre el abdomen
 - elevar pierna derecha
 - elevar pierna izquierda
 - elevar ambas piernas
- 6.- Apoyados sobre el abdomen
 - elevar brazo derecho
 - elevar brazo izquierdo
 - elevación de ambos
- 7.- Sobre la espalda
 - encoger pierna dcha. y llevar la rodilla hasta el abdomen.
 - lo mismo con pierna izquierda
- 8.- Colchoneta junto a la pared. Acostados sobre la espalda
 - apoyar piernas en la pared y abrirlas y cerrarlas
- 9.- Acostados sobre la espalda, piernas encogidas, apoyadas sobre los pies
 - elevar y bajar cadera
- 10.- De costado sobre lado derecho
 - subir y bajar pierna izquierda.
 - subir y bajar brazo izquierdo
 - (lo mismo sobre lado izquierdo)

Ejercicios Sentados en Silla: (todos sentados en círculo)

- 1.- Brazos estirados
 - cerrar y abrir puños a un tiempo
 - cerrar y abrir puños alternativamente
- 2.- Piernas mirando al frente, giro del tronco a la izda. para SALUDAR al de la izquierda. Lo mismo a la derecha.
- 3.- Chocar las palmas en alto, a la indicación y ritmo que marquemos.
- 4.- Cogidos de las manos subir y bajar los brazos.
- 5.- Elevación de piernas
 - movimientos de los tobillos arriba y abajo
 - giros de los tobillos hacia afuera y hacia dentro
- 6.- Cruzar las piernas (derecha e izquierda)

Programa de Habilidades Sociales

El entrenamiento en HH.SS. es un enfoque de tratamiento, ampliamente utilizado en salud mental, dirigido a incrementar la **COMPETENCIA DE ACTUACIÓN** o **EFFECTIVIDAD PERSONAL**.

Partimos de que las relaciones interpersonales son importantes en el funcionamiento psicológico y que ciertos **ESTILOS/ESTRATEGIAS** interpersonales son más adaptativos. La mejora en la competencia interpersonal será una base de un mejor funcionamiento psicológico, en sentido general, y una protección frente a los estresores medioambientales. Las HH.SS. como técnica terapéutica (Caballo, 1.987), **ENSEÑA:**

- 1.- Formar **RELACIONES** más satisfactorias (por mejor manejo de ellas).
- 2.- Tener **CUIDADO** de sí mismos (por mayor capacidad de resolver y afrontar problemas).
- 3.- **PEDIR** lo que deseen o necesiten y **PROTEGERSE** de las peticiones poco razonables (Autoafirmación y asertividad).
- 4.- Ser capaces de **ABRIRSE** a los demás (mayor capacidad de expresión de sentimientos).

Las **ÁREAS** sobre las que se trabaja se resumen en las topografías que dificultan su comportamiento social en la mayoría de las relaciones interpersonales, incluyéndose tanto topografías muy moleculares como el tono de voz, como topografías más molares, como iniciar conversaciones, etc. Entre las primeras destacamos de una manera fundamental las siguientes:

- 1.- Mirada / Contacto ocular**
- 2.- Conversación: * Contenido y fluidez
* Duración**
- 3.- Volumen de voz**
- 4.- Gestos / Postura**

Estos elementos de las HH.SS. van a estar presentes en las sesiones de un modo continuo y permanente, ya que son pieza fundamental y sustento de toda habilidad / efectividad personal. Su importancia hace que en todas las sesiones, ya sea el problema o situación que se esté tratando, tenemos un cartel presente que pregunta:

¿Cómo era... ? Tu mirada Tu volumen Etc...

Ésto supone un estímulo para fomentar la atención y, en suma, el aprendizaje de la Habilidad que en ese momento se esté ensayando.

Sistematizamos el Programa de Habilidades Sociales en dos áreas fundamentales en las que desarrollar el aprendizaje de los déficits del paciente. Será según el dispositivo, el tipo de déficits, etc. que se hará más hincapié en uno o en otro. Estas dos áreas son las siguientes:

- * Comunicación básica**
- * Resolución de problemas**

Cada área se compone de una serie de módulos que son en sí mismo la sesión terapéutica. Cada módulo, tiene perfectamente especificado y diseñados todos los pasos: las indicaciones para el terapeuta y el paciente, las diversas situaciones de rol playing que vamos a desarrollar, los temas de modelamiento, etc. Ello nos ayuda a realizar las sesiones más estructuradas, sin improvisación, ir las modificando paulatinamente según nuestra experiencia y poder transmitir las de manera más eficiente.

Las sesiones de HH.SS. tienen una duración de una hora aproximadamente y se pueden realizar de dos a tres por semana, según los objetivos, el tipo de pacientes, etc.

El número ideal de pacientes es de seis a ocho, con un problema y objetivos comunes. Es posible también hacerlo a nivel de grupo grande, por ejemplo con los de una sala, alrededor de 15 pacientes y, por ser pacientes ingresados, variados en sus patologías, así como en sus niveles de competencia social. En este caso, el grupo de HH.SS. tiene otros objetivos añadidos, pero resulta interesante, manejando a determinados pacientes como líderes, como modelos de una determinada habilidad, a los que los pacientes más deficitarios siguen mejor en sus “enseñanzas”. Es un grupo de más difícil manejo y que exige más experiencia del terapeuta, pero muy interesante a nivel institucional.

Las Herramientas

La primera herramienta y la más importante es el TERAPEUTA, pues considero que en todo tipo de terapia él es el catalizador de todo proceso.

La segunda herramienta que utilizamos es el CARTEL. Es un elemento fundamental que sirve al paciente de apoyo y de guía del objetivo que estamos considerando. El contenido de los carteles son las pautas de conducta que se han de seguir en el módulo correspondiente. Otros carteles son el recuerdo de las topografías más moleculares, como vimos anteriormente, como el volumen de la voz, etc. En suma, siempre un cartel sobre lo que estemos tratando. Otra herramienta es el VÍDEO. Ha de tener un manejo rápido para poder visualizar de inmediato la conducta que se acaba de ensayar y así recibir el feedback y poder modelarla.

Comunicación Básica

Se ofrecen 8 módulos para trabajar los esquemas fundamentales de la comunicación interpersonal a través de diversas situaciones sociales cercanas al paciente.

El entrenamiento, apoyado visualmente por su cartel del que ya hemos hablado anteriormente, hace mucho hincapié en el volumen de voz, contacto visual y postura, elementos básicos de la comunicación en la interacción personal.

En cada módulo se especifican los temas de modelamiento que se pueden escenificar con indicaciones precisas de lo que ha de hacer el paciente y sugerencias de trabajo para el terapeuta. El apartado de NOTAS queda para que cada terapeuta añada sus propios “arreglos” al módulo. El cuadro de “VENTAJAS” sirve como introducción del tema y motivación de los pacientes respecto a la situación.

Las “INDICACIONES TERAPEUTA” son apuntes a tener en cuenta. En éste, así como en el de “NOTAS”, cada terapeuta añade sus reflexiones y sus propios criterios respecto al módulo.

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- Escucho
- Espero mi turno
- Contesto

- Mantén contacto ocular
- Asiente con la cabeza (feed-back)
- Estate tranquilo y concentrado en lo que escuchas

Situaciones

- Conversación individual
- Conversación en grupo

Temas de Modelamiento

- Alguien cuenta una película
- Se comenta un suceso
- Se cuenta una noticia

Ventajas

- Conocer gente
- Participar con los demás

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- "Hola" (nombre)...
- ¿Cómo estás?
- ¿Qué haces...?
- Yo ahora estoy...
- Bueno, me alegro de verte

- Toma de contacto
- Pregunta general
- Tema más específico
- Da alguna razón para terminar y dí adiós

Situaciones

- Encuentro individual

Temas de Modelamiento

- Paciente en la unidad
- Un encuentro en una cafetería
- Con un desconocido en el tren

Ventajas

- Tomar contacto con los demás
- Iniciar relaciones

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- Empieza un tema
- Escucha lo que te dice
- Encadena
- Pregunta
- Comentario final

- Habla de experiencias propias
- Deja líneas abiertas y no cierras el tema

Situaciones

- Mantener una conversación en grupo
- Mantener una conversación individualmente

Temas de Modelamiento

- Comentar una película / un partido
- Relatar experiencias cotidianas (en el hospital/en la casa)
- Hacer planes para fin de semana

Ventajas

- Conocer gente
- Saber relacionarse

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- "Hola, me llamo....
¿Cómo estás?"
- (El otro se presenta o si no):
- "¿Cómo te llamas?"
- "Encantado"
- Preguntar algo o iniciar una conversación

- Estrechar la mano
(saludar en función de la relación)
- Centrarse en el contacto y saludo inicial

Situaciones

Se trata de que se presente a los demás el propio paciente como inicio de contacto

Temas de Modelamiento

- En la Unidad presentarse a un paciente nuevo
- Presentarse a un vecino al que le vas a pedir algo
- Como vendedor frente al cliente

Ventajas

- Contactar con gente nueva
- Facilita el acercamiento
- Dar una primera impresión positiva

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- “Te voy a presentar a (un amigo, etc)
- ”Te presento a...”
- (Dices el nombre de una persona y después de la otra)

- Habla de algo en común
- Lleva la iniciativa

Situaciones

- Encuentro con un tercero
- Manejo de la iniciativa

Temas de Modelamiento

- Presentas un amigo a tu padre
- Presentas a tu médico a la familia
- Presentas un amigo a otro amigo

Ventajas

- Facilitas la relación a otra persona
- Relacionarte mejor

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- "Por favor me podría decir (informar) si...
- "¿Podías repetir ésto que..."

- ¿Cómo lo vas a decir?
- Busca el momento oportuno

Situaciones

- Preguntas individualmente a un conocido / desconocido
- Preguntas en grupo a un conocido / desconocido

Temas de Modelamiento

- Deseas averiguar el horario de un autobús
- Quieres averiguar si todavía hay entradas para el fútbol
- Pides en un grupo, a la persona que habla, que te repita lo que ha dicho

Ventajas

- Permite resolver problemas / dudas
- Aumenta las posibilidades de interacción

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- Sentir el agradecimiento
- "Muchas gracias..."

- Expresarlo de diferentes maneras posibles.
- * "GRACIAS"
- * "HAS SIDO MUY AMABLE" ETC.
- Tono amistoso

Situaciones

- Te han hecho un regalo
- Te han hecho un favor

Temas de Modelamiento

- Agradeces que te sirven la comida
- Agradeces que te facilitan la medicación
- Agradeces que alguien te atiende y te resuelve algo

Ventajas

- Facilita el acercamiento
- Fortalece la interacción

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- Me alegro mucho...”
- ”Que bien que...”
- ”Te felicito por...”
- ”Me alegro mucho de...”

- Capta algo bueno del otro
- Felicita, gratifica, refuerza

Situaciones

- Hacer el cumplido y recibirlo

Temas de Modelamiento

- Un amigo ha conseguido un trabajo
- A otro paciente le van a dar el alta
- Tu madre ha preparado una buena comida
- Una amiga ha cambiado su aspecto

Ventajas

- Ayudas a que el otro se sienta bien
- Mejoras la relación con el otro
- Te hace sentirte más fuerte

Notas

Resolución de Problemas

Este apartado del programa de entrenamiento en HH.SS. presenta 10 módulos en los que el objetivo se centra en el afrontamiento más idóneo para resolver una serie de situaciones. En éste área todos los módulos implican un tema de resolución de problemas en situaciones sociales que conllevan un conflicto y por lo tanto la búsqueda de una solución que implique una conducta competente. Para ello necesitamos en la sesión el cartel de las distintas ALTERNATIVAS para trabajar con los pacientes en las posibles elecciones de conducta que conllevarían una mejor solución. Este cuadro es el siguiente, y cada una de ellas ofrece una posible solución competente a una situación social dada:

Alternativas

1. Terminar amablemente
2. Terminar rudamente
3. Repetir la pregunta
4. Remarcar la importancia
5. Realizar un compromiso
6. Rechazar la posición del otro
7. Explicar tu posición
8. Aceptar la posición del otro
9. Preguntar por más información
10. Pedir ayuda
11. Enfadarse
12. Entender la posición del otro
13. Hacer una nueva pregunta
14. Ignorar la crítica

En cada módulo se especifica toda la escena que se lleva a cabo en la que “P” se refiere a la actuación del paciente y el “*” es el interlocutor. Esta es la escena de la que se parte y se va trabajando el modelamiento a través de las alternativas que se ofrecen en el cuadro correspondiente del módulo.

Escena

Indicaciones Terapéuticas

P-“Buenas noches. ¿Me da un billete para...?»
*- “No hay billetes y ese es el último BUS del día”

Encontrar una solución insistiendo en el problema. Buscar salidas: tren, amigo, llamar a casa

Situaciones

Estación de BUS. 21 h. El último BUS de vuelta a tu casa no tiene billetes. Necesitas volver a casa

Alternativas

- 9. Preguntar por más información (*No resolver)
- 7. Explicar tu posición
- 4. Remarcar la importancia
- 1. Terminar amablemente

Ventajas

Buscar, encontrar soluciones ante puertas que se nos cierran
No quedarse bloqueados e insistir

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- Número de teléfono
P- “Buenos días, soy fulanito”
P- “Quiero pedir una cita:
A- de revisión
B- de urgencia
(crisis, quedarse sin medicación)

- Dí nombre y apellidos.
- A: Se hace como primer ensayo
- B: Se le ponen problemas para darle cita, a fin de que el paciente se explique bien, insista y consiga su objetivo

Situaciones

PEDIR UNA CITA
Llamar a la USM por teléfono para pedir una cita
En el caso B, un médico habitual no está, etc.

Alternativas

4. Remarcar la importancia y la necesidad de la cita
7. Explicar tu posición

Ventajas

- Aprender a pedir cita de modo autónomo
- Aprender a hacerlo en situaciones de urgencia
- Manejar problemas por teléfono

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

P-“Te tengo que decir que cuando dices eso me pones nervioso...”
P-“Haz el favor de no molestarme”

Manejar la situación y alternativas, según situación elegida o planteada por los pacientes.
Según la respuesta del interlocutor, manejar alternativas.

Situaciones

- Algo que te haya molestado últimamente (familia, amigos, paciente, etc.).

Alternativas

- 6. Rechazar la posición del otro
- 7. Explicar tu posición
- 14. Ignorar la crítica
- 8. Aceptar la posición del otro

Ventajas

Aprender a quejarse de manera adecuada de lo que te molesta

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- “Ayer compré esta prenda y al llegar a casa comprobé que tenía una mancha”
*- (Dependiente rechaza queja)
P-“Podría llamar al responsable (plantearlo de nuevo)

- Manejar la respuesta del interlocutor, más o menos favorable
- Asertividad

Situaciones

- Devolver un artículo estropeado: Has comprado una prenda de vestir y al llegar a casa te das cuenta de que tiene una mancha.
- Solicitar cambiar la prenda

Alternativas

6. Rechazar la posición del otro
5. Realizar un compromiso
11. Enfadarse

Ventajas

- Defender tus derechos
- No ser pasivo
- Ser autoafirmativo. Autoconfianza

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

*- Quieres pillar un poco de costo, venga que te hago una buena postura

*- ¿Que te parece si nos fumamos un canuto?

P-“Déjalo. Prefiero que no”

*- ¿Vamos tío! ¿Qué dices!

P-“No. Lo he dejado y me hace daño”

- Insistir en la invitación
- Hablar sobre el efecto perjudicial de las drogas

Situaciones

Rechazar la oferta de droga

Alternativas

6. Rechazar la posición del otro
7. Explicar tu posición

Ventajas

Estar preparado para cuando nos ofrezcan fumar algún porro

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- HIJO: “Quedé con un amigo. Hoy no podré ayudarte”

- PADRE: “Tú no haces nunca nada, siempre tienes una excusa para no trabajar”

- Quieres marchar inmediatamente (objetivo a corto plazo)

- Mantener una buena relación con tu padre (objetivo a largo plazo)

Situaciones

- **CONFLICTO DE INTERESES**

- Tienes una cita importante después de comer y no quieres que se te haga tarde. Tu padre quiere que le ayudes a hacer un trabajo.

Alternativas

4. Remarcar la importancia de tu necesidad

5. Hacer un compromiso (más tarde / mañana)

Ventajas

- Resolver conflictos familiares. Intereses distintos.
BUENA RELACIÓN FAMILIAR

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

1. PADRE: “No haces nunca nada. Estás todo el día tirado en la cama. Eres un inútil”
2. PADRE / MADRE: “Estás fumando todo el día y no puedes tomar tanto café”

- Según la situación de cada paciente y lo correcto de la crítica, elegir una u otra alternativa

Situaciones

- CRITICA Y REPROCHES
- Tomas mucho café y fumas mucho
- No haces nada y no haces nada bien

Alternativas

6. Rechazar la posición del otro
7. Explicar tu posición (enfermedad)
8. Aceptar la posición del otro (autocrítica)
14. Ignorar la crítica (si es permanente y violenta)

Ventajas

- Afrontar las críticas familiares
- Mantener una buena relación familiar

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

P-“Me he encontrado un amigo y por eso llego un poco tarde”
*- “Esto no puede ser. Llegas muy tarde”

- Mantente tranquilo y explica la situación

Situaciones

- LLEGAR TARDE
- Encuentras un amigo y llegas a casa tarde

Alternativas

7. Explicar tu posición.
14. Ignorar la crítica.
12. Entender la posición del otro (próxima vez llamar por tño.)

Ventajas

Explicar las cosas evita, con frecuencia, la creación de problemas

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

- "¿Camarero por favor!"
- "Me ha servido mal el café. Se lo pedí cortado y me lo trajo solo"

- Con voz sonora
- Dilo con amabilidad

Situaciones

En la cafetería: Llamar al camarero que se encuentra distante y ocupado. Devolver el café que lo han servido mal

Alternativas

- Volumen de voz
- Autoafirmación
- Manejo de ansiedad

Ventajas

- Ser autoafirmativo
- Defender tus derechos

Notas

Escena

Indicaciones Terapéuticas

*- “Tiene que esperar a que le atendamos”
P- “Perdone, le ruego que me atienda rápidamente, pues es muy urgente”
*- “Te digo que ahora no puede ser”
P- “Disculpe, pero es muy importante para mí y no puedo volver en otro momento”

- Saluda y sonrío
- Insiste en la importancia que tiene
- Se amable

Situaciones

- Llamas a la puerta de una oficina y te dicen que esperes
- Es una situación de urgencia

Alternativas

4. Remarcar la importancia
5. Realizar un compromiso
7. Explicar tu posición

Ventajas

Superar la posición en que se pone el otro y solucionar el problema

Notas

Programa de Rehabilitación Cognitiva

Los trastornos cognitivos son considerados como una característica fundamental de la esquizofrenia y aún cuando el tipo de interacción entre la atención, la capacidad de memoria y la formación de conceptos no ha sido descripta ni especificada, no hay dudas acerca de que el entrenamiento de las habilidades básicas de la atención-percepción y cognitivas es una eficaz medida terapéutica en el tratamiento de la esquizofrenia (Roder, Brenner, 1996).

La rehabilitación cognitiva necesita todavía de mucha investigación, empezando por la definición del déficit. Nos podemos preguntar ¿hay realmente relación entre el déficit cognitivo y la vida cotidiana del paciente?, ¿no nos encontramos en muchas ocasiones disparidades en el distinto funcionamiento del paciente?. Es por ello que, en el estado actual del conocimiento, el enfrentamiento entre teorías como el IPT de Brenner y el enfoque de Liberman no parece de lo más juicioso.

En nuestra opinión, estamos de acuerdo con Liberman que cuando se trabajan conductas como habilidades sociales también se está desarrollando un aspecto cognitivo. Pero al contrario también. ¿Es que a través de los ejercicios cognitivos del IPT (Brenner, 1996), no se favorece la interacción y otras habilidades comunicacionales, en las que las habilidades sociales insisten tanto?.

El programa de rehabilitación cognitiva abarca más aspectos y desarrolla más ejercicios que los aquí reseñados. En este programa que presentamos, se trabaja a través de diversos ejercicios con el material de BLOQUES LÓGICOS, HABILIDADES COGNITIVAS como la atención, concentración, percepción, razonamiento activo, análisis de errores, resolución de problemas, clasificación, seriación y formación de conceptos. Destacamos también, como siempre nos gusta en todos los programas, que sea una tarea divertida y motivante para los pacientes.

Los Bloques Lógicos

Los bloques lógicos de Z.P. Dienes es un material pedagógico, muy utilizado para el desarrollo y aprendizaje infantil, que proponemos para trabajar con pacientes deficitarios en el área de la rehabilitación cognitiva y pensamos, que las posibles investigaciones que se puedan realizar con ellos, darán la medida justa de su valor en rehabilitación.

Al trabajar con bloques lógicos, es decir con objetos tangibles, el sujeto realiza experiencias sobre las que luego germinarán los conceptos (Kothe S., 1978).

Les motiva realizarlos y encontrar errores a sus compañeros de juego. Se trabaja también la expresión verbal, ya que tienen que explicar los motivos de la elección.

Es un continuo y progresivo proceso de aprendizaje. El paciente debe ir descubriendo, buscando estrategias, en la medida de lo posible, las soluciones por sí mismo, dándole claves de ayuda, cuando sea necesario, a fin de motivarlo.

Es un material muy sencillo de manejar, que se puede utilizar en todo tipo de dispositivos y con todo tipo de pacientes y que le exige justamente en lo más deficitario, como es el procesamiento de información.

Procedimiento:

Al principio, el esfuerzo resulta excesivo para muchos, e incluso en los ejercicios más sencillos, tienen grandes dificultades. Nos encontraremos, por ejemplo, que algunos pacientes, más deficitarios, no distinguen el cuadrado del rectángulo, pero aún así los bloques nos permitirán realizar ejercicios mínimos de discriminación cognitiva.

Los ejercicios aquí expuestos (Kothe S.,1978), se aplican a tres tipos de pacientes por su dificultad, que dividimos en baja, media y alta. No obstante, al inicio se ha de empezar por los ejercicios más sencillos a fin de habituar al paciente al material.

Se trabaja, según los casos, individualmente o con varios pacientes, fomentando la discusión y la ayuda entre ellos. Algunos ejercicios se hacen con equipos concretos.

Es preciso graduar bien el tiempo de trabajo para que no sea excesivo, pues produce cansancio y entonces el paciente pierde motivación.

Los ejercicios que están diseñados para realizar sobre un dibujo o tabla, se ejecutan sobre un dibujo, que realizamos en grande, en una cartulina.

Material:

BLOQUES LÓGICOS de Z. P. Dienes.

48 bloques con 11 propiedades:

- Rojo
- Amarillo
- Azul
- Triángulo
- Circulo
- Cuadrado
- Rectángulo
- Grueso
- Fino
- Grande
- Pequeño

Módulo 1: Ejercicios de Dificultad Baja (introdutorios)

1.- Clasificación de los 48 bloques:

1.1.- Por UN atributo

- * Color
- * Forma
- * Tamaño
- * Grosor












1.2.- Por DOS atributos

1.3.- Por TRES atributos

1.4.- Por CUATRO atributos

1.5.- En cualquier clasificación que se haya realizado se quita uno, dos o tres bloques.
¿Cual falta?.

2.- Tabla de atributos:

2.1.- Clasifica un bloque en la tabla.

2.2.- 4, 3 ó 2 cruces en una línea, ¿qué bloque es?.

3.- Elección a través de cartulinas:

- * 11 cartulinas con los atributos del ejercicio anterior, colocadas hacia abajo, ocultando el atributo.
- * Se coge una cartulina y se ve el atributo para elegir el bloque.
- * Se cogen dos cartulinas y se elige el bloque que corresponde (¿hay problemas?).
- * Se cogen tres cartulinas...

4.- Reproducción de una fila de bloques:



- * Uno forma una fila de grandes al azar.
- * El otro forma una fila de pequeños, haciendo coincidir color, forma y grosor bloque por bloque.
- * Realizar todas las variaciones que se quieran.

Módulo 2: Ejercicios de Dificultad Media

5.- La Negación:

- * No preguntamos cómo es el bloque, sino ¿CÓMO NO ES?.
- * Ahora introducimos la tarjeta como símbolo de la negación.



Ej.:   = NO GRUESO

- * A partir de ahí planteamos todos los problemas posibles.

6.- Juego de las diez preguntas:

- * Tarjetas con los códigos.
- * Uno elige un bloque sin nombrarlo.
- * Los demás formulan preguntas. Por ej.:

Pregunta: ¿Es azul? (NO)

Respuesta:  

Pregunta: ¿Es grueso? (SI)

Respuesta: 

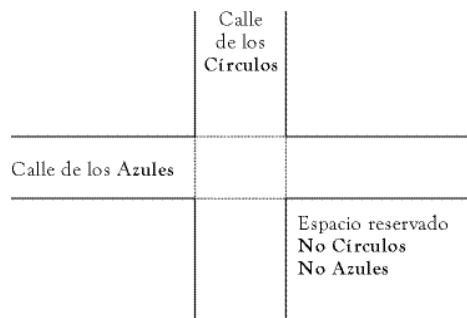
ETC.

7.- Juego del tenis:

- * Dos equipos (“A” y “B”) de 3 pacientes.
- * Se divide la mesa por una “pared”, que oculte los bloques de cada equipo.
- * “A” empieza a jugar y pide un bloque a B”, designándolo por sus 4 atributos.
- * Si el bloque se encuentra efectivamente en posesión de “B”, éste tiene que entregarlo.
- * Después “B” pide un bloque a “A” y así sucesivamente.
- * No se puede pedir el que se acaba de entregar.

8.- La carretera:

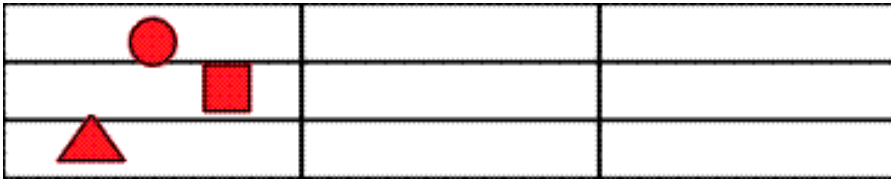
- * En la intersección de la carretera se colocarán los azules y círculos.
- * Realizar variantes.



9.- Identificar la ordenación:

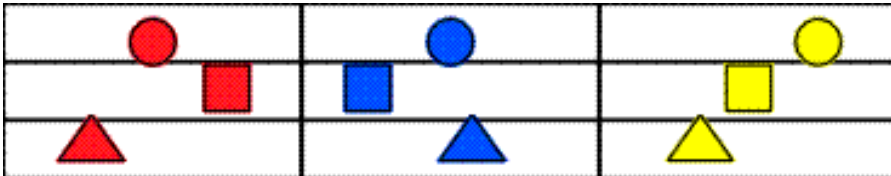
- * Se presentan tres o cuatro bloques en una cuadrícula a partir de los cuales, siguiendo un razonamiento lógico, se identifican los que faltan y se ordenan.

9.1.-



- * Al principio requieren ayuda para ir entendiendo lo que se les pide.
- * Grupos de tres. Entre ellos se ayudan.

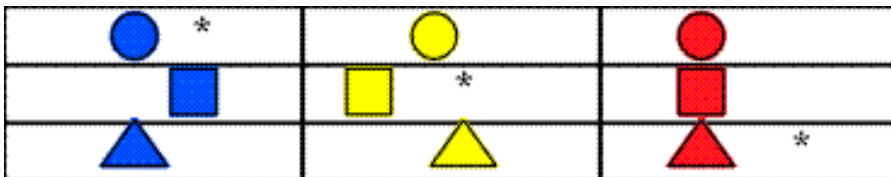
Solución



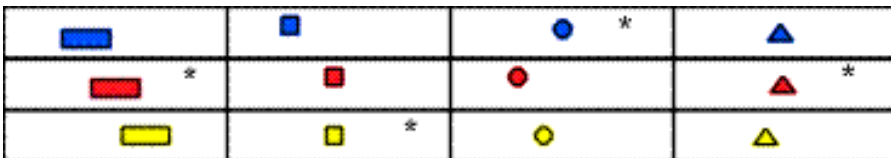
A partir del siguiente ejercicio mostramos la ordenación completa y marcamos con (*) los bloques que presentamos inicialmente para realizar el ejercicio.

Damos unas muestras de ejercicios porque todos los posibles serían incalculables. A partir de éstos se trata de ir variándolos como se nos ocurran, utilizando las distintas propiedades de los objetos, manteniendo el mismo grado de dificultad. Algún planteamiento puede tener más de una solución.

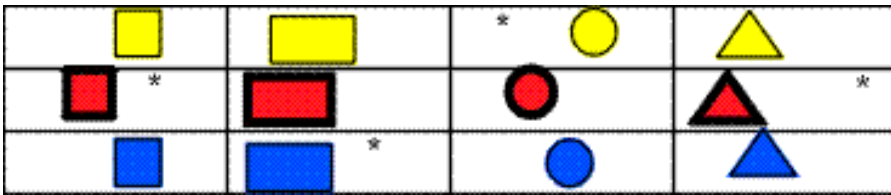
9.2.-



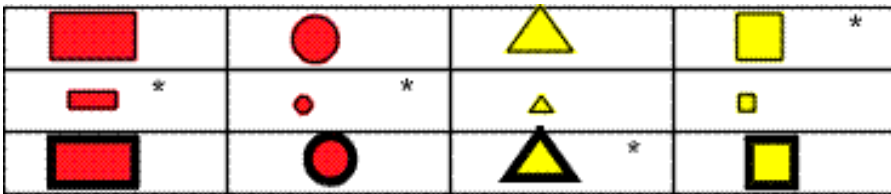
9.3.-



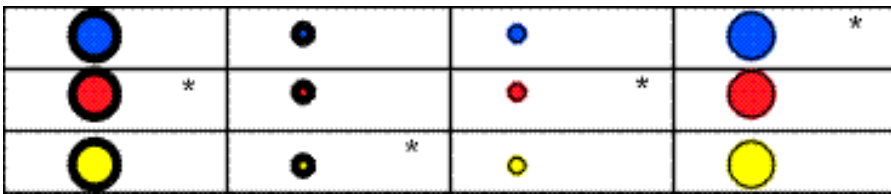
9.4.-



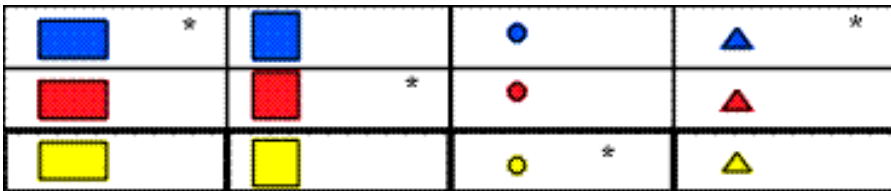
9.5.-



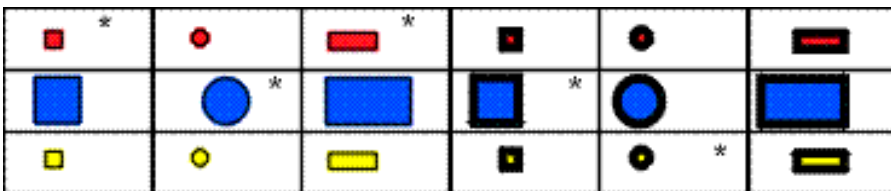
9.6.-



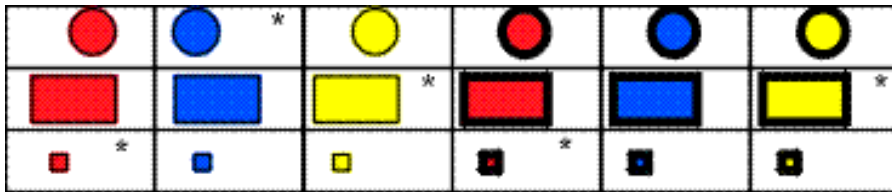
9.7.-



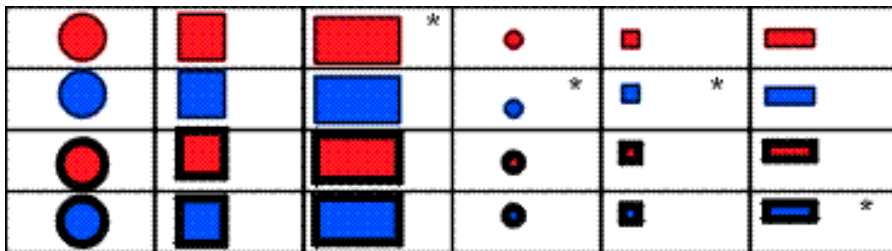
9.8.-



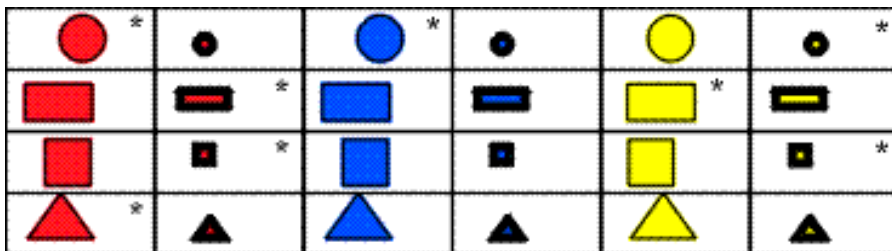
9.9.-



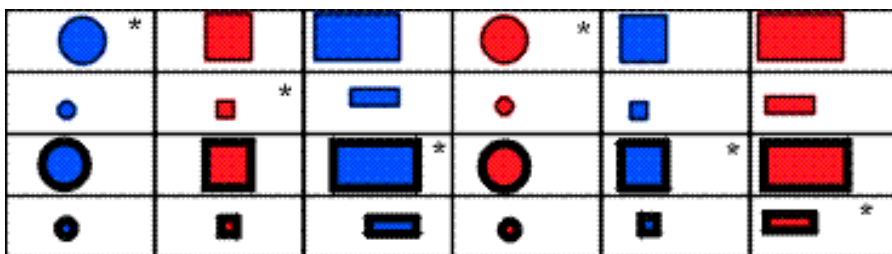
9.10.-



9.11.-



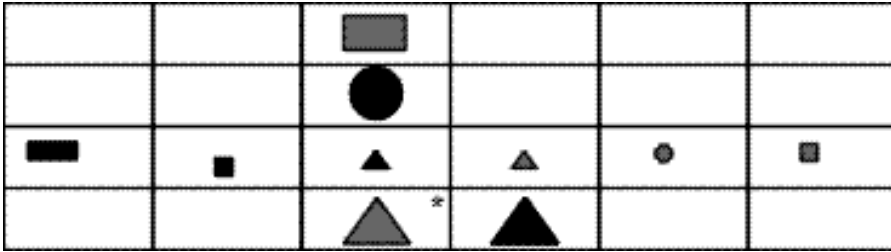
9.12.-



Módulo 3: Ejercicios de Dificultad Alta

10.- Juego del dominó:

- * Se coloca un bloque en cualquier casilla. (*)
- * Se pide que en las casillas horizontales haya sólo una diferencia entre los bloques contiguos y en las casillas verticales hayan dos diferencias.

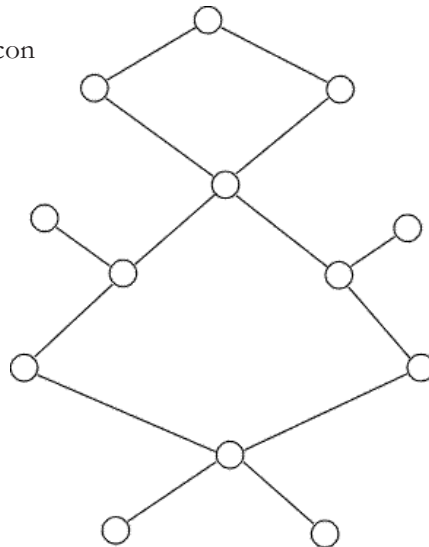


11.- Diagramas de diferencias:

- * Hay que colocar bloques en todos los lugares en que se ha dibujado un círculo.
- * Entre los bloques contiguos, unidos por una línea, establecemos que haya UNA, DOS o TRES DIFERENCIAS, según la dificultad que queramos darle.

11.1.- El Marciano

- * ¿Por donde empezar?
- * ¿Qué lugares son más fáciles de llenar? y ¿más difíciles?.
- * ¿Se puede completar el diagrama con bloques del mismo color?.



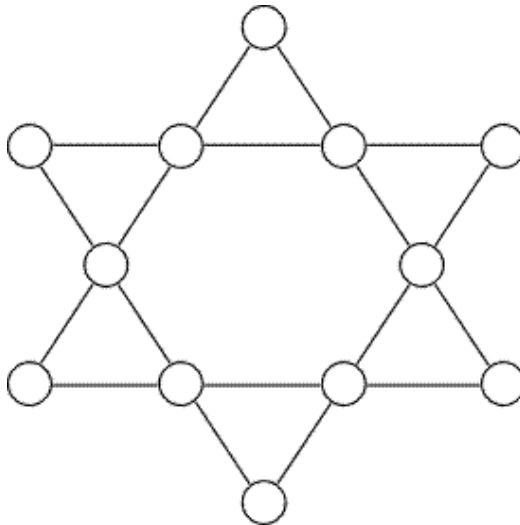
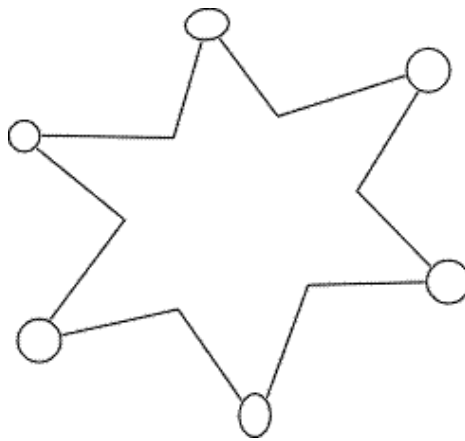
11.2.- Estrellas

Los dos ejercicios siguientes son progresivamente más difíciles.

Empezar manteniendo dos o tres diferencias entre bloques contiguos y pasar a una sólo diferencia, que es más complejo.

¿Con qué pieza voy a cerrar?

El sujeto normalmente se conduce al azar hasta que se bloquea. Conviene planificar y desarrollar una estrategia: por ejemplo, uniendo los círculos a través de piezas lo más similares (todas grandes y finas, después seguir con todas pequeñas y gruesas, por ej.).



Programa de Rehabilitación Socio-Afectiva

Dividimos este programa en dos apartados muy distintos, pero los dos reconstructivos. Uno es el de FOCALIZACIÓN SENSORIAL, más centrado en el esquema corporal y en las sensaciones a través del propio cuerpo. El segundo, de FOCALIZACIÓN VIVENCIAL, centrado a nivel psicobiográfico con el fin de recrear y reconstruir la propia historia.

El abanico de pacientes que se incluyen en este programa es prácticamente la totalidad. Partiendo de esto, el apartado o subprograma de focalización sensorial estaría muy indicado para pacientes muy deteriorados y regresivos, ya que se trata, a través de los ejercicios que proponemos, de ponerlos en contacto con su propio cuerpo, con sensaciones más primarias, como inicio más básico de reconstrucción de la propia identidad y de una posible mayor organización yoica.

Focalización Sensorial

Los niños inician la conquista del mundo por medio del juego. A través de los juegos psicomotrices estructura el desarrollo de su inteligencia, así como su personalidad. A través del juego y de la implicación de su cuerpo, se va haciendo dueño de su esquema corporal y del mundo que le rodea.

No es nada desdeñable ejercer en cualquier edad nuestras capacidades, con los mismos métodos de adquisición que los utilizados en la infancia. Así, organizamos este programa de rehabilitación buscando sensaciones más primarias, en las que sólo el cuerpo está en juego. Es pues, un programa muy vinculado a los ejercicios que proponemos en el programa de rehabilitación psicomotriz.

Estaría muy indicado para pacientes más regresivos, con un importante grado de deterioro, en los que ya muchas capacidades se han perdido y a través de estos ejercicios tratamos de lograr una reestructuración y organización mínimas, tratando de estimular sensaciones táctiles, espaciales, reconociendo objetos, olfativas, gustativas, etc. A través de todos los ejercicios (Fluri, 1.992) fomentamos una comunicación y una interrelación básica entre los pacientes, y además, y esto es fundamental, ellos muestran un disfrute en su ejecución.

Ejercicios:

1.- Yo en el espacio:

Todos los ejercicios correspondientes a este apartado se realizarán con los **ojos cerrados**:

- 1.1- Un paciente guía a otro, que va con los ojos tapados. El guía le va presentando objetos para que los palpe y le pide que adivine en qué lugar se encuentran.
- 1.2- Caminar por un espacio amplio, sin obstáculos, tratando de habituarse.

1.3- Caminando, tratar de seguir:

- * una línea recta.
- * un círculo.
- * marcha atrás en línea recta.
- * sentarse en el suelo y levantarse.
- * sentarse en una silla y levantarse.

1.4- Con la ayuda-guía a través de explicaciones verbales:

- * hacer un recorrido sencillo.
- * botar un balón.

1.5- Colocar un balón lo más cerca de la pared, avanzando sin obstáculos y, lógicamente, con el control del monitor.

1.6- Saltar a la comba.

Meter un gol.

Encestar.

1.7- Fila de pacientes y uno enfrente de todos ellos, que es llamado por uno de los de la fila. Ha de llegar hasta el dueño de la voz, orientándose (valorar la ayuda de otro) por el sonido.

1.8- Agrupados todos menos uno, que se coloca alejado y de espaldas. Éste deberá reconocer la voz de quien le llama y nombrarle.

2.- Sensaciones:

2.1- Con un objeto de madera golpear distintos materiales:

- * apreciar las diferencias.
- * señalar los distintos objetos (cristal, metal, madera, etc.).

2.2- a. Llevar flores frescas, olorosas y de diferentes colores, estimular su visión-imagen, tacto, olfato. También se hace con hojas o plantas.

b. Llevar frutas frescas, olorosas y de diferentes colores. Estimular su visión-imagen, tacto, formas, olfato y gusto.

c. Trabajar las sensaciones con sabores fuertes e identificarlos: limón, naranja, sal, azúcar, menta, tabaco, anís, etc.

2.3- Se colocan diversos objetos familiares en una cesta cubierta con un paño. A tientas, uno palpa un objeto y lo describe. Los otros tratan de adivinar de cual se trata.

2.4- Sentados en una mesa, los pacientes se pasan por debajo de la mesa, sin verlos, diversos objetos. Al tacto, tratan de adivinar qué es cada objeto.

2.5- Por parejas, cada uno tiene delante suyo la espalda de un compañero. Le da un ligero masaje en la espalda y la nuca del compañero, golpeándole con la palma de las manos. Girarse e invertir los papeles.

2.6- Sentados en círculo, tamborilear con los dedos índice sobre el borde de la mesa. el monitor dice:

- * ¡PLANAS!: Se ponen las dos manos planas sobre la mesa.
- * ¡TONEL!: Se ponen los puños uno al lado del otro.

- * ¡DOBLE TONEL!: Puños superpuestos.
- * ¡PUNTAS!: Se toca la mesa con las puntas de los dedos.
- * ¡DOBLES PUNTAS!: Idem, manos superpuestas.

3.- Comunicación:

- 3.1- Por parejas. Uno enfrente del otro, separados por una mampara que impida ver lo que construyen. Cada uno tiene el mismo número de piezas e idénticas, para construir. “A” hace una construcción. “B”, que no la ve, la tiene que hacer exactamente igual, siguiendo las indicaciones verbales que “A” le irá dando.
- 3.2- Un paciente tiene un objeto, que los demás no pueden ver y se lo describe a los demás. ¿Adivinarán cual es el objeto?.
- 3.3- En grupo. Uno dice su nombre, el siguiente dice el del anterior más el suyo, el siguiente dirá los dos anteriores más el suyo, y así sucesivamente. Hacerlo progresivamente.

Focalización Vivencial

Esta segunda parte del programa aborda, a través del grupo de pacientes, la evocación de experiencias, situaciones, vivencias, sensaciones, etc. con un interés psicobiográfico. El paciente psicótico, viviendo su mundo autístico durante muchos años, vive un presente vacío. No tiene un hilo biográfico, no recrea experiencias. Hablamos de ruptura biográfica y efectivamente, es como si la historia del individuo se rompiera en un momento dado y a partir de ahí el camino fuese como un depósito sin fondo, que no permitiera el acúmulo de experiencias que se rememoran, que se recrean, viviendo así en un ahistoricismo.

Pues bien, tratamos a través de cada uno de los módulos del programa, el reconstruir las experiencias, las vivencias, la historia.

Se realiza en grupo y la tarea a realizar convierte al grupo en algo muy activo y participante, contrariamente a lo que suele ser un grupo de psicóticos. Realmente es sorprendente la activación y participación que muestran cuando, a través de un encuadre y marco que le proporcionamos, los pacientes pueden desarrollar sus capacidades.

En la mayoría de los módulos, los pacientes se han de hacer con un material, que ellos tienen que conseguir bien por su cuenta o movilizándolo a su familia, con lo que estamos fomentando la interrelación con los familiares y otras personas, o bien tendremos que acompañarlos o proporcionárselo nosotros en el caso de que, por sus características y patología, no puedan salir de la institución.

Todos los módulos ocupan varias sesiones, cada una de las cuales puede tener una duración aproximada de una hora.

Son una totalidad de **10 MÓDULOS** (recogidos de Rebolledo, 1993), que se describen a continuación.

1.- Conocimiento de la Comunidad

Material:

- * Mapas y planos de la ciudad, del barrio.
- * Mapa de la Comunidad.
- * Mapa de España.
- * Mapa de Europa.
- * Mapamundi.

Procedimiento:

Grupos de dos o tres pacientes se encargan de traer al grupo los mapas correspondientes. Los de la ciudad van solos o acompañados, en función del déficit, al Ayuntamiento a solicitarlos.

Contenido:

Se empieza por cada uno de los barrios a los que pertenecen. ¿Cómo eran estos barrios cuando eran niños?, ¿cómo se desarrolló el barrio?, ¿qué problemas, actividades, ocio, etc. tiene su barrio?, ¿a quién conoce?, etc. Cada paciente nos va narrando sus experiencias. El monitor en todo momento cataliza, pregunta, motiva, se ríe.

Agotado el tema de la ciudad se analiza, siempre a través de las experiencias de cada uno de los pacientes, la comunidad autónoma y España. ¿Qué lugares conocen?, ¿con quién fueron?, ¿cuántos años tenía?, ¿qué le gustaría conocer, etc.? Se van identificando y marcando en el mapa los diferentes recorridos.

Así sucesivamente Europa y el resto.

2.-Profesiones:

Material:

- * Se hace una lista de distintas profesiones que los pacientes van diciendo.
- * Fotos o dibujos sobre diferentes ocupaciones.
- * Utensilios profesionales que se puedan conseguir.

Procedimiento:

A cada paciente, por sus gustos o interés, se le atribuyen uno o dos oficios, de los que tiene que conseguir material y hablarnos de ellos.

Contenido:

Se comentan las características de cada profesión, herramientas, etc. ¿A quién conoce que lo desempeñe?, ¿Él u otro paciente lo ha desempeñado?, ¿cuando se ha de recurrir a ese profesional?, etc., etc.

3.-Antes y Ahora

Material:

- * Fotos y láminas de la ciudad en el pasado.

Procedimiento:

Cada uno se encarga de una foto, en función de lo cercana, vivencialmente, que sea para él. Ha de conseguirla y rememorarla.

Contenido:

Se evocan las calles, los sitios típicos, comparando cómo eran y cómo son. Cómo ha pasado el tiempo. ¿Qué hacíamos nosotros en aquella época?, ¿cómo ha cambiado nuestra ciudad?.

4.-El Pasado**Material:**

- * Utensilios antiguos: Máquinas de coser, planchas, vajilla, etc.
- * Fotografías de cosas antiguas: Máquina de vapor, coches, etc.

Procedimiento:

Con todo el material se organiza una exposición durante unos días. Cada uno habla del utensilio que consiguió o el que se le atribuyó, bien porque lo conoce, o bien porque le hablaron de él sus familiares.

Contenido:

¿Cuándo ocurría eso?, ¿quién lo utilizaba?, ¿qué progresos ha habido?, ¿cómo lo conseguiste?, etc.

5.-Recetas de Cocina**Material:**

- * Libro de cocina con imágenes y recetas.
- * Recetas escritas y evocadas por ellos mismos, o investigadas en su familia.
- * Recortes de recetas.

Procedimiento:

Cada uno comenta su receta.

Se hace un archivo con todas las recetas conseguidas.

Contenido:

¿Cómo conseguiste la receta?, ¿cómo se hace?, ¿Qué era lo que no te gustaba de niño?, etc. Hablar de los platos típicos de distintas zonas de España.

6.-Vida Política**Material:**

- * Recortes de periódicos o revistas, que se van recopilando a lo largo de la semana, sobre fotos o epígrafes acerca de Reyes o Presidentes y personas importantes de la vida política (a partir de Alfonso XIII).

Procedimiento:

Cada uno, o por grupos de dos, eligen el o los personajes que van a tratar (el que recuerdan, el de su época, el que le interesa o bien, en su defecto, el que se le asigna).

Presentación de lo recopilado y comentarios.

Contenido:

¿Todos conocen a todos los que se han presentado?, ¿a qué época pertenecen?. ¿qué hacías tú en ese momento?. Partidos políticos, participación de cada persona en la política, en la vida social a través de asociaciones, necesidad de organización social, derechos, deberes, etc.

7.- Animales Domésticos

Material:

- * Fotos, si disponen de ellas, o bien un dibujo que realizan sobre un animal que alguna vez tuvieron (perro, gato, pájaros u otros).

Procedimiento:

Cada uno presenta a su animal a través de la foto o dibujo que ha traído.

Contenido:

Nombre del animal y habilidades que tenía. Vida del animal paralela a la del paciente. Sentimientos frente al animal. ¿Cómo lo cuidaba?, ¿cómo lo consiguió?, ¿cómo murió?, etc.

8.- El Colegio

Material:

- * Cada uno escribe en una hoja una serie de datos:
 - Nombre del colegio.
 - Nombre de un profesor/a que recuerde de manera especial.
 - Nombre de un compañero/a que recuerde especialmente.
 - Recuerdo de un día especial en el colegio.

Procedimiento:

Ayudándose con el material que ha escrito, cada paciente nos cuenta sus experiencias y recuerdos.

Contenido:

Todo gira en torno a las vivencias que recuerde de su infancia en la escuela, partiendo de los datos escritos.

9.-Fiestas

Material:

- * Se hace una lista, entre todo el grupo, sobre todas las fiestas que se celebran a lo largo del año (Carnavales, Navidades, fiestas locales, etc.).

Procedimiento:

Cada paciente se encarga de hablar sobre una fiesta (la de su pueblo, las que recuerde de la infancia, las actuales, etc.). Si puede conseguir algo de material lo traerá a la sesión.

Contenido:

Se comentan las características de cada fiesta, recuerdos, ¿qué fiesta le gusta(ba) más y menos?, ¿cómo le gustaría celebrarla?, contrastes de las celebraciones entre distintas zonas geográficas.

10.- La Familia**Material:**

- * Recopilación de fotos familiares, desde el bisabuelo, si pudiera ser.
- * Confección, en cartulina, de un árbol genealógico, en el que se van situando fotografías o los nombres de los familiares correspondientes.

Procedimiento:

Cada paciente, con ayuda de un familiar o del personal, en su defecto, reconstruye el árbol familiar (nombres, fotos, etc.).

Contenido:

El paciente nos presenta a su familia: relaciones, fobias y filias, personas ya fallecidas, etc.

Programa de Psicoeducación

El programa de psicoeducación que proponemos está enfocado para las familias de pacientes que padecen esquizofrenia, teniendo como objetivos fundamentales la información, apoyo y orientación a los padres, que redundará en una mejor relación familiar y en un beneficio para la propia evolución del paciente.

El contenido de este programa está recogido de Rebolledo y Lobato (1995) y de la fase de entrenamiento en comunicación de Falloon, Boyd y McGill.

Presentamos nuestro procedimiento de hacer psicoeducación con las familias a través de un guión que nos da la pauta para organizar la sesión.

Dividimos el programa en dos partes: FASE EDUCATIVA Y FASE TERAPÉUTICA. En nuestra opinión las dos son independientes. Una familia necesitará solamente la primera fase y otra las dos. Para la fase EDUCATIVA proponemos 4 sesiones de una hora y media, con un grupo de 3 parejas de padres. En cada sesión se desarrolla un módulo y se intercambian experiencias entre los padres. Todos quieren ser protagonistas y exponer su caso. Es preciso dirigir activamente y promover también el escuchar al otro.

Recomendamos un encuadre estricto y que el término de la sesión suponga el final y ya no más preguntas, porque todos querrán quedarse para seguir “con su caso”.

La información ha de ser muy sencilla y concreta y es de gran ayuda apoyarse en carteles en donde se escriben los conceptos fundamentales que se van a tratar.

La fase TERAPÉUTICA, cuyo objetivo es la reducción y control de altos niveles de emoción expresada, la organizamos en torno a cuatro sesiones para desarrollar otros tantos temas fundamentales en la comunicación familiar (Falloon, 1984) como son: la expresión de sentimientos positivos, el hacer peticiones positivas, la escucha de forma activa y la expresión de sentimientos negativos.

Programa Fase Educativa

Enfermedad

Causas
Síntomas: Positivos / Negativos
Fases / Pródromos

Factores de riesgo

Abandono medicación
Expresión de emociones
Tóxicos
Estrés

Factores de protección

Medicación
Conocer síntomas de alarma
Clima emocional familiar

Situaciones difíciles

Búsqueda de soluciones
Identificar fase
Refuerzo y alabanza

Módulo 1: Características de la Enfermedad

Centramos el tema en tres características y de cada una desarrollamos los siguientes puntos. Siempre con un lenguaje común y cercano a la experiencia y cultura de las familias. De cada característica hacemos un cartel donde sintetizamos unos puntos que nos parezcan más fundamentales.

1.- Síntomas

- Síntomas Positivos:
 - * Alucinaciones (voces)
 - * Ideas delirantes (daño, persecución, envenenamiento, TV, radio)
 - * Comportamiento extravagante (al hablar, gestos, higiene). Ej.: encerrarse, insultos, etc.
- Síntomas negativos:
 - * Inactividad
 - * Falta de energía
 - * Falta de viveza y disfrute
 - * No levantarse, no salir
 - * Afecto (no muestra cariño)

2.- Causas

- Concepto de psicosis. Enfermedad.
- Predisposición biológica
 - * Genéticas
 - * Sustancias químicas (fallos, mensajes)
- Sucesos vitales. Estrés (drogas, mili, etc.)
PREDISPOSICIÓN. DIÁTESIS.

3.- Fases

- De alarma (pródromos): Se volverá a ella, más específicamente, en el siguiente módulo.
- Crisis: (sintomatología positiva)
- Compensación: Recuperación. ¿Fase de sintomatología negativa?. ¿Cronicidad?.

Módulo 2: Factores De Protección

1.- Medicación Neuroléptica

- ¿Qué son los neurolépticos? (hacer dibujo: bloqueo, receptores).
- Medicación como forma efectiva de tratamiento y como forma de contención de reaparición de nuevas crisis.

-
- Efectos secundarios: entregar lista y explicarla:

Identificación de Efectos Secundarios

- Estreñimiento
- Sequedad de boca
- Sueño
- Temblores
- Inquietud
- Visión borrosa
- Amenorrea
- Ausencia/Retardo eyaculación
- Impotencia
- Crisis oculogiras
- Molestias de estómago
- Cansancio
- Rigidez
- Otros

Reglas para tomar la Medicación

- * Conocer la medicación
- * Tomarla con las comidas
- * Tomar la dosis que está prescrita
- * Consultar al médico cualquier duda
- * No tomar alcohol ni otras drogas
- * Llevarla consigo si sale de casa
- * **NO ABANDONAR LA
MEDICACIÓN AUNQUE SE
ENCUENTRE BIEN**

2.- Conocer Síntomas de Alarma

- Fase de alarma
- ¿Cuáles son?, ¿Qué hacer?: entregar lista y comentarla.

Insomnio
Inquietud / Tensión
Pérdida de concentración
Depresión
Aislamiento
Desconfianza
Irritabilidad / Excitación

3.- Clima Emocional Familiar

- Vivir con una persona que padece esquizofrenia es muy difícil. SEA POSITIVO.
- Buscar un ambiente emocional estable (NO SER EXCESIVAMENTE EMOCIONALES, NI EXCESIVAMENTE PROTECTORES).
- Dar normas claras y explícitas.
- Destacar los aspectos sanos (Alabar y sugerir: “Me gustaría que tú...”).
- Evitar comentarios críticos y hostiles.

Módulo 3: Factores de Riesgo

1.-Medicación

- * El abandono de la medicación va a provocar nuevas recaídas.

2.-Ambiente Familiar

- * Excesiva crítica y descalificación.
- * Ambiente con alto nivel de agresividad.
- * Excesiva sobreprotección (fomentar autonomía).

3.- Tóxicos

- * Consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas son un elemento de riesgo importante para la recaída. (Es un tema de difícil manejo, ya que provoca grandes tensiones y críticas familiares, con lo que así tenemos dos factores de riesgo unidos, los tóxicos y la crítica).

4.- Eventos Vitales

- * Cambios en la vida estresantes.

Módulo 4: Situaciones Difíciles

Tratamos en este módulo de escuchar, apoyar y dar recursos de manejo para las situaciones difíciles que el paciente genera en el ambiente familiar.

1.- Hablen de los problemas. Busquen juntos las soluciones.

- * Sed claros con el problema.
- * No discutan entre Vds.
- * No se echen la culpa.

2.- Identifique la fase de la enfermedad para manejar las cosas de una forma u otra.

3.- Refuerzo y alabanza

- * Fije objetivos concretos y progresivos.
- * Refuerce los progresos.

4.- Sea firme.

Programa Fase Terapéutica

Esta fase del programa, que como decíamos no tiene continuidad respecto a la anterior, está destinada a las familias en las que objetivamos alto nivel de emoción expresada y consideramos que hay suficiente plasticidad y motivación como para beneficiarse de estas sesiones. Son cuatro sesiones de una hora aproximadamente cada una, en las que se desarrollan cada uno de los cuatro temas de entrenamiento en comunicación. Asisten los padres del paciente solos o con el propio paciente, según la valoración que hagamos, con el objetivo terapéutico de ensayar y aprender nuevas formas de comunicación, mayor control de los niveles de emoción expresada y que ello redunde en mejor convivencia familiar.

La sesión se divide en análisis de situaciones y evaluación de tareas, ensayos de conducta y propuesta de tareas.

Damos a continuación el guión de la sesión, como en el programa de Habilidades Sociales y que no deja de ser más que una orientación y facilitación de la tarea para el terapeuta.

Expresar un sentimiento positivo

Escena

“Gracias por echarme una mano”
“No sabes lo que me alegra...”
“Me gusta verte así...”
“Me parece estupendo que...”

Indicaciones Terapéuticas

- ¿Con qué frecuencia lo suele hacer?
- Sonríe
- Tócale
- Expresión de cariño

Situaciones

- Ha realizado un encargo, un trabajo, una actividad
- Se ha levantado pronto
- Se ha aseado. Etc...

Tareas para casa

Hacer al menos un elogio, cuando vea que el paciente ha hecho algo que le agrada. APROXIMACIONES SUCESIVAS.

Ventajas

- Nos gusta que nos reconozcan
- Mejora de la autoestima. Mayor autoconfianza
- Mejoría de las relaciones

Notas

--

Hacer peticiones positivas

Escena

- “(Nombre), véteme a por pan, haz el favor”
- ¿Qué te parece si esta tarde me ayudas a...?
- ¿Te importa si cambio el canal...?
- Me gustaría que...

Indicaciones Terapéuticas

- Pedirlo de buenas maneras
- Ejemplos positivos y negativos
- Cómo lo suele pedir?
- Cómo se sentiría Vd?
- Pedirlo de forma positiva y clara
- Expresión agradable

Situaciones

- Cambiar de programa de TV
- Hacer un recado
- Pedirle que te ayude algo por la tarde

Tareas para casa

Pedir algo, como lo hemos ensayado en la sesión, por lo menos en tres ocasiones

Ventajas

- Más posibilidad de que la otra persona haga lo que has pedido
- Favorece las relaciones.

Notas

Escuchar de forma activa

Escena

- Miro
- Asiento con la cabeza
- Pregunto
- Uhm, uhm

Indicaciones Terapéuticas

- Se trata de escuchar con la debida atención e interés
- Formas activa y no activa
- Que el otro se de cuenta que le hemos escuchado
- Formas incorrectas: desde lejos, etc
- Formas correctas: mirar, asentir

Situaciones

- Paciente explica una excursión que hizo
- Está pidiendo que el sábado quiere salir con un amigo
- Cuenta el partido que fue a ver

Tareas para casa

Traer tres situaciones que se hayan dado de escucha activa

Ventajas

- Autoestima
- Mejora la comunicación y la relación

Notas

Expresar sentimientos negativos

Escena

- "Sabes que me molesta mucho que te levantes tan tarde"
- "Me enfada mucho cuando..."
- "Me gustaría que dejaras de hacer..."

Indicaciones Terapéuticas

- Decir lo que no le gusta o lo que le molesta
- Decirlo de malas formas
- Decir las cosas con respeto
- ¿Cómo se sentiría Vd.?

Situaciones

- Levantarse tarde
- Fumar continuamente
- No hacer nada

Tareas para casa

Practicar la habilidad aprendida siempre que se presente la ocasión. Prever con la familia los fracasos, por la tendencia de las respuestas automáticas

Ventajas

- No ofender
- Evitar enfados
- Autoestima

Notas

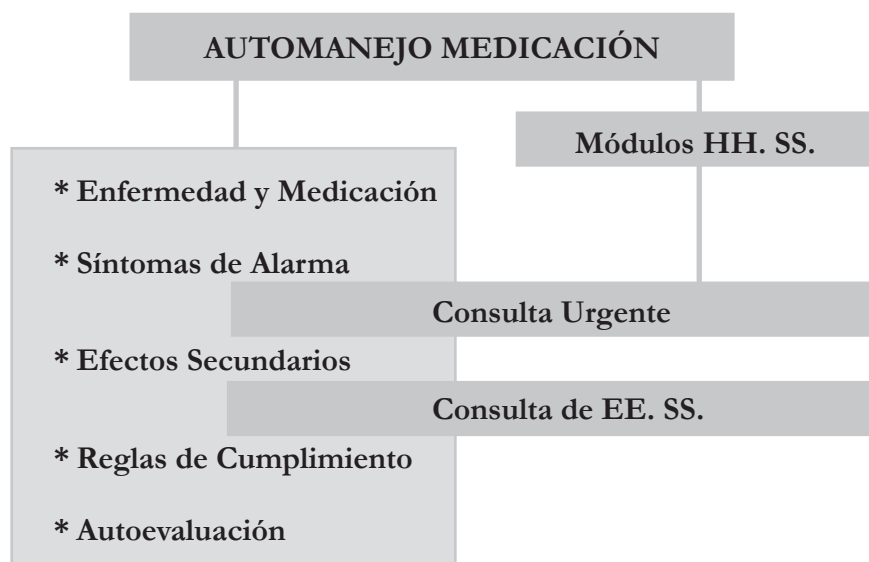
Programa de Automanejo de Medicación

Sabemos que el cumplimiento farmacológico se torna en uno de los objetivos fundamentales en el tratamiento del paciente esquizofrénico, ya que va a ser uno de los pilares en la evitación de las recaídas. Sabemos también la tendencia al abandono de la medicación y los problemas que ello conlleva. Se hace, pues, imprescindible, dentro del arsenal terapéutico, desarrollar un programa cuyos objetivos sean los que a continuación se describen:

- 1.- Conocimiento de la enfermedad y de las crisis.
- 2.- Conocimiento de los beneficios que aporta la medicación y de su responsabilidad en la utilización de sus medicamentos.
- 3.- Conocimiento de los efectos secundarios, sus implicaciones y cómo los puede abordar.
- 4.- Capacitación para tomar, conseguir y cuidar su medicación.

Podríamos resumir el objetivo de este programa en el concienciar al paciente de que la normalización de su vida la logrará a través de tres pilares fundamentales que son: el CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN, NO CONSUMO DE TÓXICOS y una VIDA ACTIVA Y ORDENADA.

El programa consta de 4 MÓDULOS y un cuestionario que se pasa antes y después del programa. Los módulos 2 y 3 llevan asociados dos módulos de habilidades sociales, según se muestra en el siguiente esquema:



Como se puede ver, en el programa incluimos aspectos psicoeducativos en torno a la enfermedad por estar muy relacionados con la toma de medicación.

Módulo 1: Enfermedad y Medicación

Comenzamos hablando de la enfermedad, sus síntomas y sus fases, según el siguiente guión:

A. Síntomas:

- * Síntomas positivos
 - Alucinaciones (voces)
 - Ideas delirantes (daño, persecución, envenenamiento, TV, radio, etc).
 - Comportamiento extravagante (al hablar, gestos, higiene. Ej.: encerrarse, agresividad, abandono).
- * Síntomas negativos:
 - Inactividad.
 - Falta de energía y viveza.
 - Ausencia de placer e ilusión.
 - Clinofilia.
 - Embotamiento afectivo.

B. Fases de la Enfermedad:

- * De alarma:
 - Pródromos (hacer lista).
- * Crisis:
 - fase aguda.
 - síntomas positivos.
- * Recuperación:
 - ¿discapacidades?
 - autonomía
 - normalización

C. Medicación (Neuroléptica)

- * ¿Qué son los neurolépticos?
 - Dibujo de receptores, bloqueo, etc.
 - Medicación como forma efectiva de tratamiento en la crisis.
 - Medicación como “dique” y contención de reaparición de crisis y recaídas.
 - Efectos secundarios.

Módulo 2: Síntomas de Alarma

En este módulo le exponemos al paciente cuales suelen ser las señales de alarma que anuncian una crisis, ¿cuales son las habituales en él?, aprender a distinguirlas y

qué hacer cuando aparezcan. Para ésto último, y como elemento de movilización y de mejor internalización, asociamos el módulo de habilidad social “CONSULTA URGENTE”.

Identificación de Síntomas Prodrómicos

Insomnio
Inquietud / Tensión
Pérdida de concentración
Depresión
Aislamiento
Desconfianza
Irritabilidad / Excitación

Los pacientes, en grupo, van identificando algún síntoma, que en alguna ocasión han tenido y participando de la experiencia de todos los demás.

Habilidad Social: Consulta urgente

Escena

- Saludo y me presento
- Describo el problema
- Pregunto dudas
- Repito el consejo del médico
- Me despido

Indicaciones Terapéuticas

- Duración y alcance
- ¿Tiempo para la mejoría?
- Dar las gracias

Situaciones

- No dormir
- Desconfianza

Temas de Modelamiento

- Cómo pedir y realizar una consulta por presentar síntomas prodrómicos

Ventajas

- Prevenir recaídas
- Aprender a hacer una consulta de urgencia

Notas

Módulo 3: Efectos Secundarios

Centramos la atención en el aprendizaje de discriminar los efectos secundarios que pueda provocar la medicación y que ello no sea motivo de abandono. Explicamos en que consisten estos efectos y la manera de combatirlos, caso de que sea posible. Cada paciente ha de registrar los que en él son frecuentes. Después de la explicación y discusión, asociamos el módulo de habilidad social “MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS”.

Identificación de Efectos Secundarios

- Estreñimiento
- Sequedad de boca
- Sueño
- Temblores
- Inquietud
- Visión borrosa
- Amenorrea
- Ausencia/Retardo eyaculación
- Impotencia
- Crisis oculogiras
- Molestias de estómago
- Cansancio
- Rigidez
- Otros

Habilidad Social: Consulta por efectos secundarios

Escena

- Saludo y me presento
- Planteo el problema
- Atiendo a la explicación y decisión del médico
- Repito el consejo del médico
- Me despido

Indicaciones Terapéuticas

- Expón con claridad los síntomas
- Pregunta dudas

Situaciones

- Rigidez
- Impotencia
- Otros

Temas de Modelamiento

- Modo de pedir y realizar una consulta cuando se presenta algún efecto secundario

Ventajas

- Calidad de vida
- Rendimiento óptimo de la medicación

Notas

Módulo 4: Reglas para tomar la Medicación

Le entregamos al paciente la siguiente lista en forma de ficha y la comentamos en el grupo.

Reglas para tomar la Medicación

- * Conocer la medicación
- * Tomarla con las comidas*
- * Tomar la dosis que está prescrita
- * Consultar al médico cualquier duda
- * No tomar alcohol ni otras drogas
- * Llevarla consigo si sale de casa
- * **NO ABANDONAR LA
MEDICACIÓN AUNQUE SE
ENCUENTRE BIEN**

* Comentar la toma del desayuno, por la tendencia de no tomarla al no levantarse.

Módulo 5: Autoevaluación

Por favor, contesta **SI** o **NO** a las siguientes preguntas

1.- ¿Sabes la medicación que tomas?

SI

NO

Medicación	Dosis

2.-¿Guardas por tu cuenta los medicamentos?

SI

NO

3.-¿Tomas tu solo la medicación?

SI

NO

4.-¿Conoces los efectos secundarios que te puede producir la medicación?

SI

NO

5.-¿Sabes a dónde acudir para tratar problemas sobre tu medicación o en una emergencia?

SI

NO

6.-¿Te encargas tú de conseguir tu medicación?

SI

NO

7.-¿Sabes decir tres síntomas de alarma que pueden avisar de una crisis?

SI

NO

Programa de Autohigiene

Introducción

El Programa de Autohigiene está dirigido a pacientes psicóticos con un importante grado de deterioro psicosocial y se enmarca dentro del contexto , y de otros programas, de la rehabilitación psiquiátrica.

El objetivo primordial es el cambio de comportamientos y hábitos higiénicos, muy deficitarios, que este tipo de pacientes suele presentar y que suele ser muy frecuente y abundante en la población que tratamos.

Cuando aparece el deterioro o déficit esquizofrénico, junto al abandono de los esquemas y relaciones sociales y el replegamiento autístico, lo primero que empieza a sufrir es el autocuidado, y como expresión más básica de él, la autohigiene.

Así pues, cuando trabajamos este programa, además de la higiene en sí y por lo tanto la salud, estamos trabajando el AUTOCUIDADO en general y por consiguiente la AUTOESTIMA, concepto psicológico que se anula en todo sufrimiento y agresión psíquica.

NOTA: En los distintos temas a tratar damos, en estilo directo, lo que se diría al paciente. Evidentemente, es sólo una forma de facilitar la tarea y la facilidad de tener un guión sobre lo que se ha de hablar. Sobre este guión se puede desarrollar toda la iniciativa y enfoque propio del monitor. En el grupo se ha de fomentar la participación e interacción entre los pacientes para desarrollar el aprendizaje.

Evaluación del Programa

Conviene evaluar el estado previo de autohigiene del paciente, para lo cual facilitamos un Cuestionario que puede ayudar a ello. Al margen del registro que ello supone, y que nos va a permitir contrastarlo con el registro obtenido después de realizado el programa, el cuestionario es útil para la toma de conciencia de la autohigiene y supone una base para empezar a hablar del tema.

Es importante, tanto para la evaluación como para la implementación en la vida real del comportamiento del paciente, la colaboración de la familia siempre que ello sea posible.

Módulo nº 1

Reunido el grupo de pacientes, se comienza por presentar el programa a través de los cuatro temas siguientes, tratando siempre de hacerles participar y que el grupo sea lo más interactivo posible.

- * **HIGIENE:** Se comentarán los aspectos principales del tema, su relación con la salud, la prevención y el bienestar.
- * **ASPECTO:** El objetivo de este apartado es hacer énfasis en la relación de la higiene y el aspecto personal y su incidencia en el siguiente apartado.
- * **RELACIÓN SOCIAL:** Comentarios sobre normas sociales. Aceptación y rechazo.
- * **AUTOESTIMA:** Relacionar autohigiene con autocuidado y por lo tanto con autoestima. ¿Cómo nos cuidamos?.

Módulo nº 2

Se abordan los **ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA AUTOHIGIENE**. Se trata de relacionar pares de opuestos para identificar los diversos estados:

Suciedad-----Limpieza
Mal Olor-----Buen Olor
Mal Aspecto -----Buen Aspecto
Desarreglo -----Arreglo

Conviene trabajar con un cartel grande, bien visible, en donde se representan los temas anteriores.

Sobre ellos, se ponen ejemplos y los pacientes se identifican o no.

EJEMPLO: Vamos a pensar en algo de muy mal olor.

¿Recuerdas a alguien que oliera mal?

¿Qué tal hueles tú?

Pensemos en algo que huela muy bien.

¿Qué persona te huele bien?

¿Por qué?

ETC.

Módulo nº 3

En este Módulo abordamos el **CÓMO REALIZAR UNA ADECUADA AUTOHIGIENE**. Es el apartado fundamental del Programa. El paciente ha de poder visualizar los diversos contenidos para que, de forma vicaria, se lleve a cabo un aprendizaje y lo internalice. Para ello lo ideal sería mostrar en vídeo los distintos apartados, que son los mismos que se han evaluado en el Cuestionario de Autohigiene:

* Ducha / Baño

Hay que ducharse con agua templada todos los días, y si no pudieras, has de hacerlo 3 veces a la semana por lo menos. Se lavan bien con **JABÓN** todas las partes del cuerpo, especialmente aquellas en las que más se suda. Una vez enjabonados los pies, conviene lavarlos enseguida para evitar resbalones en la ducha.

ES MUY IMPORTANTE QUE TE SEQUES BIEN, sobre todo entre los dedos de los pies para evitar grietas y hongos. La toalla ha de ser **PERSONAL**, procura no prestarla a nadie.

* Lavado de cabello

Has de lavarte el cabello cada tres días, más o menos (una, dos veces a la semana). No utilices jabón, sino champú y aclara con agua abundante. Los cabellos limpios previenen de enfermedades como los piojos, que se notan por un picor y escozor continuos.

* Lavado de manos y limpieza de uñas

Las manos hay que cuidarlas mucho, pues con ellas comes y tocas muchas cosas. Por eso, **ANTES DE COMER ES IMPRESCINDIBLE LAVARSELAS**. El contacto de las manos sucias con orificios naturales (boca, oídos, etc.) puede predisponer a una infección. Después de usar los servicios higiénicos lávate las manos con jabón. Si no has tenido buena puntería al orinar, deja todo limpio utilizando un poco de papel higiénico.

* Cepillado de dientes

EL CEPILLADO DE DIENTES ES IMPORTANTÍSIMO DESPUÉS DE LAS COMIDAS. Emplea por lo menos **DOS MINUTOS** para su limpieza, y del siguiente modo: con movimientos verticales por la parte de delante y también de atrás. Tienes que lograr quitar todos los restos de alimentos y tendrás un buen sabor de boca.

* Afeitado

Puedes realizarlo con maquinilla eléctrica o con hoja, utilizando espuma de afeitar. Como te sea más cómodo. Lo importante es que lo hagas, por lo menos, día sí y día no. Si quieres dejarte barba te la tienes que cuidar, teniéndola bien recortada. El estar sin afeitar te da un aspecto descuidado y abandonado, que influye negativamente en el aspecto personal. Después del afeitado utiliza una loción para la cara.

* Depilación

Es importante tener depiladas las piernas, el labio superior y las cejas.

Para piernas y labio superior, puedes utilizar: maquinillas desechables o cremas depilatorias (explicar su uso y peligros) y pinzas para las cejas.

* La ropa

Es una buena medida higiénica **CAMBIARSE LA ROPA INTERIOR TODOS LOS DÍAS**. La camisa no hay que usarla más de dos días seguidos y los pantalones también hay que lavarlos. Si no se cambia la ropa **HUELE** y es muy desagradable para los demás.

* Utilización de jabón y colonias

Cuestionario de Autohigiene

Nombre..... Fecha

¿Con qué frecuencia me ducho?

Menos de una vez a la semana	0
Una o dos veces a la semana	1
Varias veces a la semana	2
Todos los días	3

¿Con qué frecuencia me cepillo los dientes?

Nunca / raramente	0
Alguna vez a la semana	1
Una vez al día	2
Dos o tres veces al día	3

¿Con qué frecuencia me lavo el pelo?

Alguna vez al mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una vez a la semana	2
Varias veces a la semana	3

¿Con qué frecuencia me afeito?

Menos de una vez a la semana	0
Una vez a la semana	1
Varias veces a la semana	2
Todos los días	3

¿Con que frecuencia me cambio de camisa?

Menos de una vez a la semana	0
Una vez a la semana	1
Varias veces a la semana	2
Todos los días	3

¿Con qué frecuencia me cambio de ropa interior?

Menos de una vez a la semana	0
Una vez a la semana	1
Varias veces a la semana	2
Todos los días	3

Valoración general. Observaciones

Uso de jabones	
Depilación	
Uñas	

Programa Ocupacional. Talleres

Terapia Ocupacional

La ocupación en sí misma tiene una posibilidad terapéutica. El quehacer humano puede tener unos fines y objetivos concretos para alcanzar un logro, o bien, puede ser un quehacer sin fines concretos, en el que se persigue sólo el hecho de hacer, de “matar el tiempo”, de recrear objetos internos por pura satisfacción de hacer. Esta segunda visión está más cerca de lo que se entiende por ocio y entretenimiento. Pero hay que tener una buena salud mental para poder realizarla. Es lo contrario a la anhedonia y al apragmatismo, es el hacer por hacer, por pura satisfacción. ¿Hay algo más alejado de la esquizofrenia que esto?. ¿No es absolutamente incompatible con los deterioros e incapacidades psicosociales que observamos en nuestros pacientes?. De ahí las dificultades para que los pacientes hagan, vayan al taller y participen. Es por ello que también, esta ocupación es terapéutica.

En los talleres de terapia ocupacional, desarrollamos además la atención y concentración en la tarea, fomentamos la interacción, el desarrollo de las propias capacidades, y la posibilidad de realizar nuevos aprendizajes .

Los talleres de terapia ocupacional representan, en suma, la actividad frente a la inactividad, la creación frente al vacío, eros y tánatos.

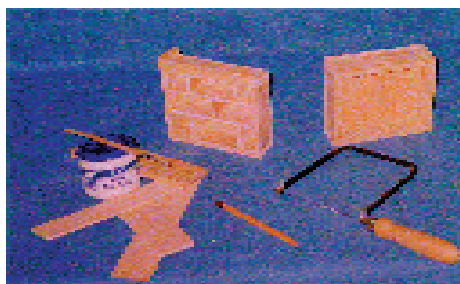
¿Qué tareas o qué talleres son los que se engloban en la terapia ocupacional?. Para simplificar diríamos que cualquier taller es válido y va a depender de las posibilidades del servicio y de los monitores. Tareas concretas, como puzzles y collages, para los pacientes más desorganizados. En nuestra experiencia hemos desechado la realización de tapices porque además de fomentar el aislamiento, observamos una pobre respuesta del paciente hacia esta actividad. Aquí presentamos unos talleres sencillos, sin gran maquinaria y que pueden realizarse en cualquier servicio hospitalario. Son talleres que interaccionan entre sí, ya que en la mayoría de los trabajos hechos, el producto final depende del paso por varios de ellos.

Taller de Carpintería (Taller coordinado por Margarita Sánchez Pena. Aux. psiquiátrico)

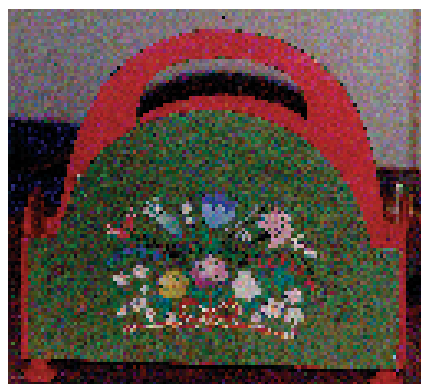
Quizá es un taller más complicado para tener en algunos servicios. Aquí proponemos una serie de trabajos que exigen pocas y sencillas herramientas. La carpintería es muy variada y da mucho juego en la terapia ocupacional con el paciente. Puede suponer tareas muy sencillas como el simple lijado o alguna más exigente como el corte, el inglete y la construcción en sí misma.

Mostramos los siguientes trabajos para realizar, como decíamos, en un taller muy sencillo de carpintería.

Minilibrerías

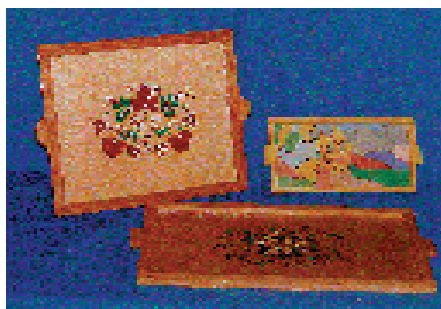
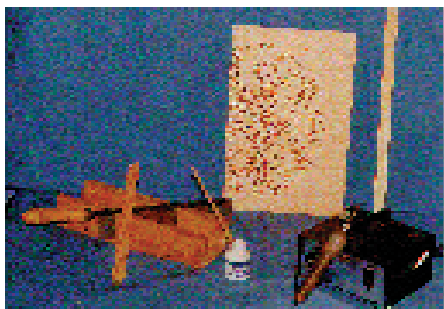


Revisteros



Realización de bandejas y maceteros

Al trabajo de carpintería: sierra de marquetería, inglete y encolado, se le añade el uso del pirograbador para realizar los dibujos sobre madera y la pintura final.



Realización de marcos para cuadros

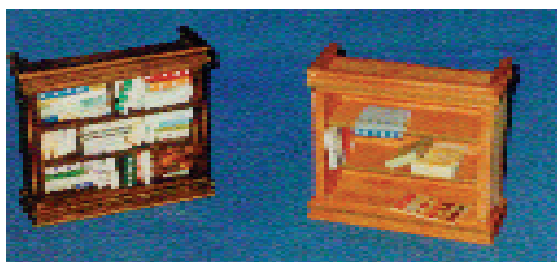


Casas de muñecas



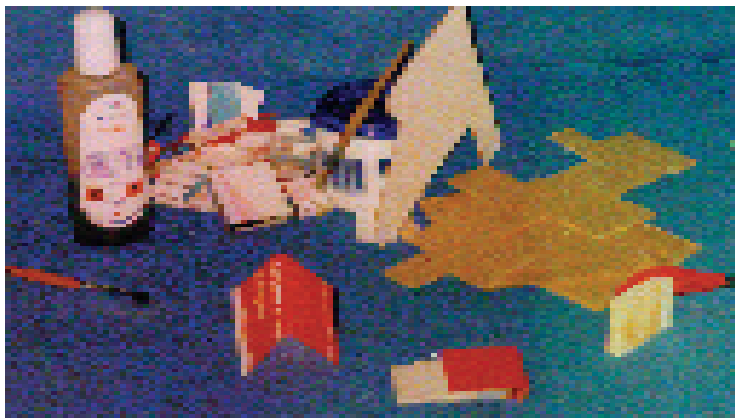
Taller de Plástica (Taller coordinado por Hermelinda Vázquez Vázquez. Aux. psiquiátrico)

Incluimos en él las actividades más variadas y artísticas a desarrollar en terapia ocupacional: pintura, papel maché, collages, etc. Cosas que se hacen en otros talleres, como las minilibrerías, sirven de soporte para realizar en este taller, por ejemplo, los libros en miniatura y así tener la librería completa como objeto de decoración, o miniaturas de armarios con ropa que se confeccionó en el taller textil.

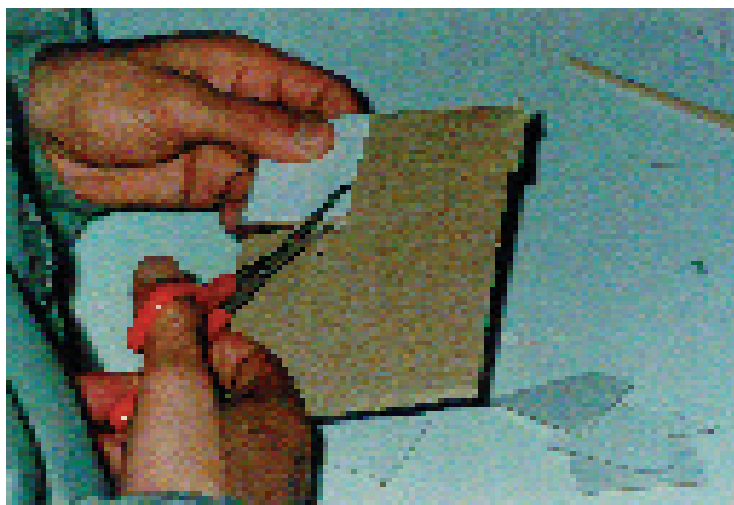


Libros en miniatura:

Seleccionar el título y recortar dejándolo en lo que será el lomo del libro.



Recortar cartones que serán el relleno y armazón del libro y pegarlos entre sí y a las pastas del libro recortadas.

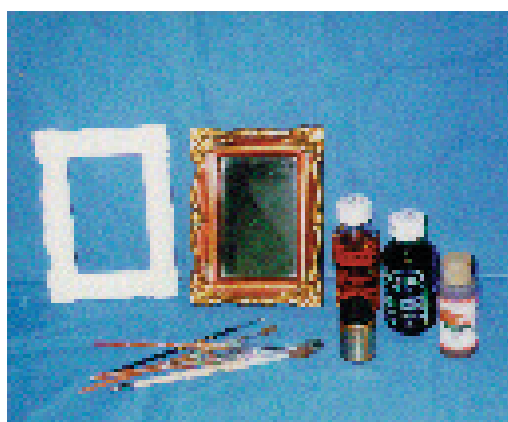


Trabajos con papel maché:

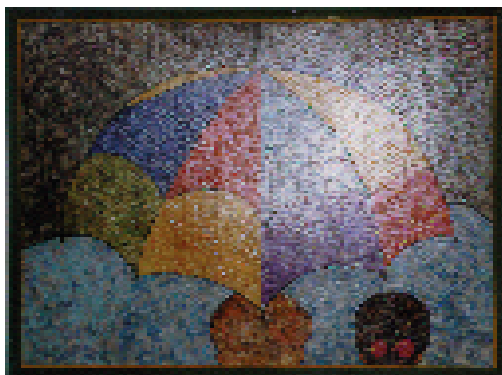
Se realiza el molde en yeso, en el que se van pegando papeles de periódico. Aquí podemos observar dos trabajos realizados: el coche ya terminado y el deportista en su tabla de vela, pendiente de pintar.



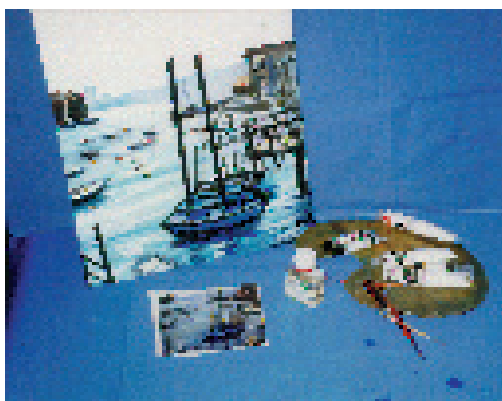
Decoración de marcos en escayola



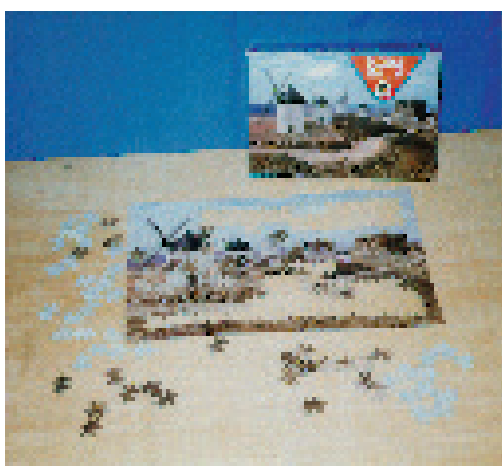
Collage



Pintura al óleo



Rompecabezas

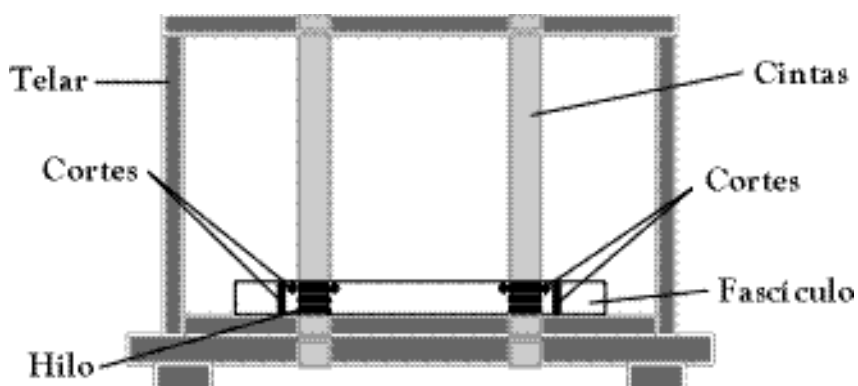


Taller de Encuadernación (Taller coordinado por Hermelinda Vázquez Vázquez. Aux. psiquiátrico)

El taller de encuadernación realiza trabajos sencillos, como la encuadernación de fascículos con pastas ya preparadas. Como en todos los talleres se aspira a realizar buenos trabajos pero de escasa complejidad. Disponemos de un telar sencillo, que se puede construir en el taller de carpintería.

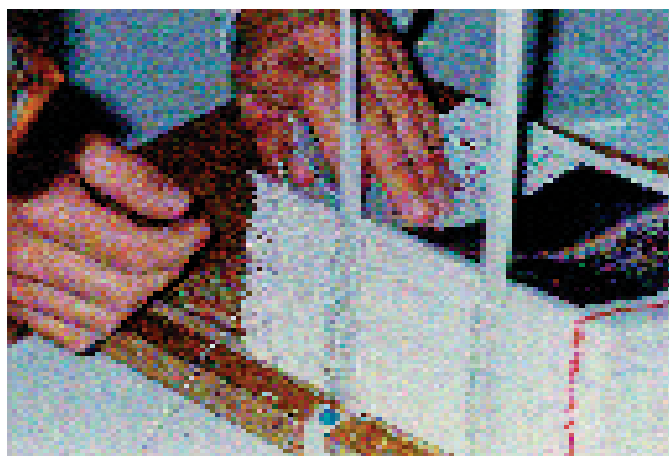
15 PASOS para encuadernar:

1. Extraer las grapas a todos los fascículos y colocar éstos ordenadamente.
2. Sujetarlos entre dos cartones por donde van a ir los cortes del libro.
3. Serrado de los fascículos.
4. Se prepara para coserlo en el telar.
5. Para tomar las posiciones de las cintas donde se va a coser el libro, se coge el primer fascículo del libro y se coloca la parte de arriba del fascículo hacia la derecha, se ponen las cintas en los cortes o serrados del medio del fascículo, donde después el libro tiene más fuerza, sujetando después las cintas con una chincheta o atándolas alrededor del travesaño del telar.
6. Preparar una brazada de hilo y enhebrarla.
7. Se empieza a coser por la parte de arriba del fascículo, metiendo y sacando la aguja por los cortes de serrar, hechos previamente, de manera que el hilo quede por la parte de afuera de las cintas.



8. Al llegar al último corte del fascículo se coge el siguiente, abriéndolo por el medio y poniéndolo en la misma posición que el anterior.
9. Empezamos por la parte de abajo, de izquierda a derecha, en donde hacemos un nudo con el hilo que habíamos empezado.
10. Así se continúa cosiendo unos y otros, una vez hacia la izquierda y otra hacia la derecha.
11. Remate del final o de cualquier brazada de hilo: Se pasa la aguja por el fascículo anterior de dentro hacia fuera haciendo un nudo y rematando.
12. Se coge otra brazada y empezar igual que al principio.
13. Preparar las contrapastas.
14. Guillotinar.
15. Pegar las pastas.

Telar y cosido de los fascículos



Taller Textil (Taller coordinado por Mercedes Santamaría López)

Se incluyen en él diversos apartados que abarcarían las necesidades domésticas y de ocio a través de la aguja e hilo.

A realizarlo en el Taller de Terapia ocupacional según se disponga en el servicio. Es un programa a desarrollar también una hora a la semana, a la que acude un grupo de mujeres, sirviendo el programa no sólo como aprendizaje en costura y demás aspectos, sino como vehículo de encuentro social y de interacción de pacientes, que mantienen un nivel empobrecido de vida y que su programa semanal le sirve de sostén a través de una actividad creativa y social.

En cada apartado se describe el material necesario y las labores básicas a realizar con una descripción gráfica, que sirve de gran ayuda visual para la labor. Dichos gráficos han sido obtenidos del libro “Costura, Labores y Adornos” (Ver referencias bibliográficas).

1.- Punto de Cruz. Bordar

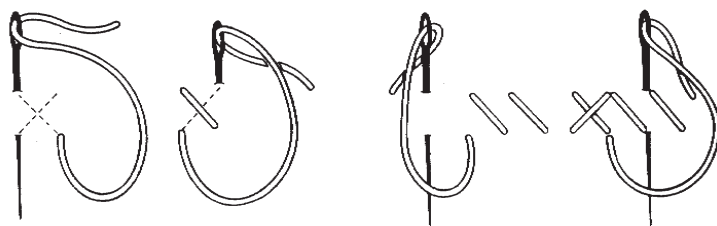
Materiales:

- Diseño del trabajo.
- Papel milimetrado. Lápices de colores
- Madejas de algodón de bordar en varios tonos de colores
- Hilos
- Tela de esterilla, cañamazo
- Aguja, tijera, dedal
- Bastidor
- Realización del trabajo sobre papel

Realización:

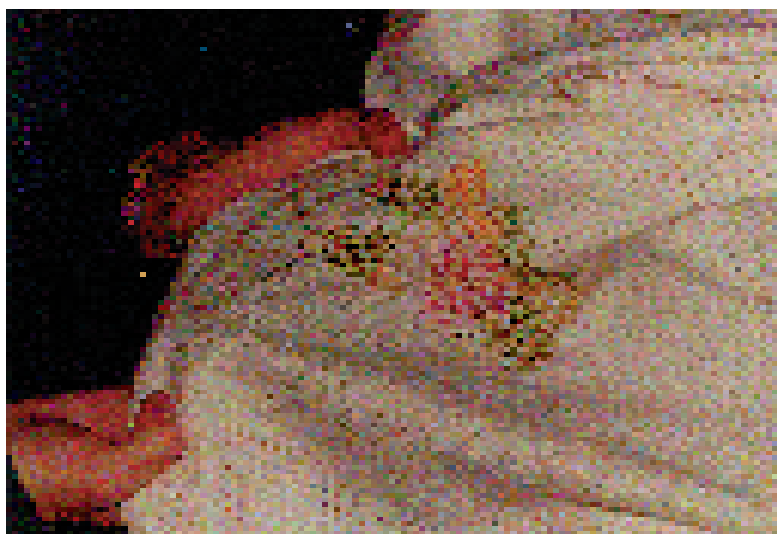
- 1º. Preparación de la tela:
 - a. Corte y remate de la misma
 - b. Colocación del dibujo
- 2º. Realización del bordado
- 3º. Remate y decorado

Gráfica de la realización del Punto de Cruz





Punto de Cruz
Materiales y Realización



2.- El Punto

Es el rey en el taller textil. La manualidad mejor aceptada y que más satisfacciones produce. La posibilidad de crear la forma y la textura del tejido a medida que se avanza. Se trabaja mayoritariamente la muñequería.

Las técnicas van desde el montado y la realización de puntos más sencillos hasta las fases más avanzadas de diseño, pasando por la formación de las prendas con men- guados y aumentos.

Materiales:

- Agujas de lana de distintos grosores
- Lanas de varios cabos y colores
- Agujas de coser lana
- Tijeras
- Diseño previo del trabajo a realizar

Puntos Básicos:

Punto del derecho



Punto del revés



Con la combinación de ambos puntos se realizan los demás tejidos.

3.- Muñecos de Lana

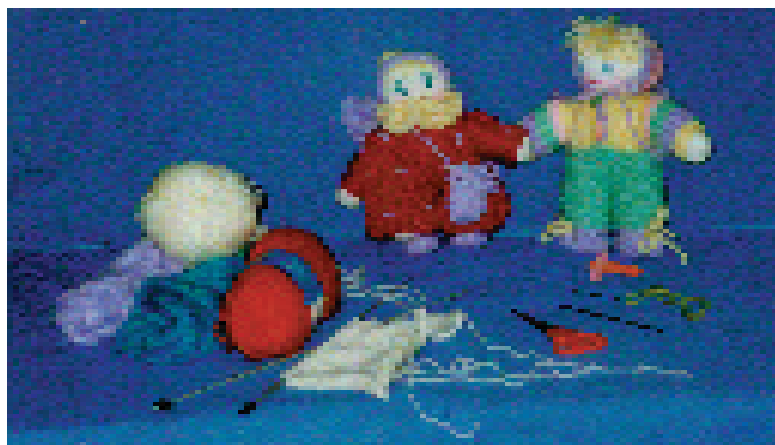
Materiales:

- Diseño del muñeco
- Lana de colores
- Agujas de lana
- Agujas de coser lana

- Agujas de coser ganchillo
- Tijeras
- Relleno (mirahuano)
- Ceras o tizas de colores
- Encaje
- Botones
- Cinta raso

Realización:

- 1°- Hacer un tejido a punto liso siguiendo las medias del diseño.
- 2°- Montar y rellenar con mirahuano o algodón sintético
- 3°- VESTIDOS. Usando lanas combinando los colores
- 4°- Pelo
- 5°- Zapatos
- 6°- Rasgos de la cara (ojos, boca, nariz)
- 7°- Con las ceras dar color a la cara
- 8°- Usar el encaje, raso, botones, etc. para decorar el traje.



4.- Costura

Hacer costura es otra de las posibilidades que ofrece el taller textil, aunque no es una actividad que los pacientes elijan por propia iniciativa. Suele ser el monitor el que toma la decisión.

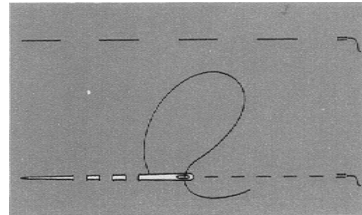
Los trabajos están encaminados a enseñarles el proceso más básico de la costura.

Materiales:

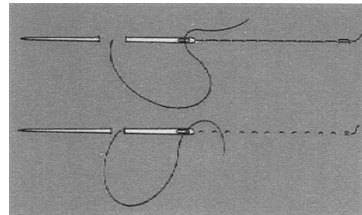
- Agujas de distinto grosor
- Tijeras
- Alfileres
- Cinta métrica
- Dedal
- Hilos apropiados e hilo de hilvanar
- Plancha
- Telas
- Botones
- Estructurar la labor

Realización:

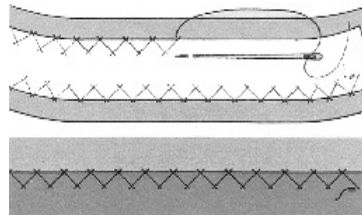
Hilvanar bastilla



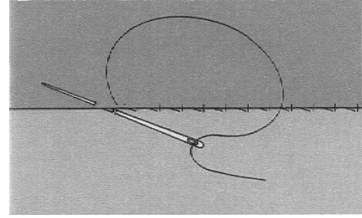
Pespunte y punto atrás



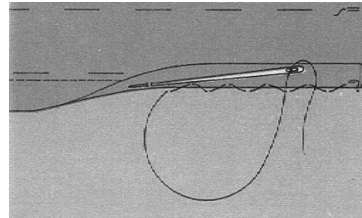
Punto de escapulario



Dobladillos



Punto hueco



Costura de botones

5.- Costura a Máquina

Conocimiento de la máquina

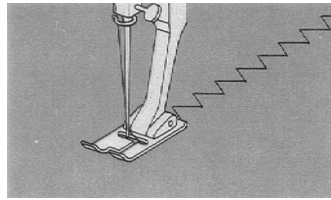
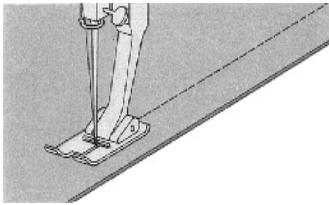
Hilvanado

Materiales:

- Máquina de coser
- Agujas
- Hilo
- Tijeras
- Cinta métrica
- Regla
- Alfileres
- Tiza costura
- Plantilla
- Telas

Desarrollo:

- 1°- Explicación del trabajo a desarrollar
- 2°- Comprobar que lo han entendido
- 3°- Hilvanado
- 4°- Costura en línea recta, zigzag, curva



- 5°- Composición de plantillas
- 6°- Realización de plantillas

Diseño

Realización de trabajos con iniciativa del paciente

6.- Ganchillo

El ganchillo sugiere la comparación con el punto, puesto que ambas artes consisten en la elaboración de un tejido a partir de bucles o lazadas de lana u otros materiales (algodón, rafia, cuerda y distintos hilos) y aguja circular.

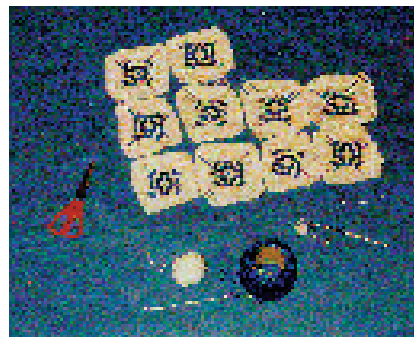
El taller de rehabilitación textil tiene una función de REMATE de trabajos como muñequería, mantas T.V., cubrebandejas, etc.

Materiales:

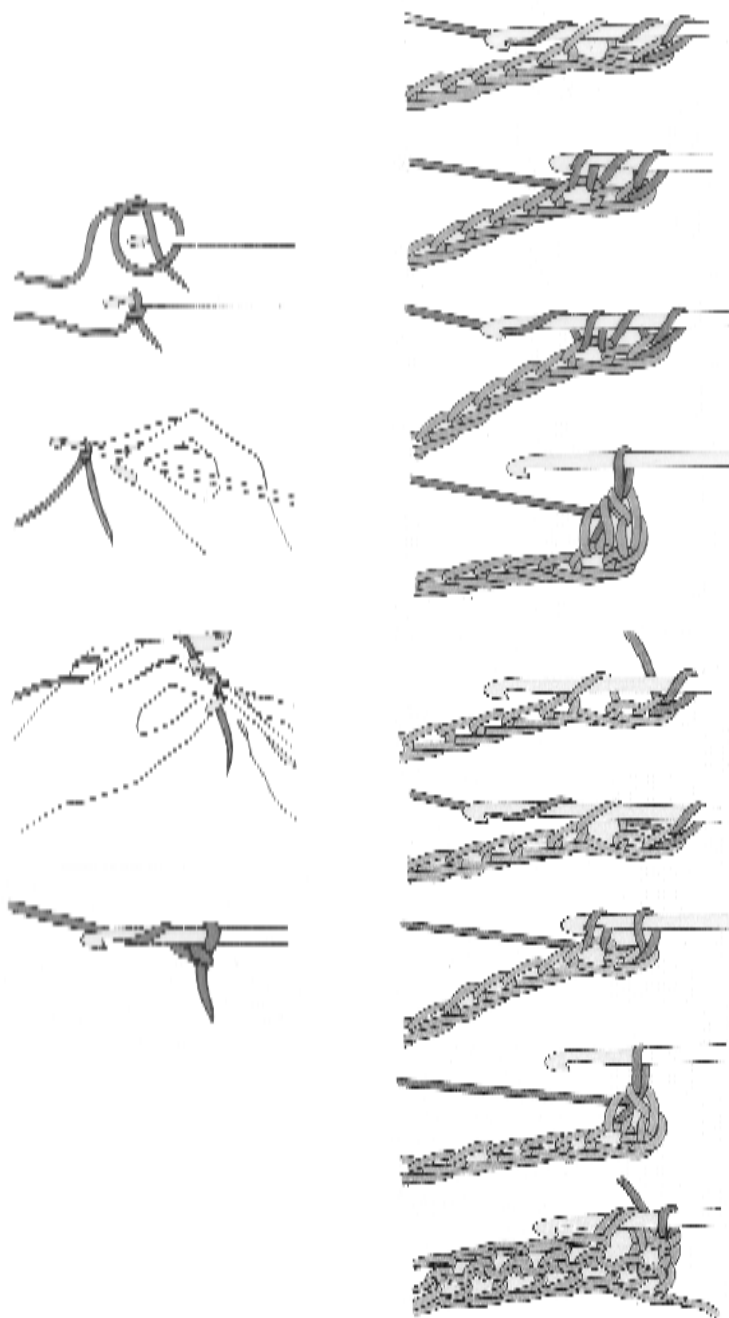
- Aguja circular
- Lana, algodón, hilos de colores, cuerda, rafia, etc.
- Tijera
- Aguja de coser lana
- Diseño del trabajo a realizar

Puntos básicos:

- Punto raso
- Punto bajo
- Medio punto
- Punto alto
- Punto alto triple
- Punto alto doble



Ganchillo: Puntos Básicos



Referencias Bibliográficas

- Aldaz J. A., Vázquez C. (comps.). “*Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*”. Siglo XXI (1.996).
- Andreasen, N.,C. y Olsen, S.; “*Negative vs. positive schizophrenia: definition validation*”, Arch Gen Psychiatry, **39**, 789-794 (1982).
- Bernard M. “*El Cuerpo*”. Paidós (1.980).
- Brugger L., Schmid A., Bucher W. “*1.000 Ejercicios y juegos de calentamiento*”. Hispano-europea. (1.992).
- Caballo, V.E.:”*Asertividad: definiciones y dimensiones*”, Estudios de Psicología, **13**, 52-62 (1983).
- Caballo, V.E.:”*Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*”, Promolibro (1987).
- Cazzullo, C.L.: “*Factores de riesgo en la esquizofrenia*”, Rev. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, **16:3** (1989).
- “*Costura, Labores y Adornos*”. Publicado por Jaimes Libros S.A.. Barcelona (no constan más datos).
- Creek J. “*Occupational Therapy and Mental Health. Principles, skills and practice*”. Churchill Livingstone (1.990).
- Defontaine J. “*Psychomotricité et Relaxation*”. Masson, París (1979).
- Dienes Z.P., Golding E. W. “*Los primeros pasos en matemática lógica y juegos lógicos*”. Teide (1.987)
- Erlenmeyer-Kimling L., Cornblatt B.A., Rock D., Roberts S., Bell M. y West A.:”*The New York high-risk project: Anhedonia, attentional deviance, and psychopathology*”, Schizophrenia Bull, **19**, 141-153 (1993).
- Falloon, I.R.H.; Boyd, J.L. y McGill, C.W.: “*Family care of schizophrenics*”. Nueva York: Guilford (1984).
- Fluri H. “*1.000 Ejercicios y juegos de tiempo libre*”. Hispano europea, Barna (1992)
- Frostig and Maslow. “*Educación del movimiento. Teoría y práctica*”. Ed. Médica Panamericana (1.984).
- Gaetner R. “*Terapia psicomotriz y psicosis*”. Paidós psiquiátrica, Barcelona (1.981).
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J. y Klein, P. “*Habilidades sociales en la adolescencia*”, Martínez Roca (1981).
- Gutiérrez M., Ezcurra J. y Pichot P. “*Esquizofrenia. Entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico.*”, Ed. en Neurociencias (1995).
- Hughes P., Mullins L. “*Manual de Terapia ocupacional en Psiquiatría*”. De. Limusa (1990).
- Imlah, W. “*Un programa para la asistencia comunitaria de la esquizofrenia en Birmingham.*” Actas luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines, **IV** (1980).
- Kothe S. “*Como utilizar los bloques lógicos de Z: P. Dienes*”. Teide, Barcelona (1978).
- Lapierre A., Acouturier B. “*Simbología del movimiento*”. Científico-Médica. Barcelona (1.977).
- Lazarus, A.A.:”*On assertive behavior: A brief note*”, Behavior Therapy, **4**,697-699, (1973).
- Leff, J. Family treatment of schizophrenia. En K. Granville-Gossman (comp.), “*Recent advances in clinical psychiatry*”. Londres: Churchill Livingstone (1985).

- Lieberman R.P. “*Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*”, M. Roca (1993).
- Lieberman R.P. “*Handbook of psychiatric rehabilitation*”, Academic Press, N.Y. (1992).
- Lieberman R.P., Mueser K.T., Wallace Ch.J., Jacobs H.E., Eckman T. y Massel H.K.: “*Training skills in the Psychiatrically disabled: Learning coping and competence*”. Schizophrenia Bulletin **12**, 4 (1986).
- Lieberman, R.P.: “*Treatment of Schizophrenia*”. Workshop impartido en el Congreso mundial de Terapia de conducta. Edimburgo. (1988).
- Lieberman, R.P., De Risi, W. J. y Mueser, K.T.: “*Social skills training for psychiatric patients*”, Pergamon, N.Y. (1989).
- Lieberman, R. P., “*Effective Psychiatric Rehabilitation*”. Jossey-Bass Publishers, S. Francisco. (1992).
- MacDonald E.M. “*Terapéutica ocupacional en rehabilitación*”. Salvat, Barcelona (1979).
- Martín Carrasco, M. y cols.: “*Desde el Hospital de Día hasta la hospitalización parcial*”. Rev. Anales de Psiquiatría, **6** (1990).
- Martínez Azumendi, O. y cols.: “*Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria. Evaluación de su existencia en un área determinada*”. Rev. de Psicopatología. **11** (1991).
- Martínez Azumendi, O. y cols.: “*Ingreso psiquiátrico. Análisis del tiempo de hospitalización y flujos entre CSM y hospital*”. Rev Psiquis. **13** ;2 (1992)
- Minkowski E., “*La esquizofrenia.*”, Paidós. (1989).
- Paul G L. y Lentz, R.J.: “*Psychological treatment of chronic mental patients: Milieu vs. social learning program.*”, Harvard University Press, Cambridge (1977).
- Rebolledo Moller S. y Lobato Rodriguez M.J.”*Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares y afectados*”. Colección Saúde mental.(1.995).
- Rebolledo S. “*El Programa de Rehabilitación en los Servicios De Salud Mental*”. Asociación galega de Saúde mental. (1993).
- Roder V., Brenner H. “*Terapia integrada de la Esquizofrenia*”. Ariel, (1.996).
- Rodríguez Reyes J. “*La terapia ocupacional y la laborterapia en las enfermedades mentales*”. Publicaciones del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. (1.972).
- Sanz F. J. “*Intervenciones psico-educacionales en esquizofrenia: una década optimista*”. Psiquiatría pública, **6**, 64-80 (1.994).
- Saraceno B., De Luca F., Montero F. “*Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación*”. Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría, **12**,3-8 (1.992).
- Vallejo Ruiloba, J.: “*Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*” (3ª Ed.), Masson, Barcelona, 1991.
- Vázquez C. y Ochoa E.: “*Vulnerabilidad a la esquizofrenia: aproximaciones longitudinales.*”, Rev. Psiquis, **7** (1986).
- Zubin, J. y Spring, B.: “*A new view of schizophrenia*”, Journal of Abnormal Psychology, **86**, 103-126. (1977).