

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
“Psicoeducación en hábitos saludables a pacientes esquizofrénicos”
Hospital de Día San Antonio de Padua
Autor: Hernan Cruz Viola
Leg. PSI03359
Tutor: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra
Rio Cuarto, noviembre 2019

Índice	
Resumen.....	3
Introducción	5
Presentación de la línea temática elegida.....	8
Síntesis de la institución.....	9
Historia y datos generales.....	9
Misión.....	13
Visión	14
Delimitación del problema/necesidad objeto de la intervención	15
Objetivos	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos.....	18
Justificación.....	19
Marco teórico	21
Capítulo 1: Contextualizaciones centrales sobre la población, necesidad y línea estratégica de intervención.	21
Capítulo 2: Características generales de la población sobre la que se aplicara el Plan de Intervención.	27
Capítulo 3: Constructos o temas centrales del Plan de Intervención.....	40
La psicoeducación como herramienta de cambio.....	46
Dispositivo utilizado para la intervención.....	47
Plan de acción	50
Actividades	50
Diagrama de Gantt.....	73
Recursos necesarios.....	74
Presupuesto del plan de intervención	75
Evaluación.....	77
Resultados esperados	78
Conclusión.....	81
Referencias.....	85
Anexos	91

Resumen

El presente Plan de Intervención corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. A partir de la necesidad detectada dentro de Hospital de Día, perteneciente al Hospital San Antonio de Padua, es que se ha dispuesto implementar un dispositivo taller que se ha dado a llamar “Psicoeducación en hábitos saludables a pacientes esquizofrénicos”. El mismo pretende fomentar conductas sanas de higiene personal y alimentación, concientizar acerca de los riesgos de accidentes en la vida cotidiana, y promover la práctica de actividades físico-recreativas al aire libre. Para ello se han diseñado diversas dinámicas que responden a objetivos concretos con la finalidad de implementar herramientas que sirvan a mejorar la calidad de vida de los pacientes tanto dentro como fuera de Hospital de Día.

El taller está conformado por seis encuentros, con frecuencia semanal, y está pactado para que en cada uno de los mismos se realicen dos actividades que abordan distintas temáticas según las necesidades de la población escogida.

Dentro de las más destacadas se pueden mencionar: el aprendizaje de conductas saludables, revisar niveles de autoestima, implementación de hábitos alimenticios sanos, aseo personal y otros cuidados básicos, entre otros.

Para llevar adelante lo planificado se utilizarán recursos que ya están disponibles en el área asignada a Hospital de Día, tales como: computadoras, sillas, mesas, proyector, pantalla gigante, etc. Si fuera necesario el área dispone de un presupuesto asignado el cual

servirá como soporte ante algún gasto extra que pudiera surgir, esto que se menciona esta ya contemplado en las políticas de funcionamiento del espacio.

Para finalizar, cabe destacar que, al concluir el taller, se realizara una evaluación de impacto con la intención de justipreciar los beneficios alcanzados, y sugerir las recomendaciones que se consideren pertinentes.

Palabras claves: hábitos saludables, psicoeducación, hospital de día, esquizofrenia, conductas de riesgo, dispositivo taller.

Introducción

La esquizofrenia se ha constituido a lo largo de la historia de la patología mental, en una de las más graves afecciones (sino es la más), que puede padecer un sujeto. En esta enfermedad donde se renuncia por completo a la identidad, se rompe el vínculo con la realidad, se aprecia una evidente disociación del psiquismo, y el sujeto se desconecta de la realidad, es imperioso implementar un tratamiento desde un abordaje integral, que al menos pueda minimizar los impactos adversos que produce el trastorno en todas las esferas de la personalidad de quien la padece.

La esquizofrenia está encuadrada por la nosografía psiquiátrica, como una psicosis crónica con evolución deficitaria, que altera de manera profunda la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro del género psicosis delirantes crónicas. “Es un trastorno psicótico mayor caracterizado por alteraciones del pensamiento, apatía, aislamiento social, deterioro cognitivo que produce daño en la actividad familiar, laboral y escolar, en el autocuidado, y en la vida independiente” (Ey, 1969).

Ante esto, resulta de carácter perentorio poder detectar a través de una valoración semiológica aquello que la psiquiatría ha dado a llamar como la “fase premórbida”, es decir aquellas señales que evidencian de manea precoz la existencia de un trastorno mental. En lo concerniente a la patología aquí expuesta, es consabido encontrarse con factores de riesgo tales como: historia familiar de psicosis, personalidad esquizoide, funcionamiento premórbido alterado, acontecimientos vitales negativos, etc.

En cuanto a la llamada “fase prodrómica”, es decir aquellos síntomas que preceden al desarrollo de la esquizofrenia, podemos hallar: disminución de la atención y la concentración, disminución de la energía, humor depresivo, trastornos del sueño, ansiedad, retraimiento social, irritabilidad, etc.

Es por lo antedicho que se trabajó en la intención de formular un plan de intervención que de alguna manera pudiese insertarse en los talleres que ya funcionan de manera periódica en el dispositivo Hospital de Día, perteneciente al área de salud mental del Hospital Regional “San Antonio de Padua”, ya que se considera ineludible abordar algunos puntos que han quedado sin ser adecuadamente tratados.

Lo que se plantea específicamente es la necesidad de convertir un dispositivo taller en un instrumento eficaz para responder a las necesidades y demandas concretas de la población esquizofrénica, ya que por lo general las personas con trastornos mentales graves tienden a la inactividad física, una alimentación de baja calidad nutricional, y hábitos tóxicos como el consumo de tabaco, drogas y alcohol, entre otras (Ayesa, Arriola, Martínez García, Mayoral van Son, Ruiz Teixido, Suarez Pinilla, 2014).

La estrategia utilizada para plasmar el presente plan de intervención es la psicoeducación definida por Campero y Ferraris (2015), como “una estrategia basada en la información ofrecida a las personas afectadas por alguna dolencia, con el objeto de mejorar su nivel de funcionamiento, la calidad de vida, y la adherencia al tratamiento”.

Con la implementación de este taller se pretende seguir fortaleciendo la integración (junto a los otros talleres que se llevan a cabo), de los pacientes que asisten al dispositivo Hospital de Día, en áreas transcendentales que se considera han dejado de estimularse, pero que son necesarias implementar, en la medida de lo posible de manera regular. También es insustituible lograr mejoras en la calidad de vida de los pacientes, que les permita lograr algún grado de autonomía, siempre y cuando esto no ponga en riesgo ni la propia vida ni la de terceros, de allí justamente la necesidad del involucramiento de las personas que están al cuidado de estos pacientes, y de la comunidad médica que los asiste.

Presentación de la línea temática elegida

Dentro de las opciones de trabajo final de grado que ofrece la Universidad Siglo 21, se ha optado por trabajar con lo que se ha dado a llamar “Plan de intervención”. Dicha estrategia, puede definirse tomando como referencia a Canvas (2019), “como un conjunto de acciones y procedimientos organizados que están destinados a alcanzar un objetivo específico”.

Basicamente siguiendo a Canvas (2019), “en un plan de intervención, se proponen vías de resolución fundamentadas y críticas sobre problemas o necesidades concretas, especificando los medios y recursos necesarios para su realización”.

Conforme a lo dicho, se ha elegido como institución objeto de la intervención al Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”.

En lo que respecta a la línea temática estratégica escogida, se ha elegido a la denominada “Vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad”.

Según a Canvas (2019):

La vulnerabilidad puede definirse como una capacidad disminuida de una persona o colectivo para anticiparse, hacer frente y resistir ante los efectos o consecuencias de un peligro natural causado por la actividad específicamente humana y/o para recuperarse de las consecuencias del mismo.

Síntesis de la institución

Historia y datos generales

El Hospital Regional de Río Cuarto fue creado en el año 1948, bajo la presidencia del primer gobierno de Perón, como parte de un programa de creación a nivel nacional de instituciones de salud pública (Canvas, 2019).

En sus comienzos, el primer edificio estaba ubicado en el barrio Las Ferias, al sur de la ciudad de Río Cuarto, y brindaba prestaciones de baja y mediana complejidad. Las especialidades que ofrecía a la población en ese momento eran: clínica médica, cirugía, pediatría, y tocoginecología, con el paso del tiempo, y la incorporación de profesionales especializados, fue habilitado el servicio de salud mental en el año 1969 más precisamente (Canvas, 2019).

Ante la demanda cada vez mayor de pacientes, y las necesidades de innovación tecnológica, y la imperante necesidad de incorporar nuevas especialidades y mayor cantidad de profesionales, “en el año 2004 el hospital fue trasladado, a lo que sería su nuevo edificio situado al oeste de la ciudad de Río Cuarto, en la calle Guardias Nacionales 1027” (Canvas, 2019).

Actualmente el servicio brinda prestaciones de alta complejidad, en un edificio de aproximadamente 20.000 mts² cubiertos, en los que hay disponibles 200 camas. La principal población que asiste al hospital, lo constituyen sectores de bajos recursos económicos, que no cuentan con obra social. Su área de cobertura incluye los departamentos Río Cuarto, General Roca, Presidente Roque Sáenz Peña, y Juárez Celman, con una

población total estimada de 500.000 habitantes en su totalidad (González, 2015).

En lo que respecta al área de salud mental (con la que específicamente se va a trabajar), es oportuno poner de manifiesto que según Canvas (2019):

Fue inaugurada en mayo de 1970, y su primer jefe de servicio fue el Dr. Lucero Kelly. Con la transferencia de los hospitales nacionales a la provincia en la década del 70', el servicio psiquiátrico nacional, pasa al Viejo Hospital San Antonio de Padua.

En el año 1978 salud mental, comenzó a ser un servicio del Hospital San Antonio de Padua, aunque en ese momento se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas (Canvas, 2019).

En el año 1993 se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Rio Cuarto, momento en el que hubo un cambio en la denominación del Servicio de Salud Mental, que paso a denominarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur, que tuvo como principal innovación, las nuevas políticas de transformación de la salud mental, con un nuevo enfoque que dio en llamarse “democratización de la salud mental (Canvas, 2019).

En 1997 se comenzó a trabajar bajo la denominación Servicio de Salud Mental del Hospital Central de Rio Cuarto (Canvas, 2019).

Ya en el año 2011 se puso en movimiento la creación de dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención Comunitaria, y se planteó una distribución interna de estas

actividades. Desde la jefatura de Departamento y la Dirección del hospital, se apoyó la iniciativa, otorgando por resolución interna la posibilidad de disponer de un pabellón para el funcionamiento de Hospital de Día (Canvas, 2019).

No fue hasta el año 2014, cuando se ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental, con funcionamiento en la vieja sede, al edificio central, ubicado en Guardias Nacionales 1027.

Una de las causas que motivó este proceso de traslado de acuerdo a Canvas (2019) “fue el de adecuar el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental provincial N° 9848 como nacional N° 26657”.

Como se puede apreciar en Canvas (2019),

Las actividades que se llevan a cabo en el área, contemplan la atención ambulatoria con sus respectivos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, atención en internación con internaciones voluntarias e involuntarias con abordaje interdisciplinario, guardias las 24 hs para urgencias y emergencias, interconsultas con otros servicios, dispositivo de Hospital de Día, y sección de Intervención Comunitaria.

Por otra parte, en lo que respecta al organigrama, el Servicio de Salud Mental, según Canvas (2019):

Depende del Departamento de Medicina Interna, que a su vez está formada por otras especialidades, tales como clínica médica, terapia intensiva para adultos, nefrología y hemodiálisis, etc. El equipo de trabajo del área está

compuesto por 15 personas: 9 pertenecen al personal de planta, 5 son contratados y 1 corresponde a locación de servicio. Los profesionales que desarrollan su actividad, pertenecen a diferentes disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. Entre ellos 8 son médicos psiquiatras, 2 son psicopedagogos, y 5 son psicólogas. La jornada laboral de los profesionales es de 35 horas semanales, distribuidas de diferente manera.

Misión

En lo referente al propósito que persigue la institución, se puede decir que el mismo es el siguiente:

Atender la salud de la población perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los departamentos antes mencionados. Las acciones más importantes son de prevención, asistencia, y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (mediana y alta complejidad). En menor medida se realizan acción de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (Canvas, 2019).

Visión

Prosiguiendo con el material analizado en Canvas (2019),

En consonancia con las organizaciones internacionales (OMS y OPS), se trabaja con el objetivo de evitar las enfermedades, siempre haciendo foco en mejorar la calidad de vida de la población. Así mismo una vez presentada una enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de esta mediante una rehabilitación general no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales.

Delimitación del problema/necesidad objeto de la intervención

Según la información extraída de Canvas (2019), es importante destacar que:

El abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge y es indudable que todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación.

Por lo tanto se ha optado por trabajar dentro del dispositivo Hospital de Día, el cual conforme a Canvas (2019),

Opera de manera interdisciplinaria con los pacientes que asisten al lugar, a los fines de lograr un estado de restitución psicológica, social, y familiar. El objetivo de esta herramienta es la no cronificación de los sujetos en una institución de salud mental, acorde al espíritu de la actual ley de salud mental.

En este contexto, en base al conocimiento que se tiene del lugar, a la lectura de Canvas, y como consecuencia de ello, a la necesidad identificada de reactivar algunos talleres que se han discontinuado en Hospital de Día, es que se propone diseñar un taller denominado de “Hábitos saludables y cuidados del cuerpo” para sujetos con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentren estabilizados, y que concurren periódicamente al dispositivo Hospital de Día. Si bien es sustancial mencionar que en algún momento se

aplicó un diseño similar al aquí planteado llamado “Taller de autocuidado”, el mismo se realizaba quincenalmente, y actualmente y desde hace ya varios años, ha dejado de funcionar por motivos desconocidos.

El móvil de esta iniciativa está fundamentado en la necesidad de poner a disposición de los usuarios de Hospital de Día, el conocimiento de hábitos saludables, a raíz del deterioro en la higiene personal y del cuidado del cuerpo, en pacientes con el diagnóstico de esta enfermedad. Por ejemplo: alimentación equilibrada, actividad física, autonomía, y riesgo de accidentes relacionados sobre todo a los síntomas negativos de la esquizofrenia, etc.

Tomando contacto con los conceptos de enfermedad mental, diagnóstico, y tratamiento y en uno de sus principales campos de afectación que es la conciencia del sujeto, Marietan (2011), dice respecto del primero: “en la búsqueda de la explicación de las enfermedades mentales, el concepto estaría originado como resultado de conflictos psíquicos, como trastorno de la comunicación familiar, como trastorno en el procesamiento de la información entre otras” (p.38).

En relación a la afectación del campo de la conciencia que se observa en los pacientes psicóticos crónicos, el mismo autor expresa que:

Se pierde por momentos la capacidad de aprehensión por alteraciones fisiopatológicas y psicopatológicas. Esto se aprecia a menudo en los esquizofrénicos, en los maníacos, y en los melancólicos. El común denominador de todos los trastornos de la conciencia es la disminución o pérdida de las capacidades de vigilancia, reflexión, e inhibición. En la esquizofrenia, aun cuando exista conciencia clara, esta perturbada la

posibilidad del enfermo de percatarse de lo que ocurre en sí mismo y en el medio, y reaccionar en forma adecuada ante lo que acontece (p.175).

En base a la patología mental de mayor gravedad que puede observarse en los pacientes que concurren a Hospital de Día (psicosis esquizofrénica), es valioso traer a colación la opinión del médico psiquiatra Lacan (1975) cuando textualmente expresa que:

La psicosis, tomada en el sentido más general, adquiere por contraste todo su alcance, que consiste en escapar de todo paralelismo y revelar que en ausencia de todo déficit detectable por las pruebas de capacidades y en ausencia de toda lesión orgánica solamente probable, existen trastornos mentales que relacionados, según las doctrinas, con la afectividad, con el juicio, con la conducta, son todos ellos trastornos específicos de la síntesis psíquica (p.115).

Del mismo modo tomando como referencia a uno de los principales profesionales de la medicina psiquiátrica moderna, Ey (1969), el mismo manifiesta que,

Entre el conjunto de la enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durables de la personalidad, el grupo de las esquizofrenias engloba efectivamente la mayor parte de los casos de alienación mental caracterizada por un proceso de disgregación mental, que ha sido llamado alternativamente “demencia precoz”, “discordancia o ataxia intrapsíquica” o “disociación de la personalidad (p.507).

Objetivos

Objetivo general

- Psicoeducar en hábitos saludables a pacientes esquizofrénicos a través de un dispositivo taller.

Objetivos específicos

- Fomentar conductas sanas de higiene personal y alimentación.
- Concientizar acerca del riesgo de accidentes en la vida cotidiana.
- Promover la práctica de actividades físico-recreativas al aire libre.

Justificación

Conforme a Canvas (2019), el Dispositivo Hospital de Día tiene como objeto de su intervención brindar un espacio terapéutico para aquellos pacientes que según valoración médica no necesitan estar internados en el hospital. Es por ello que se han puesto en funcionamiento diferentes talleres que trabajan de manera interdisciplinaria, con el fin de lograr la rehabilitación de la persona (psicológica, social, familiar, etc.), para que esta pueda integrarse al medio social en el cual se encuentra inserta.

Se puede advertir que dentro del amplio repertorio de labores y actividades curativas que ofrece el dispositivo, hay una que desde hace mucho tiempo ha sido interrumpida privando a los pacientes de un espacio de aprendizaje sobre los cuidados corporales y hábitos saludables, y que se considera fundamental tener en cuenta en la patología psiquiátrica grave ya que muchas veces se puede observar el descuido y abandono al que están expuestos estos sujetos producto del profundo deterioro global que genera este trastorno (Canvas, 2019).

Dentro de las enfermedades mentales graves, la esquizofrenia según la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2013), se caracteriza por:

El comportamiento gravemente desorganizado (Criterio A4) puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de

comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. (P. 282).

Tomando como punto de partida lo arriba mencionado, lo que interesa resaltar es la necesidad de poner a disposición un plan de intervención compuesto de actividades varias, que fomenten conductas de higiene personal y alimentación, concientice acerca de los riesgos de accidentes a los que esta población está expuesta, y promocióne la realización de actividades físicas al aire libre.

Lo que se intenta cubrir con esta propuesta, es el déficit que presenta la atención sanitaria, muchas veces centrado en el aspecto mental de la patología, dejando excluidos los cuidados físicos que estos pacientes necesitan.

Marco teórico

Capítulo 1: Contextualizaciones centrales sobre la población, necesidad y línea estratégica de intervención.

La psicosis: un trastorno mental caracterizado por una desconexión de la realidad.

A lo largo de la historia de la psicopatología, es decir del estudio de las enfermedades mentales, numerosas corrientes teóricas han intentado dar cuenta de la génesis de este proceso patológico. Explicaciones ligadas a la clínica, ligadas a la psiquiatría dinámica, ligadas al funcionamiento cerebral, entre otras, han intentado aprisionar en explicaciones unánimes este fenómeno sumamente complejo. Obviamente que no han logrado sus pretensiones. Esto ocurre esencialmente por lo intrincado del fenómeno de la patología mental, y por eso se considera actualmente, que las diversas explicaciones que intentan dar cuenta del fenómeno no deberían ser contrapuestas sino más bien complementarias.

La esquizofrenia, clasificada según el consenso general, como un subtipo de psicosis, también ha intentado ser explicada con los mismos parámetros mencionados. De este modo algunos autores describen la etiología de este trastorno mental, como el resultado de una madre asfixiante y que no da lugar al deseo del hijo (Freud), como la ausencia de reverie maternal (Bion), como ausencia de la función paterna (Lacan), como un déficit en el modelo comunicacional en donde se reproducen mensajes dobles (Bateson), etc. Tampoco se pretende dejar de lado aquellas teorías que dan respuesta a

esta enfermedad desde un modelo organicista considerando a la misma como un déficit en el desarrollo cerebral o como resultado de alguna lesión o afección cerebral.

Se puede decir que el concepto de psicosis (al menos las que no tienen origen orgánico), reúne (al menos en sus fenómenos elementales) el consenso de la comunidad médica, pero aun así son muchas y variadas las definiciones que se ofrecen al respecto. Por ejemplo, tomando la definición del Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996), este dice que:

En la clínica psiquiátrica, el concepto de psicosis se toma casi siempre en una extensión extremadamente amplia, comprendiendo toda una serie de enfermedades mentales, tanto si son manifiestamente organogénicas (como la parálisis cerebral progresiva) como si su causa última es problemática (p.321).

Es Freud quien en su artículo “La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis” (1924), quien viene a aclarar un poco más aun el concepto desde la misma concepción psicoanalítica antes enunciada, cuando traza una distinción entre lo que llama neurosis y su diferencia de la psicosis. “La pérdida de la realidad estaría dada de antemano en la psicosis, en cambio se creería que la neurosis la evita” (p. 193).

En el mismo artículo el autor indica: “a la psicosis se le plantea la tarea de procurarse percepciones tales que correspondan a la realidad nueva, lo que se logra de la manera más radical por la vía de la alucinación (p. 195).

Las psicosis, son enfermedades mentales que desorganizan la estructura y las funciones básicas del sujeto. Afecta a todas las áreas del desarrollo de la persona produciendo en el paciente una dificultad manifiesta para desenvolverse en su quehacer cotidiano.

En su artículo “Neurosis y Psicosis” (1924), Freud intenta proseguir aclarando la cuestión sobre la etiología de la psicosis, tomando como modelo el fenómeno de la neurosis, allí dice:

En conexión con una ilación de pensamiento inspirada desde otro lado, y cuyo asunto era la génesis y prevención de la psicosis, me acudió una formula simple sobre lo que quizás es la diferencia genética más importante entre neurosis y psicosis: la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior (p. 155).

Y continúa ampliando,

Por otro lado, igualmente fácil nos resulta tomar, de nuestra previa intelección del mecanismo de las psicosis, ejemplos referidos a la perturbación del nexo entre el yo y el mundo exterior: En la amentia de Meynert (la confusión alucinatoria aguda, acaso la forma más extrema e impresionante de psicosis), el mundo exterior no es percibido de ningún modo, o bien su percepción carece de toda eficacia (p. 156).

Sobre el desenlace del desencadenamiento psicótico el padre del psicoanálisis culmina con la siguiente expresión:

El yo se crea soberanamente, un nuevo mundo exterior e interior, y hay dos hechos indudables: que este nuevo mundo se edifica en el sentido de las mociones de deseo del ello, y que el motivo de esta ruptura con el mundo exterior fue una grave frustración (denegación) de un deseo por parte de la realidad, una frustración que pareció insoportable (pp. 156-157).

En Psicosis (2001) recopilación bibliográfica realizada en la Facultad de Psicología de la UBA-, cuyo autor no se menciona, se expresa que:

En la psicosis, las funciones del Yo están dañadas, especialmente la pérdida de relaciones objetales, las defensas son más regresivas y toman menos en cuenta la realidad, hay una gran distorsión o desorganización de la personalidad; su funcionamiento social suele estar muy alterado. También se halla presente una alteración de la capacidad para discriminar entre las experiencias subjetivas y la realidad. De la misma forma, el modo de vida psicopatológico es aceptado por el paciente, la transformación por él experimentada se convierte en su modo de relacionarse. No reconoce que está enfermo y por lo tanto no desea que le cambien su estado subjetivo, puesto que es egosintónico. El delira o alucina y actúa en consecuencia con su delirio (p. 43).

En base a lo que se viene manifestando se cree oportuno traer a colación lo que enuncia Ey (1969) en relación con la semiología de la alienación de la persona (El yo psicótico o delirante):

La alienación del yo consiste en una inversión de las relaciones de realidad del yo con su mundo. Dicho de otra manera, esta alienación es el delirio. No el delirio de la experiencia delirante, delirio vivido sobre el registro de la actividad percibida, sino el delirio de la creencia delirante, de la idea delirante (p. 125).

Y continua,

La alienación de la persona, lo que los psicoanalistas denominan el yo psicótico, se manifiesta clínicamente por síntomas (convicciones y juicios dogmáticos, formulaciones ideoverbales, comportamientos y actitudes gobernadas por creencias irreductibles, que constituyen para el sujeto una especie de verdad y del ideal que no están de acuerdo con la realidad ni se adaptan a la coexistencia con los demás); síntomas que manifiestan el trabajo de germinación y de construcción de la ideas delirantes. Unas veces estas forman un sistema, otras forman una concepción fantástica y hay, finalmente otras que forman un laberinto impenetrable (p. 125).

Ya desde un enfoque que se podría denominar Psicoanalítico- Lacaniano de la psicosis, Millas (2015) dice que,

La psicosis es aquella estructura clínica en la que el sujeto hace la experiencia de confrontarse con un “No Hay” absoluto. Con aquello que denominamos “forclusion” del Nombre del Padre. Justamente por esta ausencia, por esta confrontación traumática con el vacío forclusivo, las psicosis constituyen una vía primordial para pensar la intervención. El encuentro con el traumatismo significativo, con un enigma de goce, conlleva al esfuerzo de una respuesta subjetiva. Allí donde no se cuenta con el auxilio de los discursos establecidos, el psicótico debe inventar aquello que venga a suplir esa función (p. 193).

En el mismo sentido y para explicar lo que da origen a la psicosis según el enfoque Lacaniano (la ausencia del significante del nombre del padre), el citado autor expresa:

El nombre del padre es un operador del sentido, es el agente de una metáfora que asegura el orden, los lugares, y sus permutaciones posibles. Se encuentra ligado a la creencia, ya mencionada, de que el goce tiene un sentido y que se descifra (p. 185).

Queda así establecido que, desde esta corriente psicoanalítica, la no presencia del significante del Nombre del Padre abre las puertas al desencadenamiento psicótico.

Capítulo 2: Características generales de la población sobre la que se aplicara el Plan de Intervención.

La mente dividida en la esquizofrenia: la tendencia a la inhibición y el aislamiento

Para comenzar a precisar un poco mejor el concepto de esquizofrenia, se podría aseverar que la psicosis esquizofrénica se caracteriza por una serie de síntomas compuestos en su estructura fundamental, por una desestructuración de los procesos asociativos, regresión autística, y una notable ambivalencia afectiva (Ey, 1969).

En la misma línea, el mismo autor expresa que:

Los enfermos que actualmente quedan clasificados dentro de este grupo son “alienados” que han sorprendido ante todo por su rareza, por sus extravagancias, y por la progresiva evolución de sus trastornos hacia un estado de embotamiento, de entorpecimiento, y de incoherencia (p, 531).

En lo que respecta a la frecuencia, edad y sexo Ey (1969), indica,

La esquizofrenia es la más frecuente de las psicosis crónicas: el grado de morbilidad entre la población general es elevado, puesto que según, las estadísticas comprenden entre el 0,36 y el 0,85%. Es una enfermedad del adolescente y del adulto joven. Rara antes de los 15 años, la enfermedad se presenta también raramente después de 45-50 años. Entre los 15 y los 35 años es cuando la morbilidad es más elevada (75% de los casos para Kraepelin, 60% en la

estadística de Bleuler). La enfermedad está repartida por igual entre los dos sexos (p. 535).

El Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996), se encuentra una explicación sobre el origen del término esquizofrenia:

Fue un término creado por E. Bleuler (1911) para designar un grupo de psicosis, cuya unidad ya había señalado Kraepelin clasificándolas bajo el epígrafe de “demencia precoz” y distinguiendo en ellas las tres formas, que se han vuelto clásicas, hebe-frenica, catatónica y paranoide.

Clínicamente, la esquizofrenia aparece diversificada en formas aparentemente muy distintas entre sí, en las que habitualmente se destacan los siguientes caracteres: incoherencia del pensamiento, de la acción, y de la afectividad (que se designa con las palabras clásicas “discordancia, disociación, disgregación”), la separación de la realidad con replegamiento sobre sí mismo y predominio de una vida interior entregada a las producciones de la fantasía (autismo), actividad delirante más o menos acentuada, siempre mal sistematizada; por último, el carácter crónico de la enfermedad, que evoluciona con ritmos muy diversos hacia un “deterioro” intelectual y afectivo, conduciendo a menudo a estados de aspecto demencial, constituye, para la mayoría de los psiquiatras, un rasgo fundamental, sin el cual no puede efectuarse el diagnóstico de esquizofrenia (p. 128).

Como se viene reflejando en los conceptos plasmados, el sujeto en la esquizofrenia funciona escindido de la realidad, es decir no toma ningún argumento lógico, vive en su propio mundo, y su mente se encuentra dividida.

Según Freud (1924), citado en Andereggen y Seligmann (1999):

En la esquizofrenia, la libido reprimida se desentiende de los objetos, o simplemente se retrae al Yo narcisista, con la típica apatía y repulsa del mundo exterior. A su vez, el estudio de la esquizofrenia nos había impuesto la hipótesis de que después del proceso represivo, no busca la libido sustraída ningún objeto, sino que se retrae al Yo, quedando así suprimida la carga de objeto y reconstituido un primitivo estado narcisista, carente de objeto. La incapacidad de transferencia de estos pacientes, dentro de la esfera de acción del proceso patológico, su consiguiente inaccesibilidad terapéutica, su singular repulsa del mundo exterior, la aparición de indicios de una sobrecarga del propio yo y, como final, la más completa apatía; todos estos caracteres clínicos parecen corresponder, a maravilla, a nuestra hipótesis de la cesación de la carga de objeto (p. 200).

Llegado a este punto del desarrollo y para continuar ahondando en los problemas psicopatológicos de esta afección, cabe preguntarse por el trastorno fundamental que representa más acabadamente a esta enfermedad psíquica. En este sentido se puede decir que según Henri Ey (1969):

El trastorno fundamental es la “inafectividad”, decía Kraepelin; el trastorno de las asociaciones decía Bleuler; la hipotonía de la conciencia, ha dicho Berze; la pérdida del contacto vital con la realidad ha afirmado Minkowsky, etcétera. Algunos autores (sobre todo la escuela de Heidelberg) han descrito constelaciones de síntomas específicos (Kurt Schenider, Mayrt-Gross, Carl Schenider) tales como el “delirio primario” que equivale poco más o menos al “síndrome de automatismo mental”, que G. de Clerambault había descrito como el “síndrome nuclear de las psicosis alucinatorias crónicas” (pp. 532-533).

Como ya se hizo referencia al comienzo de este trabajo, son variados y heterogéneos los paradigmas que intentan dar cuenta de la patogenia del proceso esquizofrénico. Teorías vinculadas a la organogénesis, de tipo mecanicista, ligadas a lesiones cerebrales, de origen psicológico, aquellas relacionadas a condicionamientos patógenos, etc (Ey, 1969).

Desde un enfoque neuropsicológico según se cita en el artículo “Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia” de Lozano, Lydia, Acosta (2009) “el déficit de atención era la atención neuropsicológica más común entre los pacientes esquizofrénicos” (p. 88).

Los mismos autores también revelan que desde este enfoque, “el perfil neuropsicológico típico consta de déficits en abstracción y funciones ejecutivas, memoria, procesamiento psicomotor, atención y velocidad perceptual motora (p. 88).

Y continúan ampliando sobre el tema, en lo referente a los aspectos clínicos, de la siguiente manera,

La mayoría de los síntomas cognitivos cardinales asociados a la esquizofrenia muestran un fuerte parecido con los trastornos del pensamiento, funciones de atención, así como las faltas de iniciativa, planificación y formulación de metas que caracterizan a los pacientes con daño estructural prefrontal (p. 90).

De acuerdo con Schmolling, citado en Lozano et al. (2009), y desde un mismo enfoque cognitivo, “El pensamiento esquizofrénico exhibe frecuentemente un fuerte foco de atención en las cosas irrelevantes y un débil foco en las relevantes y en las abstracciones, con producciones verbales que tienden a ser autísticas, idiosincráticas, tangenciales, y bizarras” (p. 90).

Continuando con los autores referidos arriba, estos describen que:

En los pacientes esquizofrénicos se ha observado una anormal activación prefrontal, como subyacente al déficit de atención. La presencia y la gravedad de los trastornos de atención se asocian también con la presencia de síntomas positivos, además de ser predictores de mala respuesta al tratamiento y pobre adherencia (pp. 90-91).

En cuanto a la memoria según Lozano et al. (2009), analizan que “en la esquizofrenia los trastornos de la memoria funcional verbal son frecuentes y a menudo

graves. El déficit de memoria configura un “síndrome amnésico” y un “deterioro selectivo”, relativamente más severo que en otros cuadros neuropsicológicos” (p. 91).

Otro aspecto que no debe dejarse pasar por alto desde este enfoque, y según los mismos autores que han sido mencionados, es la afectación en la denominada “cognición social”. Puede entenderse a esta como:

Las operaciones mentales subyacentes a la interacción social, que incluyen la capacidad humana para percibir las intenciones y disposiciones de los otros. La incapacidad para percibir, procesar y organizar la información social de forma precisa afecta de forma adversa al funcionamiento social del individuo (p. 92).

Ampliando un poco más respecto del citado concepto, los autores determinan que: “en el paciente esquizofrénico hay un compromiso grave de la teoría de la mente, que le dificulta sus relaciones interpersonales a nivel personal y laboral, dificultando y comprometiendo su capacidad para establecer relaciones afectivas y lograr empatía con los demás” (p. 93).

Para concluir con los aportes hechos desde este enfoque neurocognitivo, en el trabajo de Lozano et al. (2009), parece importante señalar el término de “disimetría cognoscitiva” propuesto por Andreasen. El mismo es explicado de la siguiente manera:

La presencia de una relación falsa entre la realidad objetiva y la realidad percibida, correspondiente a un intento equivocado del cerebelo para corregir errores de

percepción, pensamiento, o conducta y que sería el déficit fundamental de la esquizofrenia. Al presentar defectos en el procesamiento de la información, se pueden experimentar alucinaciones, delirios y otra serie de síntomas negativos observados en los pacientes esquizofrénicos (p. 93).

A modo de conclusión y recapitulando en relación con cuáles son los procesos afectados en esta enfermedad mental, es válido referir que el sistema cognitivo no es el único que se observa gravemente distorsionado, sino que “las funciones también más afectadas son la atención, la memoria, las habilidades visuoespaciales, la motricidad fina, el aprendizaje y las funciones ejecutivas” (Lozano et al. 2009, p. 94).

Retomando los aportes psicoanalíticos de Freud (para apreciar su impacto en las diferentes funciones del sujeto), como se cita en Millas (2015):

Se refiere a los trastornos del lenguaje en la esquizofrenia, señalando la peculiar desorganización sintáctica de las frases, así como una tendencia a la dispersión asociativa y al amaneramiento lingüístico. Señala que esta falla afecta la capacidad simbólica y las palabras son tomadas en su sentido literal y concreto. Afirma entonces que el esquizofrénico trata las palabras como cosas (pp. 94-95).

En cuanto a la implicancia del fenómeno esquizofrénico con el cuerpo del sujeto (aspecto que interesa especialmente por el objetivo que persigue esta estrategia de intervención),

Millas (2015), a partir de su experiencia clínica expresa que, “la esquizofrenia nos enseña de un modo descarnado como la falla en la incorporación de lo simbólico tiene como correlato un profundo trastorno en la relación con el cuerpo propio” (p. 103).

Y sigue Millas ampliando el tema en relación al sujeto esquizofrénico en su relación con el lenguaje:

Los seres hablantes al estar atravesados por el lenguaje nos separamos de lo real por lo simbólico. El sujeto esquizofrénico no está en ningún discurso, en ningún lazo social, no se defiende de lo real por lo simbólico, es la respuesta de Lacan a la pregunta de los estudiantes de filosofía donde les responde irónicamente que en el esquizofrénico encontrarán las bases del lazo social. El sujeto esquizofrénico no cuenta con el operador del Nombre del Padre, para él no hay Otro, no cree en el Otro, el Otro está forcluido, no puede hacer lazo social, no posee registro simbólico para tratar lo real, la posibilidad de sustitución, de metaforizar no son recursos con los que cuenta en su estructura (pp. 117-118).

Sin entrar en demasiados detalles sobre el impacto en las alteraciones metabólicas que se producen en estos pacientes, es importante decir que según Simonelli Muñoz (2008) “los pacientes esquizofrénicos suelen tener una serie de alteraciones metabólicas que parecen relacionadas con el tratamiento farmacológico que tienen prescrito (antipsicóticos). Este tipo de alteraciones son la obesidad, la ganancia de peso, la diabetes, y la hipercolesterolemia” (p. 49).

Actualmente según los datos que se conocen, entre un 40 – 60% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia padecen de exceso de peso. Esta situación preocupa de sobremanera ya que el impacto negativo en la calidad de vida de estos sujetos, sumada a las múltiples alteraciones que en otros planos también tienen, afectan de manera negativa en su calidad de vida (Simonelli Muñoz, 2008).

Según Cervera, et al. (2004), como se cita en Simonelli Muñoz (2008),

Una alimentación saludable, es aquella que hace posible que el individuo, tanto si es adulto como si esta en época de crecimiento o se halla en alguna situación fisiológica especial, mantenga un óptimo estado de salud, a la vez que le permite el ejercicio de las distintas actividades que conlleva cada tipo de actividad (p. 50).

Tomando como referencia al mismo autor en relación con las necesidades de los sujetos esquizofrénicos de mantener una buena salud general, como se cita en Nasrallah y Newcomer (2004), “siempre se debe tener en cuenta dos direcciones, por un lado, los propios enfermos y por otra sus familiares. Educación nutricional y ejercicio regular son dos aspectos fundamentales en esta en esta enfermedad”

Una de las características de este cuadro psicótico grave que se viene describiendo a lo largo del presente trabajo, es el rápido y progresivo deterioro global que se produce en el paciente, en una fase avanzada del mismo se puede llegar incluso a un grado de invalidez extremo.

Según estudios realizados, la esperanza de vida en los pacientes esquizofrénicos es un 20% menor que en pacientes sanos. También suele ocurrir que el cuadro psicopatológico esté en comorbilidad con otras enfermedades (cardiológicas, por ejemplo) dando como resultado una combinación altamente peligrosa (Duran de los Arcos, García de Eulate Martin Moro y Ruesga Calderón, 2008).

El mayor riesgo que las personas con esquizofrenia tienen de padecer estas patologías comorbidas, tiene que ver con diferentes factores: la enfermedad misma, la toma de fármacos antipsicóticos y los estilos de vida poco saludables y asociados a patología cardiovascular como una dieta desordenada, sedentarismo y una muy elevada tasa de tabaquismo (Duran de los Arcos et al. 2008, p. 2).

Según Aronne (2001), como se cita en Gaitero (2007),

La mejor aproximación, por lo tanto, para el control del peso es la combinación de la dieta, el ejercicio regular, y la modificación conductual de los hábitos de comer. En personas con esquizofrenia, las intervenciones dirigidas al cambio en el estilo de vida tienen que ser adaptadas a este tipo de población en concreto, ya que muchas de estas personas tienen déficits cognitivos y de las habilidades sociales (p. 641).

Pasando al plano de lo que se considera conductas de riesgo para sí y para terceros en este cuadro psicótico crónico, parece oportuno distinguir lo que expresa Ey (1969),

cuando resalta la necesidad de identificar determinados comportamientos que adoptan los sujetos esquizofrénicos:

Entre estos actos es preciso individualizar ciertas impulsiones: impulsiones al asesinato, cometidos ya en un raptus imprevisible, ya en una atmosfera delirante oscura o indiscernible (crímenes inmotivados). Aquí asistimos al paso a la acción de las tendencias instintivas, que como hemos visto poco antes, la esquizofrenia pone al descubierto en su forma más primitiva. Las crisis clásicas del esquizofrénico, así como los actos regresivos de que hemos hablado, como las automutilaciones o los extraños suicidios, traducen la búsqueda de las satisfacciones instintivas más arcaicas, en las cuales el placer está ligado a la destrucción del objeto (estadios oral y anal del desarrollo) (p. 566).

Desde un enfoque clínico y en cuanto a las distintas modalidades en que la esquizofrenia puede presentarse, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (1995), enumera las siguientes:

1. Tipo paranoide: consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinatorias auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas característicos de los tipos desorganizados y catatónico (p. Ej., lenguaje desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, comportamiento catatónico o desorganizado) no son muy acusados (p. 292).

2. Tipo desorganizado: las características principales son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental (p. Ej., falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p. Ej., ducharse, vestirse o preparar la comida) (p. 293).

3. Tipo catatónico: la característica principal es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den. Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas (p. 294).

4. Tipo indiferenciado: la característica esencial es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A (preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes) de la esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico (p. 295).

5. Tipo residual: el tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p. Ej., ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados). Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (p. Ej., afectividad aplanada, pobreza del lenguaje, o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. Ej., comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras). Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas (p. 296).

Para concluir, es pertinente recalcar la importancia de que estos sujetos puedan adquirir hábitos de vida saludables que les permitan llevar adelante de la mejor manera posible una vida digna. Para lograr esto es central hacer foco en la prevención, y cuando esto ya no sea posible debido al avance de la enfermedad, ofrecer alternativas que ayuden a paliar las consecuencias que esta patología psiquiátrica (Tejedor Sodeto, 2015).

De todo lo dicho se desprende la necesidad de implementar al Dispositivo Hospital de Día, un taller que ofrezca a los pacientes la posibilidad de adquirir hábitos saludables a través de la psicoeducación como herramienta.

Capítulo 3: Constructos o temas centrales del Plan de Intervención.

La necesidad de implementar hábitos saludables para recuperar las funciones dañadas.

¿Tienen mayor riesgo de padecer enfermedades físicas las personas con un trastorno mental grave?

La respuesta es que en general sí, puesto que suelen ser sedentarias y realizan pocas actividades físicas, no siempre consumen alimentos sanos, los medicamentos pueden favorecer que aumenten de peso, suelen fumar mucho y el tabaco aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades respiratorias y del corazón. Por otra parte, los médicos suelen estar más pendientes de tratar la enfermedad mental, y pueden prestar menos atención a las enfermedades físicas (Ayesa Arriola, Martínez García, Mayoral van Son, Rius Teixido, Suarez Pinilla, 2014, p. 16).

En este contexto es atinado traer a colación el concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud (2013), quien define a la misma como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Esta definición tiene implícita la importancia de promover y estimular el desarrollo de aquellas áreas sanas del sujeto que se encuentra afectado por alguna

patología, en este caso mental, con el objeto de que el sujeto alcance el mejor nivel de vida que le sea posible.

Según Ramírez Hoffmann (2002),

Existe un consenso universal que implica lo relacionado con nutrición adecuada, prácticas de ejercicio físico traducido en acondicionamiento físico, liberación de estrés, eliminación de hábitos nocivos (tabaquismo, sedentarismo, malnutrición, agresividad, ingesta excesiva de alcohol y/o de sustancias psicoactivas), una buena higiene personal, salud sexual, las horas de sueño, todo esto encaminado a adoptar un estilo de vida acorde con la modernidad que le permita a la persona vivir con calidad (p. 3).

En conformidad con lo expuesto,

Se explica la conducta saludable como una función del vínculo entre la amenaza percibida de la enfermedad y los beneficios esperados con la conducta recomendada, las barreras percibidas y las acciones o estrategias desplegadas para activar la disposición a actuar (Martin Alfonso, 2003, p. 277).

Insistiendo con la importancia de realzar el concepto de salud, el mismo autor expresa que:

Las investigaciones realizadas hasta la fecha permiten afirmar que variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitándolo y afectando a través de esta vía la salud. Existen numerosas evidencias que demuestran como las situaciones estresantes influyen en el sistema nervioso y pueden llevar a una supresión de la función inmune (p. 277).

Se destacan también otras cuestiones relacionada con las conductas, “tales como hábitos alimentarios inadecuados, cuidado e higiene dental o la preocupación por la apariencia física, tienen un sentido psicológico determinado para el individuo y se reconoce su condición de factores de riesgo para la enfermedad” (p. 278).

Y como demostración del nivel de deterioro que la enfermedad mental puede generar en otras áreas de la vida del enfermo, el ya señalado autor manifiesta que,

Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados periodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacia incesante tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluida el asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardiacos (p. 278).

En un estudio publicado por Jiménez, Martínez, Miro, y Sánchez (2008), donde se aborda el bienestar psicológico a partir de la práctica de hábitos saludables, en vinculación al ejercicio físico, los autores expresan que:

Con relativa frecuencia se argumenta que los efectos beneficiosos del ejercicio no son producto del ejercicio en sí mismo, sino que vienen motivados por el seguimiento de unos hábitos más saludables por parte de las personas que lo practican (no ingerir bebidas alcohólicas, no fumar, seguir unos hábitos alimenticios correctos que impidan el sobrepeso) (p. 188).

Concluyen estos investigadores en su análisis, que los datos que se obtuvieron permiten correlacionar que el estado mental de las personas está directamente relacionado por la actividad física que realizan. Estas se sienten mejor, más productivas, menos tensas, y presentan un mejor estado de ánimo.

En los pacientes esquizofrénicos se trabaja no solamente en la reducción de síntomas a través del suministro de fármacos y tratamientos psicoterapéuticos, sino que la rehabilitación psicosocial del sujeto es un aspecto sumamente importante para tener en cuenta (Florit Robles, 2006).

Otro campo que puede trabajarse desde la perspectiva de los hábitos saludable, es la del esparcimiento y necesidad de disponer de periodos dedicados para uno mismo en alguna actividad que le produzca placer. Por eso, conforme a Florit Robles (2006):

El ocio y tiempo libre, procurando su inserción en el tejido social incluyendo las formas naturales de asociamiento. En lo referente a su vida diaria, las personas que tienen diagnóstico de esquizofrenia refieren como uno de los elementos más preocupantes su aislamiento y soledad, la falta de amistades, problemas de pareja

(o inexistencia), etc. En este sentido hay que articular la intervención necesaria para potenciar y movilizar los recursos existentes en el sujeto y su entorno, así como entrenar aquellos inexistentes (pp. 229).

En lo referente a la higiene personal y el vestido, el nombrado autor dice que: “el grado de autonomía (que hace, frecuencia, y como lo hace), la percepción de la necesidad de desarrollar una adecuada higiene personal, así como los hábitos de su entorno son factores decisivos que hay que conocer” (p. 233).

En consideración a los hábitos de salud del paciente esquizofrénico, se considera imprescindible que los profesionales deben conocerlos y monitorearlos, al respecto el autor citado, expresa que,

Se evalúan datos como frecuencia, adecuación de los hábitos en cuanto a su alimentación, sueño, ejercicio físico, consumo de sustancias como nicotina o cafeína. Además, es necesario conocer si la persona es capaz de cuidarse adecuadamente y afrontar sus problemas médicos generales (pp. 233).

En lo que hace a las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales), Florit Robles destaca que,

Es necesario llevar a cabo procesos de rehabilitación en las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, planificación económica, los hábitos de alimentación y de cuidados generales de

salud, con el objetivo de aumentar la independencia y la autonomía en aspectos considerados básicos y cotidianos (p. 240).

Otra dimensión que resalta el autor que se viene indicando es,

La necesidad de adecuar hábitos de ejercicio físico, muy necesarios en estas personas, entre otros asuntos por los efectos de la medicación y apatía que suelen presentar, es necesario incorporar elementos de expresión corporal muy útiles como entrenamiento previo a las habilidades sociales, a la percepción de emociones en el entrenamiento en autocontrol, etc (p. 240).

En el terreno del ocio y de la integración comunitaria Paul y Lentz (1977) y Chamove (1986), como se cita en Florit-Robles (2006), el autor manifiesta que “las actividades de ocio deben ser estructuradas, incluyendo especialmente las de moderado ejercicio físico, resultan efectivas para reducir significativamente algunas conductas psicóticas que vuelven a aumentar cuando cesan las actividades de ocio” (pp. 240-241).

Como se ha intentado mostrar, la necesidad de intervenir sobre la adquisición de hábitos saludables en el paciente esquizofrénico, engloba las múltiples áreas que componen su vida. Lo dificultoso que implica tratar esta enfermedad requiere de un máximo esfuerzo de todas las partes involucradas, pero al mismo tiempo es complaciente el beneficio que se produce a los pacientes en el mediano y largo plazo si se aborda la problemática de manera integral.

La psicoeducación como herramienta de cambio.

Según Campero y Ferraris (2014),

El concepto de psicoeducación fue introducido en la literatura médica en el año 1911 por el Dr. John Donley. Tres décadas más tarde, el termino alcanzo reconocimiento internacional a través del Tratado sobre la estabilidad del comportamiento humano de Brian Tomlinson. Recién en 1980 y de la mano de Anderson se sientan las bases de lo que hoy en día se conoce como abordaje psicoeducacional. Con el fin de disminuir recaídas y reingresos, Anderson propone educar a los familiares de los pacientes, fundamentalmente esquizofrénicos, respecto de los síntomas y del proceso de la enfermedad (p. 54).

Respecto a las diversas modalidades y corrientes teóricas desde las cuales puede abordarse la psicoeducación, los mismos autores mencionan que:

Implican una gran variedad de enfoques, desde aquellos que enfatizan la facilitación de información a aquellos que privilegian el apoyo mutuo o la resolución de problemas. Incluye el tratamiento de lo familiar, de lo individual, y/o grupal y se lo puede realizar en espacios convivenciales, terapéuticos, o incluso de esparcimiento (p. 54).

Una vez introducido el tema, se considera elemental dejar claramente definido que es la psicoeducación y cuáles son los objetivos que persigue, al respecto Campero y Ferraris (2014), mencionan que:

La psicoeducación es una estrategia de intervención basada en la información ofrecida a las personas afectadas por estas dolencias, con el objeto de mejorar su nivel de funcionamiento, la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. La propuesta integra la participación familiar y proporciona a la persona una comprensión teórica y práctica acerca de la enfermedad que lo aqueja. En este modelo de tratamiento, el paciente deviene actor activo en la evolución favorable de su enfermedad (p. 54).

Entre sus objetivos primordiales siguiendo la referencia al mismo autor, se pueden encontrar los siguientes,

Informar al paciente y a sus familiares sobre la patología mental para mejorar la comprensión del hecho y facilitar el manejo de los cuadros que suscita. Esta acción refuerza fortalezas, recursos y habilidades propias del paciente para enfrentar la enfermedad y contribuye a lograr más bienestar y estado más saludable con un enfoque a largo plazo (p. 54).

Dispositivo utilizado para la intervención

“El dispositivo taller” para establecer y panificar metas

La preferencia del dispositivo taller como herramienta para alcanzar los objetivos propuestos con los pacientes esquizofrénicos que asisten al Hospital de Día, tiene que ver con que se considera que es la mejor opción para no alterar la dinámica que se viene

implementando en la institución y por lo tanto se considera apropiado seguir utilizando el mismo formato.

Según Flores (2013), “durante el año 1990, desde el Área de Rehabilitación (del Hospital San Antonio de Padua de Rio Cuarto), se implementaron las denominadas estrategias terapéuticas no convencionales, que incluían teatro, revistas, talleres literarios, artesanías, cestería japonesa, huerta, entre otros” (p. 23).

Según Amico (2004), como se cita en Flores (2013), “el taller resulta ser una herramienta alternativa de expresión y promoción en salud”. “Son un instrumento útil para lograr reconstruir lazos sociales perdidos, elaborar conflictos y desarrollar capacidades personales que permitan abordar tareas preventivas” (pp. 36-37).

Al mismo tiempo Polzella, (como se citó en Flores, 2013), expresa que “los talleres apuntan a la motivación para corregir las conductas inadecuadas y reactivar las funciones volitivas. Además, propician el desarrollo de la creatividad y de los aspectos lúdicos y artísticos necesarios para todo proceso terapéutico” (p. 37).

Según lo expresa Flores,

Desde los diferentes talleres que allí se dictan se apunta a que cada uno pueda comunicarse en la medida de sus posibilidades, apelando a los recursos expresivos de cada paciente, con la intención de que todos tengan su lugar de participación. Desde esta modalidad de trabajo, el grupo se torna un espacio de contención,

sostén, y apoyo, donde se pueden establecer vínculos y donde juega un papel importante la presencia de los demás para fortalecer los lazos sociales (p. 37).

Según las palabras manifestadas por una psicóloga que desarrolla su actividad en el Hospital de Día San Antonio de Padua, y que esta citada en el trabajo de Flores (2013), la misma dice que:

“Yo creo que los talleres son excusas para que ellos (los pacientes) puedan encontrarse, para que ellos puedan ir generando vínculos, más allá de que puedan incorporar una habilidad específica a través de los talleres, que de hecho cuando armamos los talleres lo pensamos, algo que les sirva en otros ámbitos, que ellos puedan extrapolar, les sirva afuera en otro momento” (p. 78).

En relación a la mejora alcanzada por los pacientes a partir de la implementación de los talleres, se puede decir que cada uno ha logrado, a partir de su propia subjetividad importantes avances en la recuperación. Asuntos sumamente elementales como preparar un desayuno, o lavar una taza, han sido progresos que se han revelado en el quehacer diario (Flores, 2013).

Plan de acción

Actividades

El presente plan de acción se inserta dentro del dispositivo Hospital de Día, que funciona en el Nuevo Hospital de Rio Cuarto San Antonio de Padua. Vale aclarar que esta propuesta es nueva en lo que respecta a su dinámica específica, pero el marco institucional y normativo del proyecto, será el mismo que se viene empleando en los otros talleres con el fin de acatar lo dispuesto por las autoridades de dicho nosocomio, a los fines de no alterar el normal funcionamiento de la institución.

Los destinatarios del presente serán los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénicos cualquiera sea la forma clínica en que se manifieste la enfermedad, y que actualmente ya concurren a otros talleres, lo que significa que están aptos según criterio médico para poder participar.

En algunas de las actividades programadas será importante contar con la participación de algún familiar o adulto responsable del paciente, a los fines de lograr un mejor resultado en los objetivos que se plantean para lo cual se realizara un contacto telefónico con tiempo de anticipación.

Se pretende con la implementación de este taller producir resultados beneficiosos para los pacientes, específicamente en el campo de la psicoeducación y la práctica de hábitos saludables, considerando el deterioro que generalmente la patología esquizofrénica genera.

El plan ha sido pensado para llevarse a cabo durante dos meses y medio, y posteriormente realizar una evaluación, para que, si las autoridades lo consideran pertinente, establecerlo de manera permanente junto a los otros talleres que conforman Hospital de Día.

El mismo ha sido diagramado para llevarse a cabo semanalmente, precisamente los martes por la mañana en el horario de 10:30 a 12:30 hs en el espacio asignado a Hospital de Día, excepto aquellas actividades programada que impliquen la salida de la institución, cosa que esta previamente establecida en el cronograma.

Encuentro 1

Tema “Introduciéndonos al conocimiento de las conductas sanas”

Objetivo general del encuentro: concientizar acerca de la importancia de conocer los hábitos saludables como barrera protectora ante la patología mental.

Actividad 1 “Favoreciendo estilos de vida saludables”.

Materiales: una mesa, diez sillas, espacio asignado a Hospital de Día.

Tipo de estrategia: charla introductoria a cargo de un profesional psicólogo.

Tiempo estimado: de 45 a 60 minutos.

Instrucción para el coordinador:

1. Se hará es una presentación general destacando la importancia de incorporar a la vida diaria conductas que sean beneficiosas para los sujetos. Se pretende hacer foco en los aspectos emocionales por sobre los contenidos teóricos.
2. Para ello se comenzará por convocar a los participantes a la zona donde funciona Hospital de Día. Se procederá a pedirle a los asistentes que tomen asiento en las sillas distribuidas en el aula, y posteriormente se explicara la importancia de implementar este nuevo plan que viene a sumarse complementariamente a los otros dispositivos que ya vienen funcionando. No será necesario que los asistentes se presenten entre si ya que se conocen de los otros talleres a los que concurren diariamente.

3. Se hará cargo de la coordinación de este nuevo taller, un profesional de planta del hospital, conocido por los pacientes, específicamente del área de salud mental y de profesión psicólogo.
4. Se hará una breve reseña destacando el porqué de la implementación de este nuevo taller, se buscará sensibilizar a la población asistente sobre la necesidad de asumirse como protagonista de la enfermedad que están cursando, y a partir de allí buscar lo que sea mejor para cada uno.

Cabe destacar que en este primer encuentro no se persigue brindar información de contenido específico, sino solamente generar un clima de distensión general que permita asumirse a los sujetos un clima de contención para las subsiguientes actividades que serán ‘programadas.

Tema Aplicación de la escala de Rosenberg.

Objetivo general del encuentro: explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Actividad 2 “¿Cómo me veo mí mismo?”

Materiales: diez hojas impresas que contengan la escala de autoestima de Rosenberg, diez lápices de color negro, 10 gomas de borrar, sillas y mesa para poder realizar la encuesta de manea comfortable.

Tipo de estrategia: respuesta a un cuestionario.

Tiempo de la estrategia: 60 a 90 min.

Instrucción para el coordinador:

1. Se les pedirá a los pacientes que se sienten en sus sillas, en el lugar destinado para realizar el plan de intervención dentro del dispositivo Hospital de Día.
2. Se procederá a explicar la actividad programada, consistente en la realización de un cuestionario auto evaluativo que brindara información sobre el concepto que se tiene sobre sí mismo. Para esto se les preguntara previamente que imaginan o que conocen sobre el termino autoestima. Si no lo conocen se les solicitara que descomponiendo la palabra imaginen a que podría hacer referencia y de qué manera esto se relaciona con la situación que cada uno vive.
3. Una vez que todos hayan hecho su propia reflexión sobre el significado del concepto, se recurrirá a brindar precisiones sobre lo que esta palabra técnicamente significa y qué importancia tiene en el desarrollo de la personalidad.
4. Una vez finalizada esta primera etapa, se darán las instrucciones sobre cómo responder al cuestionario, que es relativamente sencillo y de corta duración.
5. Se entregará a cada uno de los sujetos la hoja con el cuestionario que consta de diez preguntas, donde se debe contestar con la frase más adecuada según cada caso. Previa al comienzo se hará un repaso general sobre las preguntas que contiene el cuestionario y se dará a modo de ejemplo una respuesta al azar para que los pacientes puedan comprender mejor el mecanismo del procedimiento.

6. Se dará comienzo a la realización del cuestionario disponiendo de un tiempo neto aproximado de 20 minutos para finalizarlo.
7. Visto y considerando que la codificación de las respuestas es bastante rápida y sencillo, una vez que hayan terminado todos, y con la ayuda de algún asistente, el coordinador procederá a decodificar cada planilla para hacer un comentario y reflexión sobre las respuestas brindadas por cada uno de los participantes a los fines de que no sea en vano la toma de este cuestionario y sirva de alguna manera para resaltar aspectos positivos que colaboren en una mejora en la autoestima.

Encuentro 2

Tema Los peligros del sobrepeso y la vida sedentaria.

Objetivo general del encuentro: poner en conocimiento a los pacientes sobre los riesgos que trae aparejado el exceso de la ingesta de alimentos y la mala calidad de estos, ya que esta población presenta un alto índice de sobrepeso.

Actividad 1 ¿Qué comemos? Implementando una alimentación sana y equilibrada.

Materiales: una computadora, diez copias impresas con la pirámide alimenticia, diez hojas en blanco para realizar anotaciones, diez lapiceras para realizar anotaciones, una nutricionista de planta del hospital.

Tipo de estrategia: charla informativa con posterior reflexión final.

Tiempo estimado: 60 a 90 min.

Instrucción para el coordinador:

1. Se dispondrá el aula asignada de manera tal que todos los participantes queden mirando al frente donde en una pantalla gigante será proyectada la diapositiva sobre la pirámide de alimentos.
2. Previamente se le habrá entregado a cada paciente una fotocopia a color de lo que se está viendo en la pantalla de manera tal que puedan ir siguiendo el contenido de lo que se comparte.
3. Se comenzará brindando la información que está en la base de la pirámide donde quedara establecido cuales son los cinco puntos más importantes del cuidado que se debe tener: actividad física por sesenta minutos diarios, equilibrio emocional, balance energético, técnicas culinarias saludables, e ingesta abundante de agua.
4. Posteriormente se pasará al segundo nivel de la pirámide donde se destacará la importancia del consumo de verduras, frutas, y hortalizas, y se hará mención de la importancia de no hacer una ingesta demasiada abundante de harinas, a menos que la actividad física sea alta.
5. En el tercer escalón de la pirámide se hace hincapié en lo que se considera como “consumo variado diario”, es decir lácteos (de dos a tres veces al día), pescado, carnes magras, carnes blancas, legumbres, frutos secos, y huevo. En este nivel también se tiene en consideración el consumo moderado y responsable de bebidas fermentadas en aquellos casos que este permitido.

6. Ya en acercándose a la cúspide de la pirámide se encuentran las carnes rojas, procesados y embutidos, se hará énfasis en la necesidad de incorporar estos alimentos solo en la justa medida, indicando bondades y contraindicaciones.
7. En la parte superior de la pirámide están indicados aquellos alimentos que se consideran de consumo opcional, ocasional y moderado como, por ejemplo, dulces, bollería, grasas untadas, y snacks salados. También en esta parte se pueden encontrar los suplementos dietéticos o nutricionales que deben ser ingeridos bajo indicación profesional.
8. Se hará una puesta en común sobre lo aprendido.

Tema “La importancia del aseo personal como factor protector de otras enfermedades.

Objetivo general del encuentro: enfatizar la importancia del baño diario y el cuidado del aseo bucal.

Actividad 2 “Boca sana: cuerpo sano”.

Materiales: una computadora, un proyector, video descargado de la American Dental Association, cepillos de dientes, diez folletos impresos con las indicaciones propuestas por ADA, un médico salubrista, un odontólogo.

Tipo de estrategia: charla informativa-interactiva.

Tiempo estimado: 60 a 90 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

1er parte

1. El coordinador presentará a un médico salubrista del personal de planta del hospital quien estará a cargo de la primera parte de la charla.
2. Este una vez al frente de los pacientes que estarán dispuestos en sus respectivos lugares, empezara a realizar las siguientes preguntar para que aquellos que deseen expresarse puedan hacerlo. ¿Qué es la higiene? ¿Considera importante la higiene para el mantenimiento de una buena salud? ¿Por qué? ¿Considera usted que toma algunas medidas de higiene personal? ¿Cuáles?
3. Una vez terminada la actividad anterior que funcionará como elemento disparador, el medico procederá a explicar los siguientes aspectos de la importancia del baño personal.
 - a- ¿Qué es bañarse?
 - b- ¿Por qué la importancia de bañarse todos los días? Removemos no solo la suciedad, sino también la transpiración y el componente graso exudado. También a través del baño removemos bacterias y materia adherido a la piel
 - c- Beneficios del baño: liberación y reducción de estrés, relajación, meditación, y descarga de tensión.
 - d- Las ventajas de bañarse con agua fría: reforzamiento del sistema inmunológico, prevención del resfrió.
 - e- Las ventajas de bañarse con agua caliente: eliminación de olores corporales, prevención de enfermedades e infecciones.

2da parte

- a- El coordinador presentara al odontólogo que brindara las pautas para una sana higiene bucal.
- b- Los pacientes sentados en sus asientos mirando al frente al proyector dispuesto para tal ocasión, pasaran a ver el video de la American Dental Associatios (<https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/b/brushing-your-teeth>)
- c- Una vez finalizada la proyección y en base a lo observado, se le pedirá a cada uno de los presentes que realicen una representación simbólica sobre la técnica de cepillado aprendida en el video y que será reforzada y corregida (en caso de haber algún error) por el odontólogo a cargo de la tarea.
- d- Se le repartirá a cada uno de los pacientes a modo de recordatorio final un folleto donde se destacan los aspectos técnicos más relevantes del video proyectado. En los anexos se adjunta el mismo.

Encuentro 3

Tema Hábitos tóxicos y sus consecuencias para la salud.

Objetivo general del encuentro: advertir a los pacientes sobre los peligros del consumo de tabaco, cannabis y alcohol.

Actividad 1 “No hay excusas”.

Materiales: diez sillas, un proyector, una computadora, un archivo PowerPoint sobre adicciones de la Universidad Austral, un médico psiquiatra especializado en abusos de sustancias.

Tipo de estrategia: charla informativa con posterior puesta en común.

Tiempo estimado: 60 a 90 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

1. La charla comenzara con una explicación del coordinador sobre los motivos que han llevado a considerar fundamental incluir esta temática en el marco de los talleres de Hospital de Día. Inmediatamente después se presentará al médico psiquiatra especializada en adicciones que llevará adelante el contenido de la dinámica.
2. Se hará una distinción conceptual entre el uso, abuso y adicción de cualquier tipo de sustancia.
3. Se explicará el efecto que produce la nicotina en el cerebro y que genera lo que se conoce como síndrome de abstinencia.
4. Se brindarán razones justificadas por las cuales se considera oportuno dejar de fumar.
5. Se otorgará a los pacientes datos estadísticos sobre los efectos perjudiciales que provoca el consumo de tabaco. El objetivo de esto es generar un impacto emocional sobre el consumo.
6. Se procederá a brindar información sobre el consumo de cannabis como sustancia que puede inducir alucinaciones y delirios, impotencia, infertilidad, sedación etc.

7. Se explicará de modo simple algunas consecuencias que tiene en el funcionamiento cerebral el consumo de esta sustancia.
8. Se mencionarán las enfermedades respiratorias más comunes que trae aparejado el consumo de esta droga.
9. Para concluir se propondrá una reflexión final entre todos los integrantes.
10. Se comenzará a brindar información básica sobre el consumo de alcohol.
11. Se explicará las consecuencias de los denominados blackouts.
12. Posteriormente se pondrá de manifiesto las consecuencias de mezclar alcohol con bebidas energizantes (practica bastante común en la actualidad).
13. Para finalizar se harán reflexiones grupales acerca de la temática.

Actividad 2

Tema Habilidades cognitivas elementales.

Objetivo general del encuentro: incrementar habilidades básicas tales como atención, concentración, capacidad de abstracción, funciones cognitivas elementales.

Actividad 2 “El cerebro también necesita ejercicio”.

Materiales: diez sillas, una mesa grande para diez personas, una mesa, una pizarra, un cuaderno de ejercicios cognitivos, un proyector, una computadora, una baraja de cartas, un profesional neuropsicólogo.

Tipo de estrategia: actividad lúdica grupal con reflexión final.

Tiempo estimado: 60 a 90 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

Ejercicios para atención

1. Se comunicará de manera oral a cada integrante del taller una secuencia de números y la persona tendrá que recordarlos en el mismo orden y en orden inverso. La longitud de la secuencia ira aumentando progresivamente.
2. El coordinador leerá un fragmento de un texto y posteriormente realizará preguntas referentes al mismo a todo el grupo de pacientes. La dificultad puede variar desde preguntas más genéricas hasta detalles y datos concretos.

Ejercicios para la percepción

1. Se le presentara a cada persona en una pantalla un símbolo por un breve periodo de tiempo. Posteriormente, se presentará un conjunto de símbolos y la persona deberá indicar cual era el símbolo que se le había presentado.
2. Se presentará en una pantalla a cada paciente un grupo de objetos que posteriormente la persona tendrá que identificar de entre un grupo mayor. En este caso los objetos se encontrarán entre otros distractores y todos ellos en movimiento de forma que la tarea consiste en que la persona señale los objetos previamente mostrados.

Ejercicios para la comprensión

1. Se le dará al sujeto una serie de órdenes que tiene que ejecutar. Se comprobará si la acción corresponde con la orden emitida.

2. Se presentará al paciente una palabra junto a otras que sirven como opciones de respuesta. La persona debe elegir la que guarde relación con la palabra del enunciado.
3. Se le propondrá al paciente resolver adivinanzas.

Ejercicios para la memoria

1. Se le propondrá a cada paciente observar una imagen y posteriormente deberá responder a unas preguntas para comprobar los elementos que recuerda de la misma.
2. Se colocan un conjunto de cartas boca debajo de las cuales existen dos iguales de cada una de ellas. Después de mezclarlas y distribuir las por la mesa, la persona deberá levantar dos cartas e ir recogiendo las que coinciden. Si falla se le vuelve a dar vuelta y probará de nuevo.

Como actividad de cierre se proseguirá a realizar una reflexión final grupal sobre la experiencia de lo realizado.

Encuentro 4

Tema Conductas de riesgo en pacientes esquizofrénicos.

Objetivo general del encuentro: evitar conductas de riesgo para no exponerse a amenazas innecesarios.

Actividad 1 “Recuperar el control de tu vida es posible”.

Materiales: veinte sillas, una computadora, un proyector, un médico psiquiatra, videos Di-capacitados (<https://www.youtube.com/watch?v=rnGYRawzSRo&t=1825s>).

Tipo de estrategia: proyección de un video documental con participación de familiares a cargo del cuidado de los pacientes.

Tiempo estimado: 90 a 120 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

1. Para este encuentro se invitará a aquellas personas que están al cuidado de los pacientes de Hospital de Día en su vida diaria (padres, hermanos, familiares, tutores).
2. El coordinador hará una presentación donde exhibirá la importancia de evitar las conductas de riesgo que podrían ocasionar un retroceso en el tratamiento terapéutico y farmacológico que se lleva adelante.
3. El video-documental denominado “Di-capacitados” funcionara como disparador testimonial para poder observar cómo es la vida de diferentes pacientes diagnosticados con esquizofrenias, y poder apreciar cómo es la vida diaria que estos llevan adelante resaltando aspectos que serán retomados al final de la proyección audiovisual.
4. Una vez concluido el video de aproximadamente sesenta minutos, el médico psiquiatra comenzara a trabajar sobre algunos de los ejes que se abordan en el documental y que contara con la participación de los pacientes, pero también con la indispensable colaboración de las personas que están al cuidado de estos.

5. Los ejes serán: a. Poco apego farmacológico. b. Los riesgos de vivir solo. c. El pobre funcionamiento social. d. Baja percepción de riesgo. e. Control periódico del tratamiento (dosis medicamentosa).
6. Para finalizar se realizará una mesa de discusión donde se abordarán los ejes planteados, tomando como disparador lo observado en el documental.

Tema Factores protectores ante la esquizofrenia.

Objetivo general del encuentro: promover redes saludables para el desarrollo integral del paciente.

Actividad 2 “¿Puedo contar contigo?”

Materiales: veinte sillas, una computadora, un proyector, un psicólogo, video “Factores protectores, salud mental” (<https://www.youtube.com/watch?v=wTXNrjkUVPk>).

Tipo de estrategia: proyección audiovisual grupal, con posterior reflexión final.

Tiempo estimado: 60 a 90 minutos.

Instrucción para el coordinador:

1. El coordinador les dará la bienvenida a todos los participantes de esta actividad, que contará con la presencia de pacientes y de tutores o familiares a cargo.
2. Se explicará previamente a la proyección del video el motivo de este encuentro, resaltando que se trabajara en esta oportunidad con aquellos aspectos positivos que son necesarios implementar para cursar la enfermedad de la mejor manera posible.

3. Se procederá a proyectar el video llamado “Factores protectores, salud mental”.
4. Finalizado el mismo, el coordinador retomará la temática planteada en el video y hará énfasis en tres ejes fundamentales para tener en cuenta dentro de los denominados factores de protección.
5. a. Factores sociales: en estos se abordará la importancia de la integración a los diferentes ámbitos de la vida de los pacientes, el valor de tener interacciones interpersonales positivas, participar socialmente, ser responsable y tolerante en la sociedad, la importancia de las redes comunitarias, conocimiento de nuevos entornos que puedan brindar nuevos recursos.
6. Factores familiares: aquí se reflexionará sobre la interacción positiva entre padres e hijos, necesidad de apoyo social de la familia y amigos, apego y lazos positivos tempranos, relaciones personales, ambiente familiar cálido y sin discordias, adaptabilidad familiar.
7. Factores individuales: se tratará la temática de la autoestima, la fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de conflictos, sentimientos de control.
8. A modo de finalización se hará una reflexión grupal y puesta en común sobre lo desarrollado en la actividad.

Encuentro 5

Tema La importancia del ejercicio físico y la vida al aire libre.

Objetivo general del encuentro: resaltar los beneficios que proporciona la actividad física.

Actividad 1 “A poner el cuerpo en movimiento”

Materiales: diez sillas, un proyector, una computadora, un psicólogo deportivo.

Tipo de estrategia: charla informativa.

Tiempo estimado: 45 a 60 minutos.

Instrucciones para para el coordinador:

1. El coordinador dará comienzo a la primera actividad dando la bienvenida a los pacientes que se dispondrán a sentarse en sus respectivos lugares.
2. Se hará una introducción explicitando las necesidades y los beneficios de realizar actividad física debido a algunas patologías que están asociadas al diagnóstico esquizofrénico.
3. El coordinador presentara al psicólogo deportivo convocado para esta ocasión.
4. El psicólogo deportivo dará la bienvenida a todos los asistentes y hará una reflexión sobre la necesidad de implementar la educación física dentro del dispositivo como un medio para fomentar la capacidad expresiva, creativa y lúdica de los pacientes.
5. Se proyectará el video denominado “Beneficios del ejercicio físico para la salud mental” <https://www.youtube.com/watch?v=eenvNuBh458&t=282s>
6. Una vez finalizado el mismo se propondrá una reflexión final sobre lo abordado dejando abierta la posibilidad de implementar alguna actividad física dentro del dispositivo Hospital de Día

Tema El deporte como generador de tejido social.

Objetivo general del encuentro: conocer el funcionamiento de una institución deportiva y de un equipo deportivo en pos de fomentar la práctica del deporte grupal.

Actividad 2 “Conociendo a un equipo de verdad”

Materiales: vehículo con capacidad para diez personas, dos entrenadores de las disciplinas fútbol y básquet.

Tipo de estrategia: visita guiada a un club deportivo de la ciudad de Rio Cuarto.

Tiempo estimado: 180 a 240 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

1. En esta ocasión se hará una visita al club Asociación Atlética Banda norte que tendrá como función principal conocer aquellas disciplinas grupales que se practican en el lugar, y conocer como es la metodología de trabajo de los equipos de fútbol y básquet.
2. En un primer momento se asistirá a presenciar una práctica de fútbol del equipo principal del club Banda Norte. Terminada la misma el grupo de personas de hospital de día, será recibido por el entrenador del equipo en el vestuario de fútbol de la institución.
3. El director técnico comentara a grandes rasgos cuales fueron las actividades que se llevaron a cabo en la práctica observada y posteriormente destacara cuales son a su criterio las condiciones grupales necesarias para poder practicar este deporte. Se hará especial énfasis en la necesidad de la disciplina, responsabilidad, constancia y conciencia grupal.

4. Posteriormente se visitará el entrenamiento del equipo de básquetbol de la mencionada institución deportiva. Una vez que el mismo haya concluido se accederá a tener una charla informal con el entrenador, donde los pacientes de Hospital de Día podrán hacerle preguntas sobre la práctica de este deporte. También se le pedirá al entrenador que mencione según su criterio aquellas características indispensables para poder practicar de manera responsable este deporte.
5. Finalizada la visita se propondrá una reflexión grupal entre el coordinador y el grupo de personas que asistieron, sobre lo observado y se destacara la importancia de la práctica del deporte grupal como medio para luchar contra la tendencia depresivas de la enfermedad mental.
6. Se regresará al edificio del hospital donde funciona Hospital de Día, y se procederá a la desconcentración dando por concluida la actividad.

Encuentro 6

Tema Poner en práctica ejercicios físicos.

Objetivo general del encuentro: iniciar actividades físicas específicas según las capacidades de cada uno de los integrantes que asisten al taller.

Actividad 1 “Pongámonos en acción”

Materiales: un vehículo para transportar diez personas, un coordinador, un profesor de educación física, autorización de municipalidad de la ciudad de Rio Cuarto (área de deportes).

Tipo de estrategia: práctica deportiva en el polideportivo municipal.

Tiempo estimado: 120 a 180 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

1. El grupo de pacientes se dirigirá al predio polideportivo municipal de la ciudad de Rio Cuarto saliendo del Hospital Regional San Antonio de Padua acompañado con el coordinador.
2. El lugar los estará esperando un profesor de educación física que previa evaluación de los integrantes dividirá al grupo entre hombres y mujeres.
3. De acuerdo con los subgrupos que hayan quedado conformados, el profesor de educación física subdividirá a los mismos según las edades y capacidades físicas de los mismos.
4. A continuación, según el criterio del profesor, y siempre bajo la supervisión general del coordinador se plantearán distintos ejercicios físicos que tendrán como objetivo poner al cuerpo en movimiento y generar beneficios en la salud de cada uno de ellos.
5. Una vez finalizada la actividad física, los pacientes volverán en el mismo vehículo hasta el edificio central del hospital, y de allí quedarán liberados para que puedan retirarse a asearse.
6. De esta manera se da por finalizada por actividad.

Tema Visita al lago Villa Dalcar de la ciudad de Rio Cuarto con fines recreativos.

Objetivo general del encuentro: inculcar el ocio y la vida en la naturaleza, como medio para fomentar encuentros significativos junto a otros.

Actividad 2 “Las cosas lindas de mi ciudad”

Materiales: un vehículo para transportar diez pacientes, seis paquetes de galletitas, tres termos, dos paquetes de yerba, dos paquetes de azúcar, tres equipos de mate.

Tipos de estrategia: paseo con fines recreativos.

Tiempo estimado: 120 a 180 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

1. Se partirá desde el Hospital San Antonio de Padua en un vehículo contratado que será solventado con el presupuesto que tiene asignado el Hospital de Día.
2. El grupo estará conformado por los diez pacientes estables de Hospital de Día, más dos coordinadores que acompañaran al grupo.
3. Una vez llegado a destino se formarán de manera aleatoria dos grupos de tres integrantes y uno de cuatro.
4. A cada grupo se le asignaran: un equipo de mate, y dos paquetes de galletitas.
5. Compartirán la merienda y se los propondrá que reflexionen entre ellos y de manera verbal sobre lo que están contemplando a lo largo de la jornada de descanso.
6. Los coordinadores estarán atentos a suministrar agua caliente, yerba o azúcar en caso de que algún grupo lo necesite, y los asistirán.
7. Transcurridos 45 minutos aproximadamente, las diez personas se reunirán junto coordinadores.
8. Se les pedirá que se sienten a todos en el suelo, y posteriormente cada grupo pasara al frente a contar cuales han sido las vivencias, experiencias, emociones que han

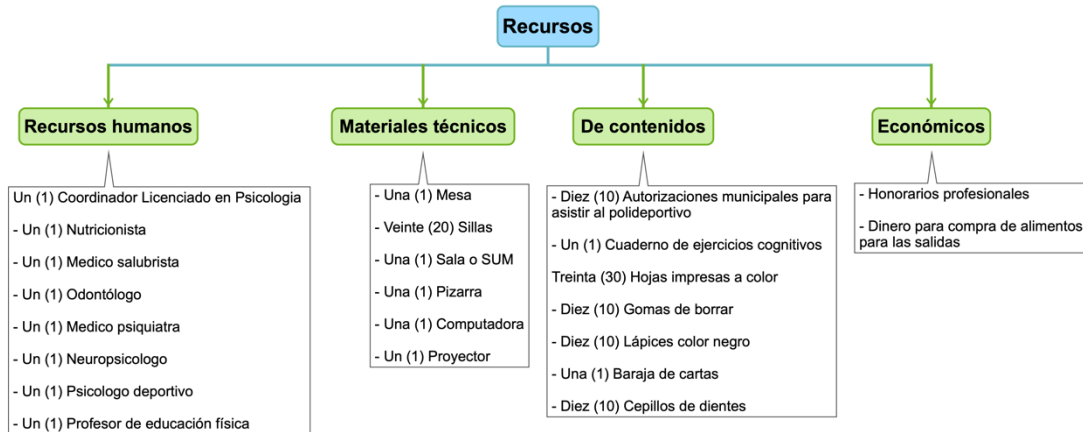
tenido, y que opinión tienen de poder tener un rato de tiempo libre para poder contemplar este espacio.

9. Se hará hincapié en la importancia de cuidar el lugar, no generar residuos y mantener el orden y la armonía.
10. Terminada la actividad, el grupo volverá en el mismo vehículo en el que fue transportado y procederán a desconcentrarse una vez llegados al Hospital.

Diagrama de Gantt

Actividades	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
"Favoreciendo estilos de vida saludables"	Encuentro 1					
"¿Cómo me veo a mi mismo?"						
"¿Que comemos?"		Encuentro 2				
"Boca sana: cuerpo sano"						
"No hay excusas"			Encuentro 3			
"El cerebro tambien necesita ejercicio"						
"Recuperar el control de tu vida es posible"				Encuentro 4		
"¿Puedo contar contigo?"						
"A poner el cuerpo en movimiento"					Encuentro 5	
"Conociendo a un equipo de verdad"						
"En accion"						Encuentro 6
"Las cosas lindas de mi ciudad"						

Recursos necesarios



Presupuesto del plan de intervención

Recursos materiales	Precio unitario \$	Cantidad	Precio total \$
Cuaderno de ejercicios cognitivos	\$ 500	1	\$500
Impresión a color	\$15	30	\$450
Goma de borrar	\$20	10	\$200
Lápiz color negro	\$10	10	\$100
Baraja de cartas	\$95	1	\$95
Cepillo de dientes	\$ 120	10	\$1200
Subtotal			\$2545
Honorarios profesionales del coordinador	\$285 por integrante.	10 participantes por 8 encuentros	\$17100
Total			\$19645

Todos aquellos recursos materiales que no estén incluidos en el presente presupuesto están disponibles dentro del dispositivo Hospital de Día sin costo alguno. De la misma manera los honorarios profesionales del personal competente que aportarán sus

conocimientos serán “ad honorem” ya que todos desarrollan su actividad profesional dentro del hospital.

Evaluación

“Cuestionario de hábitos saludables”

A modo de evaluación y a los fines de poder advertir los resultados de la implementación del presente plan de acción, se ha diseñado un cuestionario que será aplicado al comienzo del dispositivo y también será aplicado al final, una vez concluidos los seis encuentros programados.

El denominado “Cuestionario de hábitos saludables” consta de seis ejes que son:

1. Alimentación básica.
2. Higiene personal y salud bucodental.
3. Hábitos tóxicos.
4. Ejercicios físicos y vida al aire libre.
5. Control de las emociones y relaciones familiares.
6. Tareas del hogar y prevención de accidentes.

Cada uno de los tópicos mencionados arriba, esta conformado por entre cinco y siete preguntas con sus respectivas opciones de respuesta que el participante debe completar, pudiendo incluso seleccionar mas de una opción según sea el caso.

Es importante hace alusión a que el mismo se debe llenar de manera individual, completando nombre y edad del paciente.

El objetivo del presente, es que al administrarse al principio del taller y al final del mismo, deberían observarse mejoras en la calidad de las respuestas brindadas, como consecuencia de haber incorporado hábitos psicoeducativos beneficiosos para el desarrollo del quehacer diario.

Se adjunta el material en anexos.

Resultados esperados

La puesta en marcha del plan de acción presentado a lo largo del presente trabajo tiene como objetivo principal (aunque no único), lograr que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que asisten a Hospital de Día, puedan incorporar a través de la psicoeducación, hábitos saludables que les permitan obtener mejores estándares de vida, considerando las cuantiosas dificultades que presenta esta patología mental en la vida de cualquier sujeto.

Se espera así, poder sensibilizar a los individuos sobre la importancia de incorporar hábitos saludables y a poseer una actitud activa y responsable frente a la enfermedad. De igual forma, se considera significativo que los pacientes puedan realizar una valoración subjetiva de su autoestima, teniendo en cuenta que en esta población es frecuente encontrarse con personalidades depresivas, para así poder crear mecanismos que incrementen su sentimiento de valía.

Por otra parte, se aspira a hacer conocer a estas personas los peligros que acarrea el sobrepeso y la vida sedentaria en el trastorno esquizofrénico, ya que de no tomar medidas que fomenten una alimentación sana y equilibrada, la patología mental puede entrar en comorbilidad con otros trastornos que puede generar más dificultades aun de las ya provocadas por la enfermedad mental. Es por ello que se busca alertar y sobre todo recomendar, los beneficios que trae aparejada el cuidado integral de la salud.

En el marco de la psicosis esquizofrénica, se aspira también a transmitir hábitos de aseo personal, que actúen como barrera protectora frente a enfermedades de carácter infectocontagiosas como, por ejemplo, el aseo de manos y el cuidado bucal.

Otra dimensión que se pretende abordar con la implementación de este plan de acción, es prevenir el consumo de drogas, ya sean lícitas como el cigarrillo y el alcohol, o ilícitas como la marihuana o la cocaína entre otros. El consumo de estas sustancias, como bien es sabido, puede agudizar los síntomas psicóticos, como por ejemplo los delirios y alucinaciones, que presentan estos sujetos.

Se pretende también mejorar habilidades sociales básicas como la atención, percepción, comprensión y memoria entre otras, para mantener ejercitado el cerebro a los fines de lograr una mejor productividad en los quehaceres diarios. Sin duda esto es sumamente beneficioso, para poder incluso tener la posibilidad de acceder a un trabajo formal.

Otro objetivo fundamental que se busca alcanzar a través de esta propuesta es hacer consciente a los pacientes de Hospital de Día, de eventuales comportamientos que pudieran ponerlos en riesgo de sufrir algún tipo de accidente o peligros innecesarios. Para ello se trabajará con la importancia de rehuir a comportamientos amenazantes como la manipulación de elementos cortantes, manipulación de elementos como hornallas y líquidos calientes, y productos tóxicos entre otros.

Un punto nodal que propone esta planificación es la necesidad de promover actividades físicas y recreativas al aire libre, con el propósito de que estas personas puedan estar en contacto con la naturaleza, y al mismo tiempo aprovechar estos espacios para ejercitar el cuerpo con los consabidos beneficios que esto trae aparejado a la salud, tanto a nivel físico como mental.

Por último y no por ello menos importante, este taller tiene como propósito fomentar las habilidades sociales con las otras personas. Se considera elemental a partir de la aplicación de este programa, poder fortalecer vínculos junto a las personas con las que se comparten los espacios que brinda Hospital de Día, pero también junto a otros miembros de la comunidad con los que diariamente se intercambian charlas, actividades, cuidados etc.

Ante todo lo dicho, también es indispensable aclarar que se necesita del apoyo y el constante estímulo de los familiares o redes de apoyo que están cerca del paciente, y que lo apuntalan en su tratamiento.

Para concluir, y a pesar de que los objetivos son ambiciosos, no se puede perder de vista que en el trabajo con pacientes esquizofrénicos se debe ser paciente y no esperar resultados en el corto plazo, aunque si mejoras parciales que poco a poco irán consolidando un nuevo estilo de vida más saludable, y que les permita a estas personas desarrollarse de manera íntegra y responsable.

Conclusión

El trabajo final de grado que se ha presentado, surge ante la necesidad de poder realizar algún aporte a lo que se ha dado a llamar como “vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad”, en este sentido se ha considerado que la población que padece la patología esquizofrénica, encaja perfectamente en esta línea temática escogida ya que como se ha mencionado anteriormente en este trabajo, son sujetos que están expuestos a situaciones de alto riesgo que llegan a poner en riesgo su integridad física a causa del deterioro global que se puede apreciar, y que con el paso del tiempo este estado tiende a incrementarse llegando en casos extremos a un estado de invalidez total, si esta población no es capaz de acceder a un tratamiento global en el plano farmacológico y psicoterapéutico.

En conexión con lo enunciado, se puede definir a la vulnerabilidad, “como una capacidad disminuida de una persona o colectivo para anticiparse, hacer frente y resistir ante los efectos o consecuencias de un peligro natural causado por la actividad específica humana y/o recuperarse de las consecuencias de este” (Canvas, 2019). Es por esto que, las conductas de riesgo serían todas aquellas acciones que ponen o pueden poner en peligro el equilibrio de la salud (física o mental) de la propia persona.

Fue a raíz de esta amenaza detectada, que se advirtió, que desde el dispositivo Hospital de Día, se abordaban diversas áreas que tienen que ver sobre todo con el funcionamiento mental de los pacientes afectados de esquizofrenia, pero había un vacío en lo referente a los hábitos saludables y los cuidados del cuerpo, aspectos que muchas veces son dejados de lado en los abordajes terapéuticos, por considerar que el trastorno

psiquiátrico afecta de manera sustancial la esfera mental, en detrimento del plano físico del sujeto doliente.

Fue en este marco que se optó por implementar un plan que contemplara este déficit que se localizó a partir de la lectura del material de Canvas, y sobre todo del conocimiento del funcionamiento interno que se tiene de Hospital de Día.

No se puede dejar de recordar que el objetivo principal que motivo esta propuesta, fue el de inculcar hábitos saludables a partir de una herramienta tan importante en el campo de la psicología, como es la psicoeducación, de allí en más se fue explorando aquellas áreas que necesitaban de un abordaje especial que nunca había sido realizado hasta el momento, y de allí se terminó de dar forma a lo que aquí se presenta, intentando cubrir necesidades y problemas reales y concretos con la pretensión de lograr un cambio o transformación en la calidad de vida de estos sujetos.

En lo referente a las limitaciones que presenta este proyecto, podría afirmarse que hay cierta población con patología psiquiátrica que queda fuera de este plan de intervención, producto de la especificidad de la enfermedad mental que se aborda desde este taller. Como es consabido, la esquizofrenia necesita de un abordaje integral, específico y diferente al de otros cuadros psicóticos, y de allí surge la necesidad de ajustar la intervención a los requerimientos concretos.

Otro condicionante que presenta este plan de acción, es la incertidumbre respecto a si podrá ser implementado de manera permanente dentro de la estructura del dispositivo

Hospital de Día. Es de público conocimiento, que la salud pública depende pura y exclusivamente del financiamiento del estado, y no se sabe si este, estará presto a realizar la inversión (si bien es mínima), para su funcionamiento.

En correlación con lo dicho arriba, también podría ser considerado un condicionamiento, el breve lapso de duración que tiene el proyecto, está planificado para realizarse durante dos meses y medio, pero se estima que para poder apreciar resultados realmente favorables (dadas las características de la patología esquizofrénica), es crucial contar con un tiempo más extenso.

Las fortalezas que se pueden atribuir a este programa, es la implementación de un plan específico para una población que requiere de atenciones especiales. El diagnóstico de psicosis no se manifiesta de una única manera, sino que tiene múltiples manifestaciones y entidades nosológicas que la componen, por lo que es indispensable plantear un tratamiento integral y específico para cada enfermedad. En el caso de la esquizofrenia, dada la gravedad del cuadro, se pretende a través de este plan de acción, intervenir sobre la mayor cantidad de dimensiones posibles, de manera tal que el paciente pueda lograr una mejora sustancial en su calidad de vida.

Igualmente, la posibilidad de trabajar con un grupo reducido de pacientes se contempla como un aspecto favorable, ya que de esta manera se puede lograr un tratamiento y seguimiento mucho más preciso de cada uno de los pacientes. Asimismo, el hecho de poder insertar este plan de acción en un dispositivo que ya está funcionando con otros talleres, es una faceta beneficiosa, ya que implica no tener que realizar grandes

modificaciones en la estructura de funcionamiento. En sintonía con lo que se viene comentando, otro componente favorable es la disponibilidad de profesionales con los que cuenta el hospital, que pueden perfectamente estar al servicio de las necesidades que eventualmente pueda tener el programa que aquí se presente. Prácticamente todas las especialidades médicas que se necesitarían para llevar adelante el plan de acción se encuentran en el personal de planta del nosocomio.

Sin dudas, que a futuro esta propuesta podría estar sujeta a ajustes, revisiones y mejoras que le concederían una mayor eficiencia con respecto a los objetivos que se pretenden alcanzar. Dentro de lo que se percibe, que podría otorgar un mejor desempeño a esta propuesta, se podría mencionar: el abordaje de otras áreas que quedan por fuera de esta intervención, la posibilidad de trabajar de manera más intensiva con los familiares del paciente, la chance de prolongar en el tiempo la realización de esta propuesta, contar con un presupuesto más alto que permita desarrollar actividades y visitas a lugares estratégicos de la ciudad y compra de elementos, incorporar a otros profesionales que aporten sus conocimientos, etc.

Referencias

Acosta, R., Lozano, C. y Lydia, M. (2016). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia.

Revista Med, 17, (1), pp. 87-94. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a13.pdf>

American Psychiatric Association (APA). (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.

Andereggen, I. & Seligmann, Z. (1999). *La psicología ante la gracia*. Buenos Aires: EDUCA.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (4ª ed., Texto rev.). Washington, DC: Autor.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (5ª ed., Texto rev.). Washington, DC: Autor.

Ayesa Arriola, R., Martínez García, O., Mayoral van Son, J., Rius Teixido, M., Suarez Pinilla, P. (2014). *Guía de hábitos de vida saludables para personas con trastorno mental grave*. Cantabria, España: Imprenta Regional de Cantabria.

Campero, M.A., Ferraris, L. (2014). La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia. *Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 4, pp. 52-55. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/view/6297/5674>

Canvas. (2019). Universidad Siglo 21. Extraído de <https://siglo21.instructure.com/courses/5529/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Eulate Martín Moro, C., Los Arcos, M. & Ruesga Calderón, J. (2008). Grupo psicoeducativo sobre hábitos de vida saludables para personas con esquizofrenia en un hospital de día psiquiátrico. *Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades*, (1), 119-142. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2866214>

Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. (1969). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson, S.A.

Flores, P. (2013) *Hospital de Día como dispositivo de desmanicomialización* (Tesis de grado). Universidad Siglo 21, Rio Cuarto, Argentina. Recuperada de https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/11659/CD_TRABAJO_FINAL_DE_GRADUACION_PAOLA_FLORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24, pp. 223-244. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104>

Freud, S. (1923/2012). *Neurosis y Psicosis*. En *Obras Completas*, volumen 19 (pp152-159). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1924/2012). *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*. En *Obras Completas*, volumen 19 (pp. 190-197). Buenos Aires: Amorrortu.

Gaitero Calleja, M., Santed German, M., Rullas Trincado, M., Grande de Lucas, A.

(2007). Programa de control de peso en personas con enfermedad mental grave del espectro psicótico. *Psicothema*, 19, 640-645. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2389521>

González Torres, M. (2015). Trabajo de sistematización de primer año de la residencia interdisciplinaria de Salud Mental. Manuscrito no publicado.

Jiménez, M.G., Martínez, P., Miro, E., Sánchez, A.I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, pp. 185-202. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33780113>

Laplanche y Pontalis. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica SA.

Martin Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista cubana salud pública*, 29, pp. 275-281. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012

Millas, M. (2015). *El psicoanálisis pensado desde la psicosis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Salud mental, de *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Ramírez Hoffmann, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Medica*, 33, pp. 3-5. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/283/28333101.pdf>

Simonelli Muñoz, A. (2008). *Esquizofrenia y obesidad: influencia de los hábitos alimenticios, tratamiento farmacológico, y aspectos socio familiares* (Tesis de doctorado). Universidad Católica San Antonio, Murcia, España. Recuperada de <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/811/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sin autor (2001). *Psicosis*. Recopilación bibliográfica: Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/psicosis.pdf

Tejedor Sodeto, G. (2015). *Programa de hábitos saludables en pacientes con TMG para prevenir el desarrollo del Síndrome Metabólico* (Tesis de grado). Universidad de Zaragoza, España. Recuperada de <https://zagan.unizar.es/record/32082/files/TAZ-TFG-2015-590.pdf>

Anexos

Escala de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

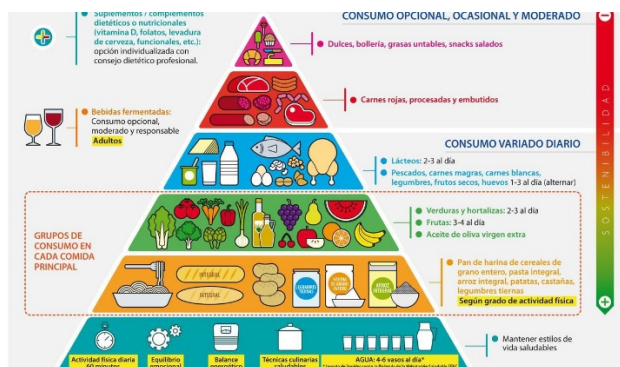
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Pirámide alimenticia



Video “American Dental Association”

<https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/b/brushing-your-teeth>

The screenshot shows the MouthHealthy website interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'ETAPAS DE LA VIDA', 'PRODUCTOS CON EL SELLO DE LA ADA', 'A-Z TEMAS', 'NUTRICIÓN', and 'VISITA AL DENTISTA FAQ'. Below this is a search bar and social media icons. The main content area features a 'Find-a-Dentist' search form on the left and a video player on the right. The video is titled 'Como Cepillarse sus Dientes' and shows a man brushing his teeth. A green circle with '45°' indicates the recommended brushing angle. Below the video, there is a caption in Spanish: 'Cepillarse los dientes es una parte importante de la higiene bucal habitual. Para tener una boca y sonrisa sanas, la ADA le recomienda:'. At the bottom left, there is a 'Give Kids A Smile' button.

PowerPoint “Adicciones” (Universidad Austral)



Analia Verónica
Losada

ADICCIONES

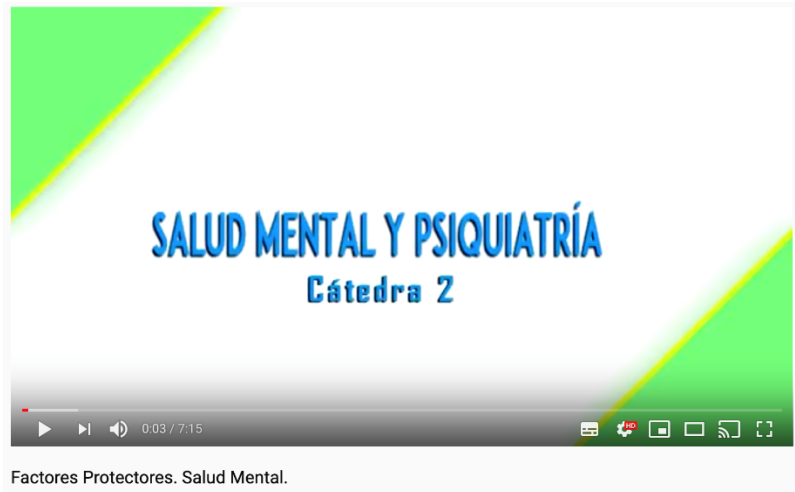
Video “Di-capacitados”

<https://www.youtube.com/watch?v=rnGYRawzSRo&t=1825s>



Video “Factores protectores. Salud mental”

<https://www.youtube.com/watch?v=wTXNrjkUVPk>



Video “Beneficios del ejercicio físico en la salud mental”

<https://www.youtube.com/watch?v=eenvNuBh458&t=282s>



