



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2014/2015  
Convocatoria Junio



**Modalidad:** Trabajo de carácter profesional, relacionados con los diferentes ámbitos del ejercicio profesional para los que cualifica el título.

**Título:** Diseño de un propuesta de intervención integral para pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

**Autor:** Aránzazu Vercet Revert

**Tutora:** Gemma Benavides Gil

Elche a 1 de Junio de 2015

## Índice

1.	Resumen.....	3
2.	Introducción.....	5
3.	Método.....	10
3.1.	Objetivos específicos.....	10
3.2.	Beneficiarios.....	10
3.3.	Instrumentos de evaluación.....	11
3.4.	Descripción del programa de intervención.....	14
4.	Discusión/Conclusión.....	20
5.	Anexos.....	26
Anexo A.	XXXXX.....	26
Anexo B.	XXXXX.....	39
Anexo C:	XXXXX.....	40
Anexo D.	XXXXX.....	53



## 1. Resumen

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que suele afectar en gran medida las diferentes facetas de la vida de la persona. A fin de disminuir el deterioro del paciente y mejorar su calidad de vida, son necesarios programas de intervención multicomponentes. El objetivo general del presente trabajo es elaborar una propuesta de intervención psicológica integral, en formato grupal, para personas con un diagnóstico de esquizofrenia, que integre no sólo las técnicas psicológicas tradicionalmente empleadas en este trastorno, sino también otras técnicas novedosas y creativas. El programa que se presenta incluye diferentes técnicas de intervención tales como psicoeducación, habilidades para la toma de medicación, reestructuración cognitiva, rehabilitación cognitiva, regulación emocional y manejo del estrés, prevención del suicidio, entrenamiento en habilidades de la vida diaria, en habilidades sociales y en habilidades de inserción laboral, teatro terapéutico, musicoterapia y arteterapia.

**PALABRAS CLAVE:** Esquizofrenia, tratamiento psicológico, musicoterapia, arteterapia, teatro terapéutico.

### **ABSTRACT:**

Schizophrenia is a chronic disease that usually affects greatly the different aspects of life of the person. To reduce the deterioration of the patient and improve their quality of life, they are needed multicomponent intervention programs. The overall objective of this work is to develop a comprehensive psychological intervention proposal in group format, for people with a diagnosis of schizophrenia, integrating not only psychological techniques traditionally used in this disorder, but also other innovative and creative techniques. The program includes various techniques such as psychoeducation intervention, skills for taking medication, cognitive restructuring, cognitive rehabilitation, emotional regulation and stress management, suicide prevention, training in daily living skills, social skills and employability skills, therapeutic theater, music therapy and art therapy.

**KEYWORDS:** Schizophrenia, psychological therapy, music therapy, art therapy, therapeutic theater.

***“La verdadera locura quizá no sea otra cosa que la sabiduría misma que, cansada de descubrir las vergüenzas de este mundo, ha tomado la inteligente resolución de volverse loca”***

***(Heine, 1797) (citado en Luca , 1979).***



## 2. Introducción

La esquizofrenia fue definida por primera vez por Kraepelin como “demencia precoz” al observar que algunos pacientes jóvenes presentaban las mismas características que personas con demencia (Kraepelin, 1896). Es, por tanto, un trastorno mental grave que se engloba dentro de los llamados “trastornos psicóticos”.

Bleuler en 1911, a raíz de los estudios de Kraepelin, definió la esquizofrenia como *“ruptura con la realidad, causada por la desorganización de las diferentes funciones de la mente, de modo que los pensamientos y sentimientos por lo general ya no van al unísono”* (p.573).

El mismo concepto fue definido por Freud, quien diferenciaba entre “psicosis” y “neurosis”. El primer término aludía a la no consciencia de la realidad y la neurosis a la consciencia de la realidad causada por una decepción de percibir la misma (Tabares y Vera, 2010).

El concepto de la enfermedad ha experimentado diferentes cambios en sus definiciones, desde su formulación original por Kraepelin (Tabares y Vera, 2010).

Las características clave que definen los trastornos psicóticos, especialmente en esquizofrenia paranoide, son delirios, alucinaciones, comportamiento y lenguaje desorganizados, en los que se tienen ideas extrañas que no se ajustan a la realidad o al consenso social de referencia. Se encuentran incluidos dentro de los llamados “síntomas positivos”(Cuevas- Yust, 2006).

Los delirios son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas, como persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos o de grandeza. Los delirios persecutorios son los más comunes (Fuentenebro, 2007).

Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo desencadenante. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario (Cuevas-Yust, 2006). Las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y otros trastornos mentales relacionados (Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 1997).

El pensamiento desorganizado es otro síntoma de la psicosis, que habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. La característica principal es que el habla no sigue una secuencia ordenada y racional y el discurso es incoherente, repetitivo y carece de sentido. Los pacientes pueden pasar de un tema a otro de forma inconexa, así como manifestar verborrea, ecolalia o descarrilamiento.

El comportamiento desorganizado es también muy común en esquizofrenia. Puede encontrarse de diferentes maneras, desde “tonterías” infantiloides a agitación impredecible. Es habitual observar problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a una meta y a un objetivo, o para realizar actividades de la vida cotidiana (Pérez y Álvarez, 2012).

Los síntomas negativos, a su vez, son responsables de una parte importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Los dos síntomas negativos más destacados son la expresión emotiva disminuida y la abulia. Otros síntomas negativos son la anhedonia, la asociabilidad y la alogia, entre otros (APA, 2014).

La prevalencia de la esquizofrenia es de aproximadamente de 0,2 a 2% de la población, observándose una incidencia anual de aproximadamente el 1% de la población (APA, 1994).

La esquizofrenia tiene normalmente su comienzo en la adolescencia y principios de la vida adulta, si bien su inicio puede producirse a lo largo de toda la vida, siendo la edad media los 30 años. No hay diferencias por sexo en términos generales; sin embargo, dependiendo del tipo de esquizofrenia encontramos diferencias por sexo, como en esquizofrenia paranoide, que según estudios hay más abundancia en el sexo masculino que en el femenino (Caqueo-Urizar y Lemos-Giráldez, 2008).

Hay variables asociadas que hacen que las personas que sufren este trastorno tengan una menor esperanza de vida, por diferentes causas, como el suicidio, mayores accidentes y disminución de recursos de afrontamiento para abordar la vida (Cavieres y Valdebenito, 2005).

Son múltiples las teorías y los autores que desde hace años han intentado explicar el origen y el desarrollo de la esquizofrenia.

El Modelo de diátesis-estrés (o vulnerabilidad-estrés) plantea la existencia de factores genéticos y/o alteraciones en el sistema nervioso central que, en interacción con factores ambientales, desencadenarían el trastorno (Zubin y Spring, 1978). Es

decir, habría una cierta predisposición innata y anomalías genéticas que, según el estilo de vida, la aparición de estresores ambientales y/o estímulos externos desencadenantes, podría llevar a la aparición de una esquizofrenia (Zubin y Spring, 1978). Sin embargo, la incidencia real es del 50%, lo cual puede significar que están involucrados varios genes, o que el hecho de tener “un gen de la esquizofrenia” da lugar a la susceptibilidad a desarrollarla, pero el trastorno se desencadenaría por otros factores (Zubin y Spring 1978; Zubin, Steinhauer y Van Kammen, 1983).

Otra teoría sobre el origen de la esquizofrenia es la Hipótesis dopaminérgica (Olney y Farber, 1955), que plantea que la enfermedad, estaría causada por la excesiva actividad de las neuronas dopaminérgicas, probablemente del sistema mesolímbico, que proyecta desde el área tegmental ventral al núcleo accumbens y la amígdala (Sthal, 2012). Concretamente, la actividad indiscriminada de la sinápsis dopaminérgica del núcleo accumbens hace que los pacientes tengan dificultades para seguir una secuencia de pensamiento ordenada y racional (Fibiger, 1928).

Sin embargo, algunos casos de esquizofrenia ocurren incluso en familias sin historial de esquizofrenia ni de otras enfermedades mentales relacionadas, por lo que habría que considerar factores ambientales implicados en el desarrollo de la enfermedad (Obiols y Villanova, 2003).

Algunas investigaciones plantean la influencia de variables tales como la estación del año en que se produjo el nacimiento (debido a epidemias víricas), la densidad de la población, la malnutrición materna o el estrés de la madre (Mesa y Castillo, 2010).

Así, por ejemplo, algunos estudios indican que las personas nacidas hacia el final del invierno y principios de la primavera tienen mayor probabilidad de desarrollar esquizofrenia, fenómeno conocido como efecto estacional, debido a que las mujeres embarazadas pueden tener una mayor probabilidad de contraer una enfermedad vírica durante la fase crítica del desarrollo del feto (Kendell y Adams, 1991; Ramírez-Bermúdez, Soto-Hernández, López, Mendoza, Colín y Campillo-Serrano, 2005).

Otros estudios señalan que las personas nacidas lejos del Ecuador son más susceptibles de desarrollar esquizofrenia, fenómeno conocido como efecto de la latitud (Mesa y Castillo, 2006).

También se ha asociado el origen de la enfermedad a la deficiencia de tiamina por problemas de malnutrición durante el desarrollo fetal (Martínez, Cuesta y Peralta, 1997).

Asimismo, algunos trabajos apuntan a una mayor incidencia de esquizofrenia en niños nacidos de madres a las que, durante el embarazo, se les comunicó que su marido había muerto en combate durante la segunda guerra mundial. El estrés de la noticia podría haber deprimido el sistema inmunitario de las madres, aumentando la probabilidad de contraer una enfermedad vírica (Gómez Alcalde, 2006).

Estos y otros muchos factores que todavía siguen siendo investigados pueden determinar el desarrollo de la esquizofrenia (Carlson, 2005).

En revisiones sobre la calidad de vida en personas con esquizofrenia se ha constatado que hay un estándar de vida significativamente más pobre que en otros en su comunidad, a pesar de la mejoría que ha supuesto la aparición de los fármacos antipsicóticos (Boves y González, 1997; Caqueo-Urizar y Lemos-Giráldez, 2008; Vallina-Fernández y Lemos-Giráldez, 2001).

Los importantes déficits cognitivos afectan a las habilidades para procesar y entender la información. Las dificultades para ordenar los pensamientos de una forma lógica, ordenada y racional no permiten separar las conclusiones plausibles de las absurdas (Carlson, 2005). Las ideas delirantes, si las hay, se suelen tornar la principal preocupación en la vida de la persona, ya que son vividas con ansiedad y activación intensas, distorsionándose y fragmentándose la secuencia de la realidad (OMS, 2001; Pérez-Pareja y Terrassa-Blázquez, 2007).

Así pues, la sintomatología de la enfermedad puede tener importantes consecuencias en la vida de los afectados, siendo por lo general más severas que en otros trastornos psiquiátricos. Entre ellas destacaría la desorientación, el deterioro funcional, el descuido de la higiene personal, las dificultades para ejecutar las actividades de la vida diaria, las alteraciones en el funcionamiento familiar, la pérdida o el no desarrollo de relaciones sociales y la dificultad en la integración laboral, entre otras (Guisbert-Aguilar, 2003). La enfermedad suele arrasar en la vida del individuo, llevándose habilidades previamente aprendidas, costumbres, hábitos y formas de ver y entender la vida y la realidad (Caqueo y Lemos, 2008).

En síntesis, la esquizofrenia conlleva un elevado coste personal, familiar, económico y social, siendo la enfermedad mental con mayor estigmatización asociada (Chuaqui, 2005; Pérez y Terrasa, 2007).

Dado que la esquizofrenia es un trastorno especialmente complejo, su tratamiento incluye diferentes terapias (farmacológicas, psicológicas, ocupacionales...), en las que el psicólogo adquiere un papel esencial, trabajando en estrecha coordinación con psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales. El tratamiento es, por tanto, integral y multidisciplinar (Caqueo y Lemos, 2008).

La intervención ha de adaptarse a los cambios en la frecuencia y severidad de los síntomas, elaborándose un plan individualizado de integración y rehabilitación integral adecuado para cada persona, lo que se conoce como PIRI (Florit y Robles, 2006). Así pues, los tratamientos más eficaces son aquellos que abarcan las diferentes áreas del problema, conocidos como programas multimodales y multifactoriales, y que incluyen psicoeducación sobre el trastorno, entrenamiento en habilidades de la vida diaria, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, manejo del estrés, apoyo comunitario, planificación del tiempo libre, integración sociocomunitaria, rehabilitación laboral y prevención de recaídas. Todo ello con la finalidad de encauzar la vida de las personas que sufren este trastorno, integrarles de forma eficiente en la sociedad y evitar la estigmatización de ellos mismos y de sus familiares (Laviana-Cuetos, 2006). Sin olvidar en ningún momento las dificultades asociadas al tratamiento de una enfermedad de curso crónico.

Además de las técnicas de intervención planteadas previamente, actualmente se están aplicando con éxito otras terapias en el tratamiento de la esquizofrenia, como son la musicoterapia, el teatro terapéutico y la arteterapia. Los beneficios de estas técnicas son, en primer lugar, que el tratamiento va más allá de la medicación antipsicótica y la psicofarmacología, es decir, permite usar materiales artísticos, como en el caso del dibujo para la autoexpansión y reflexión personal. En segundo lugar, la musicoterapia, produce una mejora en personas que tienen problemas conductuales, cognitivos y de funcionamiento social. Por último, el teatro, a su vez, aporta beneficios terapéuticos a nivel cognitivo, emocional y social. El objetivo es que el paciente logre un cambio y crezca a nivel personal con el uso de estas técnicas novedosas en un ambiente facilitador, seguro y práctico (Bernabé y Martínez, 2013).

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, el objetivo general del presente trabajo es: Elaborar una propuesta de intervención psicológica integral, en formato grupal, para personas con un diagnóstico de esquizofrenia, que integre no sólo las técnicas psicológicas tradicionalmente empleadas en este trastorno, sino también otras técnicas novedosas y creativas provenientes de la arteterapia y la ludoterapia.

### **3. Método**

#### **3.1. *Objetivos específicos***

Del objetivo general previamente expuesto se desprenden una serie de objetivos específicos.

Con el programa de intervención propuesto en el presente trabajo se espera que el paciente logre:

- Mejorar su funcionamiento cognitivo.
- Disminuir las posibles alucinaciones e ideas delirantes.
- Disminuir síntomas emocionales de ansiedad, depresión e ideas de suicidio.
- Desarrollar habilidades para el manejo del estrés, la frustración y la ira.
- Aprender hábitos para la toma de la medicación y la adherencia al tratamiento.
- Adquirir o recuperar habilidades para la vida diaria.
- Desarrollar o recuperar habilidades sociales.
- Mejorar su funcionamiento familiar.
- Adquirir habilidades para su inserción laboral y comunitaria.
- Instaurar nuevas formas de expresión y de ocio a través de la arteterapia y la ludoterapia.

#### **3.2. *Beneficiarios***

Los beneficiarios del programa de intervención propuesto serán personas con un diagnóstico de esquizofrenia, atendidos en servicios de salud mental de la ciudad de Alicante, mayores de edad, que tengan dificultades en su funcionamiento psicosocial debido a la enfermedad y/o hayan tenido en los últimos meses un internamiento en una Unidad de hospitalización psiquiátrica.

El contexto de aplicación de esta propuesta es el centro polivalente de Santa Faz del Doctor Esquerdo, Alicante. El psiquiátrico del Doctor Esquerdo está situado en el municipio de San Juan y atiende a pacientes con patología mental crónica y subaguda grave, focalizando la atención en la rehabilitación psicosocial y clínico-sanitaria.

Las instalaciones se encuentran repartidas en 8.500 metros cuadrados, con tres áreas específicas como el centro de día, rehabilitación e integración y residencia.

#### *Criterios de inclusión*

- Pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-5.
- Mayores de 18 años.
- Pacientes que realicen seguimiento psicológico y farmacológico en un centro de salud mental de Alicante.
- Estado sintomático del paciente que le permita participar y beneficiarse de la dinámica grupal.
- Personas que tengan dificultades en el día a día o hayan tenido un internamiento previo.
- Personas que no sean conscientes de la enfermedad o que acaben de recibir el diagnóstico.

#### *Criterios de exclusión*

- Retraso mental.
- Sintomática que requiera el ingreso inmediato del paciente o intervención de urgencia.
- Evidencias de problemas neurológicos.
- Abuso de tóxicos o alcohol.
- Conducta disruptiva y violenta.

### *3.3. Instrumentos de evaluación*

Previamente a comenzar el tratamiento, se llevará a cabo una evaluación inicial de línea base, que se realizará de forma individual con cada uno de los integrantes que compongan el grupo. Al finalizar el mismo, se procederá a realizar una evaluación

pos-tratamiento, a fin de comprobar si ha habido una mejoría y si se han cumplido los objetivos propuestos, y así valorar la eficacia del programa de intervención propuesto.

A continuación se describen las pruebas aplicadas en el protocolo de evaluación.

- “Escala para la evaluación de síntomas negativos” y “Escala para la evaluación de síntomas positivos” (*Scale for assesment of negative symptoms* y *Scale for assesment of positive symptoms*, SANS y SAPS; Andreasen, año 1982; adaptación española de Vázquez, 1989). Instrumento para evaluar la gravedad de la sintomatología positiva y negativa de pacientes con esquizofrenia. Los ítems se puntúan según la gravedad del síntoma en escalas tipo Likert de 0 (ausencia de síntoma) a 5 (síntoma presente de una forma intensa). La SANS consta de 25 ítems, la SAPS de 34. La SANS evalúa síntomas negativos en cinco categorías como embotamiento de la afectividad, abulia, apatía, anhedonia y deterioro de la atención. La SAPS evalúa los síntomas positivos en cuatro categorías como alucinaciones, delirios, conducta extravagante y desorden del pensamiento formal. El clínico evalúa la gravedad total de la sintomatología evaluada en esa categoría. En cuanto a las garantías psicométricas de la prueba, su fiabilidad es de 0.45 para la puntuación total de la SANS y de 0.25 a 0.55 para las cuatro categorías de la SAPS. Respecto a su validez vemos en la categoría de SANS con la escala de síntomas positivos y negativos (PANNS) de 0.88 con los síntomas negativos de la escala Breve de síntomas psiquiátricos (BPRS) de 0.85. La correlación de la SAPS con la subescala positiva de la PANNS es de 0.89 con los síntomas positivos del BPRS de 0.98 (Andreasen, 1982).
- “Cuestionario Sevilla de la calidad de vida” (CSCV; Giner, Boves, Ibáñez, Leal, Beca y Cervera, 1994). Autoinforme desarrollado para evaluar la calidad de vida de los pacientes con trastorno mental severo. Establece una diferenciación entre la evaluación sintomatológica y la evaluación de la calidad de vida. Su objetivo es la evaluación subjetiva de las funciones alteradas, del impacto de la psicopatología y de los efectos secundarios del tratamiento. Consta de 59 ítems

que se exploran en 12 áreas en dos subescalas, 9 aspectos favorables y 3 aspectos desfavorables. Tiene un formato de respuesta tipo Likert con 5 alternativas ordinales. Las escalas son: Falta de aprehensión negativa, Falta de energía, Falta de control interno, Agresividad, Dificultades de expresión cognitiva, Extrañamiento, Miedo a la pérdida de control, Hostilidad contenida, Automatismo, Satisfacción vital, Autoestima y Armonía. Tiene un alpha de Cronbach de 0.89 a 0.90 (Alvarado y Muñoz, 2006).

- “Escala de evaluación de la esquizofrenia” (SCHIZOM; Fisher *et al.*, 1997; adaptación española de Muñoz *et al.*, 1999). Entrevista semiestructurada que evalúa proceso y déficits asociados a la esquizofrenia a lo largo del tiempo. Es probablemente el instrumento más reciente en el abordaje de la evaluación de resultados en el tratamiento de personas con problemas mentales crónicos. Como señalan sus autores se ha creado con la idea de ofrecer una evaluación Multidimensional (National institute of mental Health, 1991, Rosenblatt y atkinson, 1993). Tiene tres versiones distintas: línea base usuario, línea base informador y seguimiento de 4 a 6 meses. Evalúa las siguientes áreas: ajuste previo a la enfermedad, historia familiar de la enfermedad mental, síntomas recientes, funcionamiento cognitivo, actividades de ocio, actividades de la vida diaria, actividades sociales, vivienda, actividad educativa, actividad laboral, abuso de sustancias legales, violencia, suicidio, adherencia a la medicación, uso de servicios y componentes del tratamiento. Consta de 85 ítems y se administra en forma de entrevista con una duración estimada de 30 minutos . Los datos de fiabilidad test retest y de validez sobre un estudio de campo inicial con 100 pacientes con esquizofrenia son muy alentadores (Cuffiel, 1997).
- “Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana” (*Life skill profile*, LSP; Rosen *et al.*, 1989; adaptación española de Bulbena-Vilarrasa *et al.*, 1992). Esta escala ha sido diseñada para medir el nivel de funcionamiento y de incapacidad del enfermo con esquizofrenia. La LSP está formada por 39 ítems y pretende medir el nivel de funcionamiento en situaciones y tareas comunes. Tiene una escala de respuesta tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor (1 punto). Se compone de 5 subescalas: autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación con contacto social y vida autónoma. Una puntuación alta en cada escala indicaría un nivel de funcionamiento alto. La evaluación del funcionamiento psicosocial permite valorar el nivel de adaptación de la persona a la comunidad en relación a las actividades de la vida diaria (AVD). En cuanto a su fiabilidad y

validez, la escala ha demostrado buenos requisitos psicométricos (.30) al respecto (Vilarrasa y Domínguez, 1992).

- “Escala Multidimensional de Expresión social” (EMES; Caballo, 1989). Pretende medir el comportamiento del individuo de acuerdo con una serie de habilidades sociales específicas. Consta de 64 ítems, en cada uno de los cuales se indica la frecuencia de aparición de conductas sociales, en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Ofrece información acerca de diferentes factores que agrupan diferentes situaciones como iniciación de interacciones, hablar en público, defensa de los derechos del consumidor, expresión de molestia, desagrado, enfado, expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto, aceptación de cumplidos, rechazo de peticiones por parte del sexo opuesto, tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto, preocupación por los sentimientos de los demás, expresión de cariño hacia los padres. Las puntuaciones más bajas indican peores puntuaciones en habilidades sociales. Se han hallado datos sobre su consistencia interna, su fiabilidad test-retest y su validez concurrente. La escala ha sido analizada factorialmente, dando como resultado 12 factores claramente definidos que explican el 48% de la varianza total (Casas, Escandell, Ribas y Ochoa, 2010).

#### 3.4. Descripción del programa de intervención

El programa estaría coordinado por diferentes profesionales, principalmente psicólogos. En el equipo interdisciplinar también habría psiquiatras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales que intervendrían en las sesiones.

Puesto que es un programa centrado en esquizofrenia, dependiendo del tipo y de la sintomatología presente, se hará más hincapié en unos aspectos u otros de la intervención. Lo que se pretende es que, en la intervención individual y en la realización del PIRI, el psicólogo, junto al usuario, enfoquen, de acuerdo con los objetivos específicos de cada persona, la asistencia a las sesiones, de acuerdo con sus prioridades y necesidades individuales. El programa se divide en un paquete de tratamiento en formato individual y posteriormente grupal y se imparte de lunes a viernes, por las mañanas. El número de participantes del programa es de 10.

Está previsto que el programa tenga, en la intervención grupal una duración de 8 a 9 meses, con una individual de 1 mes. Las sesiones van desapareciendo a la vez que se imparten las sesiones previstas, menos la toma de la medicación que es diariamente, la rehabilitación cognitiva que se imparte una vez a la semana, y las

sesiones más novedosas como la musicoterapia, arteterapia y teatro que perduran los 9 meses hasta el fin de la intervención.

La intervención individual se imparte en 7 sesiones con una duración de 1 mes aproximadamente.

Los objetivos que pretendemos conseguir con la misma son:

- Alianza terapéutica
- Conocimiento y consciencia de la enfermedad
- Adherencia al tratamiento y a la toma de la medicación de forma autónoma
- Reestructuración de creencias irracionales

Se trabajará con cada paciente sobre su plan individualizado de rehabilitación integral y se tendrá en cuenta a raíz de la consciencia de la enfermedad, la psicoeducación del trastorno, sus creencias irracionales y un repaso sobre su historia de vida.

Las sesiones individuales duran 60 minutos, con un descanso de 10 minutos en cada una. En la Tabla 1 se presenta el detalle de la intervención individual.

Tabla 1. Sesiones, objetivos, técnicas y procedimientos de la intervención individual

<b>Sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas y procedimiento</b>
1 <i>“Primera entrevista”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar a cabo la evaluación del paciente.</li> <li>• Comprobar si se cumple el diagnóstico.</li> <li>• Empatizar y establecer una buena relación terapéutica.</li> <li>• Exponer el programa de intervención.</li> </ul>	<p>Escucha activa. Pase de pruebas de evaluación. DSM-V. Explicación del programa de intervención. Consentimiento informado y contrato psicológico.</p>
2 <i>“¿Qué me ocurre?”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información sobre la esquizofrenia al paciente y los familiares.</li> </ul>	<p>Psicoeducación. Biblioterapia. Interacción con el paciente sobre su biografía y consciencia de enfermedad. Autorregistros.</p>

3 <i>“Toma de mi medicación”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la adherencia al tratamiento y la toma de la medicación.</li> </ul>	Estrategias dialécticas. Horarios y pautas para la toma de medicación.
4-7 <i>“Cambiando mis pensamientos”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar creencias irracionales.</li> </ul>	Reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales.

En la sesión 1 tenemos la entrevista inicial con el paciente, y comprobamos que se cumple el diagnóstico previo. En la sesión 2 iniciamos una breve psicoeducación en formato individual tanto con la familia como con el usuario para que conozca la enfermedad. En la sesión 3 preparamos un horario para la toma de la medicación, y en la sesión 4,5,6 y 7 hacemos énfasis en el cambio de las creencias irracionales haciendo más sesiones dependiendo del caso en particular.

La intervención grupal, en cambio, se imparte en un tiempo de 120 minutos cada sesión, con un descanso de 15 minutos.

Los objetivos que pretendemos conseguir con la misma son:

- Estimular las funciones cognitivas en la atención, percepción y aprender bases ortográficas, de lectura y aritmética
- Aprender a controlar los delirios y alucinaciones
- Aprender a controlar la ira
- Disminuir las posibles ideas de suicidio
- Saber identificar emociones y cómo controlarlas
- Aprender habilidades de la vida diaria
- Mejorar las relaciones familiares
- Aprender técnicas novedosas a través del arte, la música y el teatro

El orden de las sesiones es:

En la sesión 1 explicación del tratamiento en grupo, en la sesión 2 rehabilitación cognitiva que se imparte una vez a la semana durante 9 meses. En las sesiones 3,4, 5 y 6 nos centramos en el control de delirios y alucinaciones. En las sesiones 6, 7,8 y 9 control de las respuestas de ira. En las sesiones 9, 10,11 y 12 control del suicidio.

En las sesiones 13,14 y 15 nos centramos en la identificación de emociones. En las sesiones 16, 17,18, 19 y 20 planificación de actividades de la vida diaria.

Posteriormente en las sesiones 21, 22, 23, 24 y 25 entrenamiento en habilidades sociales, y 26, 27,28, 29 y 30 mejora del funcionamiento familiar. Pasaremos después a la búsqueda de empleo en la sesión 30 para luego centrarnos en las sesiones 36, 37,38, 39 y 40 en teatro terapéutico, musicoterapia de la sesión 41 a la 50 y arteterapia de la 51 a la sesión 60.

En cuanto a las sesiones de planificación de actividades de la vida diaria incluye también sesiones en el domicilio particular de los usuarios y escapada fuera del centro, para enseñarles diferentes hábitos como coger el transporte público, ir a un supermercado y usar un cajero.

La intervención grupal ofrece una serie de beneficios comparado con la individual, como es el caso de que los usuarios puedan mantener una cierta relación social entre iguales, desarrollen empatía, aprendan a vivir en sociedad y entablen amistad entre ellos. Por otro lado, permite hacer más actividades de forma lúdica con ejercicios de interacción social, y entrenamiento en habilidades sociales a través de Rol-playing y a través del teatro y la música de una forma más dinámica.

A continuación haremos una breve descripción de la propuesta de intervención. Luego comentaremos los puntos más exhaustivamente centrándonos en el desarrollo de cada una de las sesiones en el siguiente anexo.

Para poder hacer una correcta evaluación, deberemos centrarnos en los objetivos anteriormente expuestos.

En cuanto a las garantías éticas, este programa estará totalmente al corriente sobre la ley vigente de protección de datos de cada informe, y respetando en todo momento el código deontológico de la profesión.

Se informará a los participantes sobre todos los aspectos relacionados con la confidencialidad así como su consentimiento informado (véase Anexo B).

Tabla 2. Módulos, objetivos, técnicas y procedimientos de la intervención grupal

<b>Módulo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas y procedimiento</b>
1 <i>“Primera sesión en grupo”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer los talleres en formato grupal</li> </ul>	Ejercicios de presentación
2 <i>“Mejorando a nivel cognitivo”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar el deterioro cognitivo asociado.</li> <li>• Estimular las capacidades cognitivas.</li> </ul>	Ejercicios de atención y percepción Ejercicios de cálculo Lectoescritura
3-6 <i>“Controlando mis síntomas”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender técnicas de afrontamiento para controlar síntomas.</li> <li>• Mantener el control mediante autorregistros.</li> </ul>	Consejo psicológico Control mediante autorregistros Técnicas de relajación
7-9 <i>“Aprendiendo a relajarme”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender técnicas de afrontamiento para controlar la ansiedad.</li> </ul>	Consejo psicológico Psicoeducación Focalización de la atención Modelado Ensayos conductuales y refuerzo positivo. Relajación progresiva
10-12 <i>“Previniendo el suicidio”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir el suicidio.</li> </ul>	Escala de triada cognitiva de Beck y control del suicidio. Técnicas de afrontamiento y resolución de problemas Escucha activa Creación de programa de actividades agradables.

13-15 <i>“Cómo me siento”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar el estado de ánimo e identificación de emociones.</li> </ul>	Psicoeducación Ejercicios de tarjetas Rol-playing de simulación de emociones positivas o negativas.
16-20 <i>“Adquiriendo habilidades de la vida diaria”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender de hábitos de la vida diaria.</li> <li>• Generalizar hábitos a otros ambientes y contextos.</li> </ul>	Ejercicios de tareas para la vida cotidiana Psicoeducación Modelado Tareas para casa
21-25 <i>“Haciendo amigos”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender de pautas básicas para adquirir habilidades sociales.</li> <li>• Modificar de ciertas creencias irracionales.</li> </ul>	Rol-playing Reestructuración cognitiva Modelado Psicoeducación Tareas para casa
26-29 <i>“Mejorando el funcionamiento familiar”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir las discusiones y aumentar de la armonía familiar</li> </ul>	Habilidades de comunicación Modelado y moldeamiento conductual. Ensayos conductuales Refuerzo positivo Solución de problemas asociadas a la convivencia Economía de fichas
30 <i>“Buscando trabajo”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar en la sociedad a través de un empleo</li> </ul>	Ejercicios de búsqueda de empleo a través de internet Realización de curriculum vitae
31-40 <i>“Actuando”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener cierto refuerzo externo y motivacional.</li> <li>• Relacionarse como una forma de autorealización.</li> </ul>	Aprendizaje de la historia teatral Actuación de fragmentos de obras
41-50 <i>“Aprendiendo” Música</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender de la música en todas sus variantes</li> </ul>	Aprendizaje de escala musical Ejercicios musicales diversos
51-60	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la creatividad a</li> </ul>	Realización de dibujo libre

<i>“Creando y expresándome a través del arte”</i>	través del dibujo y las artes plásticas.	Realización de dibujos de autores
61-65 <i>“Previniendo recaídas”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenir de recaídas y mantener logros</li> </ul>	Pase de cuestionarios

#### 4. Discusión

A modo de conclusión podemos decir que hemos pretendido crear una propuesta de intervención a través de las técnicas tradicionales, más usadas y más científicamente validadas, intercalándola con las técnicas más novedosas.

Lo que se pretende en esta propuesta a nivel integral, es desde un primer momento centrarnos en unas técnicas para la adquisición de una serie de conocimientos básicos para vivir en sociedad, cuyos conocimientos pretendemos que se generalicen en otros contextos y ambientes. Entre las técnicas se encuentran en la intervención individual como: toma de la medicación, psicoeducación y modificación de creencias irracionales. Otras en la sesión grupal como: identificar emociones, buscar empleo, relajarse y controlar el estrés, entre otras y en la grupal, hacer hincapié en técnicas en las que la realización en grupo sea más beneficiosa para ensañar las habilidades sociales previamente aprendidas. Las sesiones más innovadoras como musicoterapia, arte terapia, teatro terapéutico, permiten un aprendizaje más dinámico y cooperativo.

Lo que hemos pretendido es que el paciente logre realizar a través de su propia competencia y estimulación intelectual una vida normal a través de búsqueda de empleo activa, entrenamiento en habilidades sociales, disminuya los efectos principales del trastorno para estabilizar su estado de ánimo, logre identificar los estímulos antecedentes desencadenantes de ideas delirantes, así logre una correcta comprensión, estimulación de sus capacidades intelectuales y que logre controlar su ira a través de la relajación progresiva.

Se ofrecen, a su vez, técnicas novedosas usadas de una forma más dinámica en grupo, con las que se pretende estimular su creatividad a través de la pintura como una forma de terapia y auto realización personal para lograr plasmar la realidad en la que se encuentra el individuo, normalmente fragmentada en la esquizofrenia y distorsionada, la cual pretendemos controlar de una forma innovadora y creativa.

Añadir también el teatro terapéutico de la gestalt para sentirse realizados, cooperar y comprender la adquisición de roles dentro del escenario y fuera de él para retomar un papel en su vida y un nuevo establecimiento de objetivos a corto y largo plazo. La musicoterapia ofrece también ventajas terapéuticas para las personas que tienen un trastorno mental. Con la música, pueden aprender formas de percibir la realidad de una forma rítmica y alegre.

Este trabajo también presenta una serie de limitaciones. Se trata de una propuesta que incluye muchas sesiones y requiere mucho tiempo de dedicación, por lo que puede haber abandonos y falta de motivación para continuar.

Por último, mencionar que dado que las técnicas tradicionales que se ofrecen han sido validadas y contrastadas en anteriores estudios, se esperan buenos resultados terapéuticos, que compaginando con las lúdicas, contribuirán a la rehabilitación del usuario para que remitan los síntomas del trastorno y pueda funcionar de forma autónoma en su día a día.



## 5. Referencias bibliográficas

- Aguilar, C. (2003). *Manual de rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Alvarado, R. y Muñoz, K. (2006). Estudio psicométrico del cuestionario Sevilla para valorar la calidad de vida en personas con trastornos mentales severos, en una muestra chilena. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 4, 249-257.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Traducción a cargo de Burg Translations, Inc. Washington, DC American Psychiatric Publishing.
- Bernabé, M. y Martínez, S. (2013). Arte y música. Propuestas de intervención terapéutica en alumnado con problemas sociales. En M. Bernabé y S. Martínez (dirs.), *Congreso internacional de intervención psicosocial arte social y arteterapia de la creatividad al vínculo social*, 2-9. Granada.
- Betes, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Morata.
- Bulbena Vilarrasa, A., Fernández de Larrinoa Palacios, P. Y Domínguez Panchón, A. (1992). Adaptación castellana de la escala LSP (Life Skills Profile). Perfil de habilidades de la vida cotidiana. *Actas Iuso Españolas de Neurología y psiquiatría*, 20, 51-60.
- Cañamares, J. M., Castejón, A. Florit, A., González, J. y Rodríguez. (2007). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.

- Caqueo-Urizar, A. y Lemos Giráldez, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Revista Psicothema*, 4, 527-582.
- Carlson, N. R. (2005). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Addison Wesley.
- Casas, E., Escandell, M. J., Ribas, M. y Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Assessment in Psychosocial. rehabilitation*, 105, 25-47.
- Cavieres, F. A. y Valdebenito, M. V. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43, 97-108.
- Cervera, S., Enguix, A. y Seva Fernández, A. (2006). Esquizofrenia Resistente al tratamiento Farmacológico. *Psicothema*, 2, 48-54.
- Chávez-Hernández, A., Medina Nuñez, M. y Macias García, F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Revista Salud mental*, 31, 185-190.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Revista electrónica: ciencias sociales*, 1, 45-6.
- Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de psicología*, 24, 267-292.
- Cuffiel, B. J., Fisher, E. P., Owen, R. R. y Smith, G.R. (1997). An instrument for measurement of outcomes of care for schizophrenia. *Evaluation and the Health Professions*, 20, 96-108.
- Fibiger, J. (1928). Dopamina: Síntesis, liberación y receptores en el sistema nervioso central. *Revista Biomed*, 11, 39-60.
- Fischer et al . *Schizophrenia out comes module* (SCHIZOM, 1996).

- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología: Colegio oficial de psicología de Andalucía occidental y Universidad de Sevilla*, 24, 223-244.
- Fuentenebro, F. (2007). Delirios y alucinaciones en esquizofrenia. *Informaciones psiquiátricas*, 189, 75-79.
- Gadamer, H. J. (1999). El arte como juego, símbolo y fiesta. *Revista Cuerpomente*, 24, 10-15.
- García-Merita, M. (2005). *Recursos terapéuticos, Tratando esquizofrenia... ese desconocido mal*. Madrid: Pirámide.
- Gómez-Alcalde, M. S. (2006). Patología psiquiátrica en el puerperio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 65, 32-46.
- González-Pardo, H. Y Pérez Álvarez, M. (2007). *La intervención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Graff-Guerrero, A., Apiquian, R., Fresán, A., García, M. y García Anaya, M. (2001). Perspectiva neurobiológica de la esquizofrenia. *Salud mental*, 24, 36-42.
- Guisbert-Aguilar, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral en trastorno mental severo*. Barcelona: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Kraepelin, E. (1987). Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. *Historia de la psiquiatría*, 6, 57-6.
- Laviana-Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de psicología*, 24, 345-373.
- Luca, D. T. (1979). *Los renglones torcidos de dios*. Barcelona: Planeta.
- Martínez, J., A., Cuesta, M. J. Y Peralta, V. (1997). Etiología de la esquizofrenia: interacción genes ambiente. *Revista Anales*, 20, 183-189.

- Mesa-Castillo. (2006). Origen prenatal de la esquizofrenia. Estudios con técnicas de microscopía electrónica. *Revista Microscopía electrónica*, 1, 1-7.
- Mingote, J. C., Cuadrado, P. P., Huidobro, A., Gutiérrez, García, D., Demiguel, I. y Gálvez Herrer, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: Diagnóstico y tratamiento. *Revista Medicina y seguridad del trabajo*, 4, 208-213.
- Muñoz, M., Vazquez, C., Muñiz, E., Lopez, B., Hernangómez, L., Díez, M. (2000). La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 74, 207-228.
- Obiols, J. E., Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 235-250.
- Olney, J. W. y Farber, N. B. (1995). Glutamate receptor dysfunction and schizophrenia. *Arch gen Psychiatry*, 47, 641-649.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). Salud mental. *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, Suiza.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24, 1-9.
- Pérez-Pareja, J. y Terrassa Blázquez, B. (2007). Tratamiento psicológico en un caso de esquizofrenia. En J. Espada Sánchez, J. Olivares (Coord., o dirs). *Manual de Terapia psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Perona-Garcelán, S., Cuevas-Yust, C. (1997). Tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico: Un estudio de caso. *Psicothema*, 1, 33-45.
- Ramírez-Bermúdez, J., Soto Hernández, J. L., Lopez-Gómez, M., Mendoza-Silva, M., Colin-Piana, R. Y Campillo-Serrano, C. (2005). Frecuencia de signos y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con encefalitis viral. *Revista neurología*, 41, 140-144.

- Roder, V., Brenner, D., Kienzle, N. y Fuentes, I. (2008). Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia. *Psicothema*, 3, 60-70.
- Rodríguez, F., Méndez Carrillo, F. (1999). Tratamiento psicológico en un caso con Esquizofrenia. En J. Espada Sánchez, J. Olivares. *Manual de Terapia psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Rosen, A., Hadzi Pavlovic, D. Y Parker, G. The life Skills Profile, a measure assessing functional and disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 325-337.
- Soledad-Gómez Alcalde, M. (2002). Rehabilitación psicosocial en personas con enfermedades mentales crónicas. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 65, 32-46.
- Tabares-Velásquez, J. I. y Vera Quiceno, Y. (2010). El concepto de psicosis en Freud. *Revista electrónica: Psyconex*, 3, 246-247.
- Vallina-Fernández, O., Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-365.
- Wesley, A. (2005). Esquizofrenia. En R. Carlson (dir.), *Manual de Fisiología de la conducta*, Madrid: Moodle.
- Zubin, J. y Spring, B. (1978). Attention and information processing as indicators of vulnerability to schizophrenic episodes. *J. Of Psychiatric Reserch*, 14, 289-302.
- Zubin, J., y Steinhauer, S. R. (1983). The metaporphosis of schizopenia from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.

## **Anexos**

Anexo A. Detalle de la propuesta de intervención.

### ***Sesiones de la intervención individual***

#### **Sesión 1**

##### **“Primera entrevista”**

Esta sesión consistirá en hacer una primera entrevista con el paciente para comprobar que se cumple el diagnóstico previo. Para ello le hemos aplicado el “Instrumento para evaluar la gravedad de la sintomatología positiva y negativa de pacientes con esquizofrenia” y hemos consultado el DSM-V-TR. Hacemos una breve entrevista con algunas preguntas que repasa su historia de vida, síntomas de la enfermedad, consciencia del trastorno, edad en la que apareció la enfermedad, amistades infancia y adolescencia. Se ofrecerá una breve sesión de psicoeducación sobre la esquizofrenia. Le pasamos también el cuestionario de evaluación de síntomas psicóticos. Por último para comprometer al paciente con el tratamiento se ha desarrollado un contrato psicológico (Mirar anexo B) el cual se leerá y firmará en consulta.

También se le hará mención a todos los aspectos referidos a la confidencialidad.

#### **Sesión 2**

##### **“¿Qué me ocurre?”**

Esta sesión la hemos utilizado una para la psicoeducación más profunda del trastorno. Se evalúa la consciencia de la enfermedad que tiene el propio paciente a través del cuestionario usado en la entrevista inicial, se le informa sobre los síntomas positivos y negativos así como las consecuencias negativas que tiene el trastorno.

Se le recomiendan algunos artículos fáciles de leer y ver algunos documentales como “1% esquizofrenia”

Nos centramos sobre todo, en su historia de vida, la aparición de la primera crisis psicótica, el primer ingreso en la Unidad de Salud Mental, las alucinaciones percibidas y la medicación que tomaba anterior y actualmente.

Indagar sobre otras áreas, como relación con los miembros de la familia, autonomía en su vida diaria relación con los iguales, higiene personal, lenguaje coherente y habla secuencial y progresiva.

Lo que se pretende es informar, tanto a usuarios como a familiares sobre qué es la enfermedad mental, los síntomas predominantes, se les explica con un lenguaje coloquial, y de una forma dinámica.

También hacemos una distinción entre alucinaciones y delirios para que los familiares comprendan cómo actuar ante una posible crisis o saber distinguir cuando tienen alucinaciones auditivas visuales o olfativas.

- Haremos un análisis topográfico y funcional de estímulos que desencadenan las crisis psicóticas, también el análisis funcional de
  1. Comportamientos des adaptativos
  2. Comportamientos adaptativos
  3. Pautas de interacción entre paciente y familia
  4. Respuesta de estado de ánimo deprimido
  5. Respuesta de Habilidades sociales
- Estímulos Reforzadores positivos y negativos de pacientes y familiares.
- Grado de ansiedad y estrategias de afrontamiento del paciente
- Deterioro cognitivo

### **Sesión 3**

#### **“Toma de mi medicación”**

En la adherencia al tratamiento y toma de la medicación y fármacos se le deriva a un psiquiatra para que le prescriba medicación antipsicótica. Durante todo este proceso se le controla la medicación y se le fijan horarios en cuanto a su toma, y se lleva a cabo periódicamente durante toda la intervención a través de autorregistros. Nos centramos en el control de los delirios y las alucinaciones.

Para ello le enseñamos estrategias de afrontamiento, todo ello eliminando por completo el consumo de alcohol, cannabis y otras sustancias.

Las técnicas que utilizamos fueron para empezar una planificación de actividades que resulten incompatibles con el consumo de alcohol y otras drogas.

Auto instrucciones, restricción de la atención, aumento de actividades, comprobación de la realidad y control de estímulos.

Esta sesión perdura los 9 meses de la propuesta y es controlada de forma individual diariamente mediante autorregistros (Mirar anexo C)



## **Sesión 4-7**

### **“Cambiando mis pensamientos”**

Se trabaja en la modificación de las creencias irracionales a través la reestructuración cognitiva que se entrenó al paciente en la modificación de ciertas creencias y pensamientos mágicos relacionados con los delirios.

Para ello utilizamos evidencias a favor y en contra de la creencia. El razonamiento socrático y el desafío verbal.

A través de la técnica A B C podemos hacer un diagrama o esquema sobre los pensamientos automáticos o creencias irracionales vinculantes con el trastorno y sus posibles explicaciones para posteriormente hacer una transformación de esa creencia irracional y desadaptativa.

### **Ejemplo método ABC**

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>Pensamientos Irracionales</b>	<b>Posible explicación</b>	<b>Explicación o modificación de la creencia</b>
“La gente me tiene miedo”	“¿Qué evidencias tienes para pensar así? ¿Te lo han dicho directamente? ¿No me has dicho que tienes amigos?”	“Si la gente te tuviera miedo no tendrías amigos”

Hemos pretendido que esta sesión sea individual ya que los pensamientos distorsionados que pueda haber en la esquizofrenia pueden variar en cada persona. Por ello a través de la entrevista podemos indagar en ciertos pensamientos mágicos o creencias irracionales que tenga la persona afectada, ya sea la estigmatización acerca de la enfermedad, pensamientos o creencias mágicas relacionadas con los delirios, pensamientos catastróficos o negativos acerca de uno mismo, de los demás o del mundo.

Esta sesión también pretende indagar en las creencias irracionales que tengan los propios familiares de los afectados en cuanto a la estigmatización y posibles ideas de miedo o desconocimiento por la enfermedad mental.

### ***Sesiones de la intervención grupal***

#### **Sesión 1**

##### **“Primera sesión en grupo”**

En la primera sesión pretendemos que comprendan la dinámica de la sesión grupal, los objetivos a los que queremos llegar, los beneficios que obtendremos y qué se va a tratar en las posteriores sesiones.

En esta sesión la dedicamos para presentarnos uno a uno, nombre, edad, estado civil, y principales sentimientos asociados, también se habla de los problemas asociados que más se encuentran en su día a día.

El psicólogo que imparta esta sesión deberá de una forma dinámica explicar en qué va a consistir la propuesta y las sesiones que se impartirán en los meses restantes.

Esta sesión se imparte una vez puesto que cada uno de los usuarios deben presentarse uno a uno y explicar por qué creen que van a obtener beneficio en estos meses de esta propuesta.

#### **Sesión 2 (Una vez a la semana)**

##### **“Mejorando a nivel cognitivo”**

En esta sesión trabajaremos la rehabilitación cognitiva en cuanto a la atención percepción y cálculo, así como la lectoescritura.

Esta sesión, al igual que la toma de medicación se llevará a cabo una vez por semana a lo largo de los 9 meses que dure la propuesta. Se considera de elevada importancia dado que el hecho de estimular las funciones cognitivas al menos una vez a la semana, hace que se impida que haya un deterioro cognitivo asociado.

En esta sesión hacemos dos grupos de acuerdo con el nivel observable de cada usuario, y varían los ejercicios de acuerdo con el nivel de estudios, cultura y CI evaluado en la entrevista que previamente se realiza con el terapeuta ocupacional.

Se pretende mejorar el funcionamiento cognitivo general, mejorar el autocontrol e incrementar el nivel de actividad en todos los ámbitos.

Para ello las técnicas que hemos utilizado han sido Autoinstrucciones y autorrefuerzos para la motivación asociada a la realización de los ejercicios con ensayos conductuales, también ejercicios de memoria y de percepción así como comprensión en lectoescritura.

Trabajamos en el aprendizaje de la cultura general, leemos libros y los comentamos, realizamos talleres de lectoescritura, así como resolver problemas sencillos y actividades aritméticas diversas.

También Leeremos poemas y los analizamos, trabajamos la memoria con una secuencia de números estimulamos la atención a través de ejercicios de atención y percepción, con ejercicios de diferencias, multiplicaciones y divisiones, ejercicios de ortografía y gramática así como otras actividades de rehabilitación cognitiva.(Ver anexo C)

### **Sesión 3-6**

#### **“Controlando mis síntomas”**

Aquí nos centramos en el control de delirios y alucinaciones (Ver anexo C)

Donde les entregamos un autorregistro para rellenar cada tres semanas sobre sus sentimientos relacionados y los delirios y alucinaciones. Pretendemos crear recursos de afrontamiento para predecir las crisis y saber controlarlas.

En la primera sesión cada usuario cuenta sus experiencias, hacemos una puesta en común, y explicamos las diferencias entre los síntomas.

En la segunda sesión aprendemos técnicas de afrontamiento tanto para familiares como para usuarios a controlar los síntomas, hacemos un repaso sobre los autorregistros repartidos en la semana anterior y lo comentamos.

En la tercera sesión hacemos técnicas de relajación y comentamos autorregistros de la semana anterior.

En esta sesión también debe ser impartida para los familiares de los usuarios para saber cómo controlar los delirios o alucinaciones en una posible crisis y creemos que la participación de los familiares es de suma importancia para un buen avance.

Con la psicoeducación que previamente hemos realizado, sabemos la diferencia entre delirios y alucinaciones, y ahora queremos saber cómo controlarlos.

A través de un autorregistro semanal durante tres semanas, se controlan los síntomas, haciendo hincapié en que la toma de la medicación antipsicótica es imprescindible para impedir la sintomatología asociada a la esquizofrenia.

Utilizamos técnicas de relajación para controlar la ansiedad y hacemos una breve reestructuración cognitiva para controlar los delirios asociados persistentes.

Uno a uno los usuarios cuentan las alucinaciones (en el caso de que las haya) o delirios asociados que tuvieron en el pasado, o a veces presentan en la actualidad.

## **Sesión 7-9**

### **“Aprendiendo a relajarme”**

Para el control de la ira enseñamos diferentes técnicas de afrontamiento para el manejo de las emociones negativas, como identificación de pensamientos de ira, y técnicas de afrontamiento como contar hasta 10, relajación abdominal, focalización de la atención.

En la primera sesión nos centramos en explicar en qué consiste la ansiedad, si es adaptativa, como prevenirla y bases biológicas de la ansiedad. También hablamos sobre el grado de ansiedad que tiene cada usuario y los problemas asociados que tienen en su día a día.

En la segunda sesión nos centramos en relajación abdominal, y técnicas de relajación guiada en imaginación con música relajante.

En la tercera sesión les enseñamos técnicas para distraernos de las preocupaciones como la focalización de la atención.

Entrenamos en relajación progresiva de Jacobson, y la inoculación del estrés donde aplicamos la tensión y relajación de diferentes grupos musculares para inducir la relajación y también a través de imaginación y música relajante, también pretendemos que se generalice el aprendizaje para diversas situaciones estresantes que puedan aparecer en un futuro.

## **Sesión 10-12**

### **“Previniendo el suicidio”**

Realizamos la prevención del suicidio, donde el principal objetivo es abordar el problema de las conductas autodestructivas y suicidas, desde diferentes perspectivas, con la finalidad de informar, y orientar a personas que tengan estas ideas.

Estas tres sesiones sólo irán dirigidas a aquellas personas que hayan un tenido intento previo o bien hayan tenido pensamientos relacionados con el suicidio.

Se realiza en tres sesiones para la prevención del suicidio, donde en la primera sesión enseñamos que la escucha activa es primordial para prevenir el suicidio, donde en esta sesión pueden participar los familiares de los usuarios.

En la segunda sesión abordamos la importancia de hacer un posible contrato conductual en el caso de una posible depresión o riesgo de suicidio.

Por último una sesión de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.

Hablar del suicidio de forma directa y profesional ayuda a evitar el paso al acto. De hecho, siempre es mejor hablar antes de actuar y que siempre es posible aplazar la decisión. (Chávez-Hernández, Medina-Nuñez, Macías-García, 2008).

## **Sesión 13-15**

### **“¿Cómo me siento?”**

En el control del estado de ánimo e identificación de emociones nos centramos en el control de la ira, utilizando material de caras y emociones diferentes (Ver anexo C)

Realizamos tres sesiones para saber, mediante tarjetas las emociones con sus respectivas etiquetas. En la primera sesión nos centramos en la información de cada una de las emociones y ponemos ejemplos.

En la segunda sesión hacemos Rol-playing sobre una situación que requiera una emoción alegre, triste, de enfado y desconcierto.

Por último en la tercera sesión hacemos ejercicios con tarjetas sobre lo aprendido en las dos sesiones anteriores (Ver anexos)

Con ello pretendemos saber identificar las emociones, y agruparlas en positivas o negativas, ¿Qué es una emoción? ¿Es adaptativa? Y autorregistro de emociones como tareas para casa. Con esta sesión pretendemos estimular la inteligencia emocional, que a veces está distorsionada en la enfermedad mental, para saber cómo se sienten en cada momento y en qué situaciones debemos sentirnos tristes o alegres para una buena adaptación del contexto.

## **Sesión 16-20**

### **“Adquiriendo habilidades de la vida diaria”**

En el entrenamiento en habilidades de la vida diaria, explicaremos en qué consiste este taller, que requerirá más tiempo, una vez por semana durante un mes, donde en el mismo centro enseñaremos cocina, tender la ropa, uso del dinero y el cambio, saber administrar el dinero, compra semanal, uso del transporte público, higiene personal que incluye ducha, afeitarse, secarse el pelo, ponerse desodorante, vestirme correctamente dependiendo del tiempo, sea invierno, verano, primavera...

Esta sesión se imparte una vez por semana durante un mes, debido a la importancia que se otorga a que los usuarios tengan unas nociones básicas para saber vivir de forma autónoma en un futuro cuando tengan que vivir de forma autónoma o bien por la cantidad de personas que viven en pisos tutelados y necesitan unas habilidades para saber ejecutar actividades de la vida diaria.

El orden de las sesiones es, la primera damos importancia en la cocina, una charla teórica sobre posibles comidas fáciles de preparar y una clase práctica, en la próxima sesión poner una lavadora, ducharse y hábitos de vestimenta según el tiempo.

En las próximas sesiones también se les enseña pautas para la limpieza del hogar, que incluye fregar el suelo, barrer, fregar los platos, y hacer la cama.

En concreto para esta sesión se requerirá una salida fuera del centro, en la última sesión, tanto visitas domiciliarias como ir al supermercado y a coger transportes públicos.

## **Sesión 21-25**

### **“Haciendo amigos”**

Proponemos un entrenamiento en habilidades sociales en el cual pretendemos que haya una mejoría en el funcionamiento social, y planearemos exposición a actividades sociales, que irán aumentando en dificultad según la consolidación del aprendizaje.

Realizaremos cinco sesiones para la realización del entrenamiento en habilidades sociales. La primera sesión, intentamos explicar individualmente las posibles creencias irracionales que pueden haber en una interacción social y su consiguiente modificación. Para ello cada usuario hablará sobre qué miedos le asaltan y las dificultades más frecuentes en toda interacción social, también nos hablarán sobre experiencias previas defectuosas que hayan condicionado para las futuras.

En la segunda sesión proponemos un entrenamiento en pedir favores, hacer cumplidos y expresar enfado o desconformidad.

En la tercera sesión trabajaremos también la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales a través de Rol-Playing, y volver a modificar ciertas creencias irracionales que vayan surgiendo en las sesiones sobre la autoestima y los pensamientos negativos que influyen en las relaciones sociales también generalizar aprendizajes en el control del trastorno y emociones negativas que interfieran. Haremos Rol-Playing de diferentes situaciones de la vida diaria que requieren interacción social, y haremos reestructuración cognitiva grupal.

En la cuarta sesión hacemos una clase teórica sobre las personas pasivas, asertivas y agresivas. Realizaremos un entrenamiento en cómo ser asertivo y cinco características que poseen las personas asertivas.

En la última sesión daremos también pautas para iniciar conversaciones, saber mantener amistades, hablar con personas del sexo opuesto.

## **Sesión 26-30**

### **“Mejorando el funcionamiento familiar”**

En la mejora del funcionamiento familiar, intentaremos que se produzca una mejora de la comunicación con el paciente, a través de refuerzos positivos,

moldeamiento, modelado y ensayos conductuales para mejorar la convivencia y el funcionamiento cotidiano.

Se realiza en 4 sesiones en las que los familiares acuden al centro para mejorar la relación familiar en el hogar. En la primera sesión cada usuario y familiar dicen en voz alta los posibles problemas que tengan en la convivencia, posteriormente hacemos una lluvia de ideas para una posible solución a los problemas citados.

En la segunda sesión realizamos una economía de fichas con refuerzos sobre las posibles problemas de la vida diaria y su solución, explicando que cada vez que se evite una situación problemática, el responsable tendrá una ficha que podrá canjear por un refuerzo a elegir. Se aprende también en ensayos conductuales y moldeamiento.

En la tercera sesión organizamos diferentes actividades agradables que gusten a los miembros de la familia, para realizar juntos los usuarios del centro o en su tiempo libre. En la última sesión, trabajaremos las habilidades de afrontamiento para canalizar la ira en las discusiones familiares con técnicas de relajación.

### **Sesión 30**

#### **“Buscando trabajo”**

En la sesión 30 iniciamos una búsqueda activa de empleo y planificación de objetivos a largo plazo respectivamente.

En la búsqueda de empleo hacemos un curriculum vitae, enseñaremos a los usuarios a crearse un perfil en internet, y búsqueda activa de empleo.

Es una sola sesión porque iniciamos un aprendizaje para la realización de un curriculum y búsqueda en internet para que lo realicen en su domicilio particular de forma autónoma.

### **Sesión 31-40**

#### **“Actuando”**

En el teatro terapéutico, pretendemos principalmente, crear obras de teatro artísticamente concebidas, bajo las reglas del arte teatral, cuya función es principalmente comunicar.

Las sesiones de teatro se imparten todas las semanas durante los 9 meses que dure la intervención.

Deseamos que las obras tengan carácter lúdico, y consideramos muchos factores que atañan el desarrollo cognoscitivo, psicosocial, y afectivo de los usuarios. Integrando todos ellos en el espectáculo bajo las reglas del teatro. Tenían por objeto lograr la transferencia de lo percibido en el espectáculo, en ejercicios de expresión en los que los usuarios ponían en acción sus capacidades de percepción, memoria, atención y selección, combinándolas con sus habilidades corporales y su orientación espacio temporal.

“El juego humano sólo puede hallar su tarea en la representación, porque jugar es siempre ya un representar“ ( H.G Gadamer, 1999).

Los usuarios representarán diferentes funciones, tanto obras enteras como fragmentos. Participarán en este taller otros usuarios de otros centros de la provincia.

### **Sesión 41-50**

#### **“Aprendiendo música”**

La musicoterapia es el manejo de la música y sus elementos musicales tanto individual como grupal. Es un proceso creado para facilitar la comunicación, las relaciones, aprendizaje, movimiento, expresión y otros objetivos terapéuticos relevantes, y para satisfacer otras necesidades físicas tanto emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

Las sesiones referidas a musicoterapia también duran los 9 meses de la realización de la propuesta hasta su finalización una vez a la semana durante ese tiempo.

En las sesiones, cantamos canciones y las componemos, formamos un coro y actuamos en diferentes iglesias, escuchamos música e intentamos comprenderla.

Analizamos canciones con sus notas musicales, aprendemos su ritmo e interpretación con profesores titulados del conservatorio musical de Alicante.

### **Sesión 51-60**

#### **“Creando y expresándome a través del arte”**

Con la arteterapia nos referimos al acompañamiento terapéutico de las personas con dificultades psicológicas, a través de sus producciones artísticas. Este trabajo que muestra las vulnerabilidades como material que permite al paciente recrearse a sí mismo, no se basa sólo en curar con arte, sino que es menos un medio de expresión que una verdadera búsqueda durante la cual el terapeuta ayuda a la persona a

realizar un recorrido simbólico. Permiten tratar en especial el problema de la violencia a través del arte. También está previsto que las sesiones de arteterapia duren los 9 meses de la propuesta, durante una vez a la semana. Los usuarios se enseñan a utilizar los colores, y pintan los lienzos de diferentes pinturas, tanto libres como obras de otros autores.

Hay días de dibujo libre, y días de dibujos temático donde los usuarios realizan de forma artística diferentes dibujos para expresar sus sentimientos.

Los profesionales que imparten este taller son profesores de bellas artes del instituto de artes plásticas y bellas artes de Alicante.

### **Sesión 61-65**

#### **“Previniendo de recaídas”**

Trataremos la prevención de recaídas que haremos un último seguimiento una vez al mes y se le pasarán autorregistros para identificar posibles recaídas de crisis psicóticas o alucinaciones o estado de ánimo deprimido.



Anexo B. Consentimiento Informado

Apellido y Nombre del Paciente ..... D.N.I:

.....  
Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizará en la institución, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:

1. Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
3. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
4. El paciente se compromete a mantener la confidencialidad sobre la información que en la terapia grupal se exponga por parte de otros pacientes.
5. El tratamiento se llevara a cabo con una periodicidad de.... Las consultas tienen una duración promedio de ... minutos en la terapia individual, y de ... minutos en el caso de la modalidad grupal, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
6. La duración del tratamiento será de aproximadamente... Esta duración puede ser modificada mediante un nuevo acuerdo, en función del grado de avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos.
7. La ausencia a dos entrevistas seguidas sin que medie aviso efectivo por parte del paciente, será interpretada como un abandono del tratamiento y podrá disponerse del horario pautado, dándose por finalizado el tratamiento.
- 8.

Lugar .....

Fecha ...../...../.....

Anexo C. Material empleado en la realización de las sesiones.

**Habilidades sociales**

SITUACIÓN SOCIAL	RESPUESTA COGNITIVA PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	RESPUESTA O FISIOLÓGICA	RESPUESTA MOTORA
1			
2			
3			
4			
5			
6			



# COLECCIÓN DE DINÁMICAS

## CATEGORIA AUTODESCUBRIMIENTO:

Subcategoría: Autoestima

Arrestar lo positivo  
Alabanza Dado y recibiendo retroalimentación positiva  
Bata salvavidas  
Café por escrito  
Collage II  
Como es mi situación actual  
Como expreso mis sentimientos  
Como podría ser diferente su vida  
Concepto positivo de sí mismo  
Confianza en nuestro organismo  
Dato y recibir afecto  
Derechos asertivos  
Desvolviendo mis necesidades y motivación  
Dámé personalidad  
El juego de las voluntades

SIGNEM FIDEL MÉXICO NORTE

El traje de un secreto  
Fotoprotección  
Jardín: Una actividad de auto-alabanza  
Juego de aros  
Mía her soy  
Reflexión de autoestima alta  
Reflexión de autoestima baja  
Regular felicidad: Experimentando la internalización  
Regalos  
Ronda de caricias  
Una larga y alegre vida  
Ve lo que le has hecho a mi inteligencia mamá: Un ejercicio  
Yo estoy bien, pero ¿justales?

Subcategoría Sentimientos

Cartas Fofas  
Cartas por escrito  
Como expreso mis sentimientos  
Dar retroalimentación positiva  
Dar y recibir afecto  
Discriminación  
El que se mejor pierde  
El regalo de la alegría  
Esculpido: Una expresión de sentimientos  
Expresión del animal  
Expresión de  
Frustración  
Historia substancial  
Intercambio de cartas  
La equis  
Nove lo que yo siento

DINÁMICAS PARA LOS GRUPOS

Página 1 de 146

## DINÁMICAS PARA DESARROLLAR LA ASERTIVIDAD.

Con estas actividades nos entrenamos para responder a dificultades de autoafirmación sin agredir a nadie.

### A PARTIR DE CINCO AÑOS.

#### 1. LA SEÑORA NO.

Presentamos a las pequeñas un cartel con la señora NO. Cuando la señora NO dice que NO, es que NO. Por ejemplo: Una niña, en un determinado momento no quiere jugar contigo y dice NO, y es que no. Podemos averiguar con respeto por qué será.



Una niña no te deja el rotulador y dice NO. ¿Será que no ha terminado su dibujo? A alguien le molestan y dice NO. Hecha esta introducción, cogamos el cartel en un lugar visible de la clase y pedimos que expliquen situaciones en que quieren usar la señora NO. Hablamos de alguna vez que lo ha utilizado papa, mamá, las hermanas, las amigas, ...

¿Cómo decimos NO? ¿Cuándo hay que decir que NO? ¿Aceptamos que nos digan NO?

¿Qué ocurre cuando alguien dice siempre NO? La señora NO nos ayuda a decir a las demás que hay cosas que nos molestan, que no hacen daño, que no aceptamos. Nos ayuda a protegernos y defendernos. No debemos utilizarlo para salirnos con la nuestra. Aparece cuando ya hemos dicho de otras maneras lo que pensamos y lo que queremos sin conseguir que nos respeten. Si una persona dice siempre NO, se queda sola.

### A PARTIR DE SEIS AÑOS.

#### 2. EN BUSCA DE LA LIBERTAD.

Entasis: Asertividad. Dos personas se colocan de pie una detrás de otra mirando en la misma dirección.

La persona de adelante abstrá sus brazos hacia atrás cruzándolos a la altura de las muñecas e impulsando su cuerpo hacia adelante intentando caminar en la dirección que le apetezca.

La persona de atrás sujeta a la de adelante agarrando sus manos cruzadas e impidiéndole avanzar.

Después de realizar la actividad durante un minuto se cambian los papeles y se repite. A continuación se evalúa lo sucedido y lo repite otra pareja.

Reflexión: ¿Cómo se ha sentido cada una de las personas en cada momento? ¿Cuál era exactamente el motivo de problema? ¿Cómo se ha solucionado? ¿Qué otras posibles soluciones tenía?

¿Te ha pasado algo parecido alguna vez? ¿Alguna vez lo han impedido hacer lo que querías? ¿Alguna vez has impedido a alguien que vaya donde quiera ir?

5

## Arteterapia

Estilo asertivo	Estilo agresivo	Estilo no-asertivo
<p><b>*Conducta verbal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Directa</li> <li>–Firme</li> </ul> <p><b>*Conducta no verbal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Contacto ocular directo</li> <li>–Gestos firmes</li> <li>–Postura relajada</li> <li>–Voz sin vacilación</li> </ul> <p><b>*Consecuencias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Defiende sus derechos</li> <li>–Esta relajado y satisfecho</li> <li>–Resuelve problemas</li> </ul>	<p><b>*Conducta verbal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Impositiva</li> <li>–Interrumpe a los demás</li> </ul> <p><b>*Conducta no verbal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Mirada fija</li> <li>–Gestos amenazantes</li> <li>–Postura hacia adelante</li> <li>–Volumen de voz elevado</li> </ul> <p><b>*Consecuencias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Viola derechos de otros</li> <li>–Crea tensión</li> <li>–Conflictos interpersonales</li> </ul>	<p><b>*Conducta verbal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Vacilante</li> <li>–Cortada</li> </ul> <p><b>*Conducta no verbal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Rehúye la mirada</li> <li>–Movimientos nerviosos</li> <li>–Postura recogida</li> <li>–Volumen inaudible</li> </ul> <p><b>*Consecuencias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–No defiende sus derechos</li> <li>–Pierde oportunidades</li> <li>–Conflictos interpersonales</li> </ul>

## PRACTIQUEMOS HABILIDADES SOCIALES

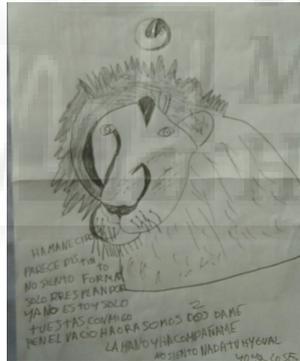
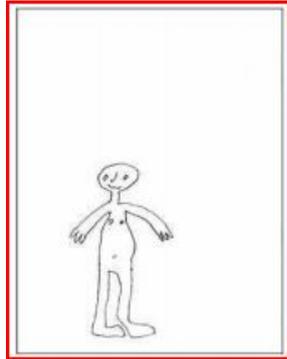
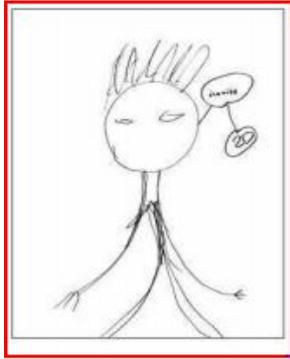
1. Ejercicios de mirada.

2. Ejercicios de presentación

- > Hola mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy estudiando \_\_\_\_\_
- > ¿Cuál es tu nombre? y ¿que estudias?
- > Fue un gusto conocerte gracias

REFLEXIONEMOS:  
¿Qué componentes de las HHSS practicamos? ¿Por qué?





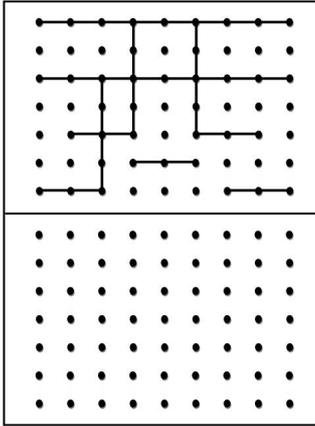


UNIVERSITAS  
Miguel  
Hernández

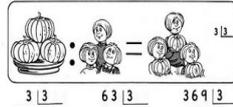




Reproduzca simétricamente la figura superior con el conjunto de puntos inferiores



<http://orientacionandujar.wordpress.com/>

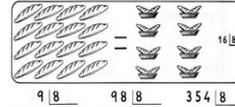


363 | 3    636 | 3    639 | 3

607 | 3    214 | 3    500 | 3

711 | 3    802 | 3    415 | 3

812 | 1    473 | 2    590 | 2



6143 | 8    8025 | 8    3209 | 8

1709 | 8    2302 | 8    9260 | 8

5324 | 8    7014 | 8    4093 | 8

1629 | 5    2489 | 6    2180 | 7

4

17

2 Dígitos por 1 Dígito (A)

Multiplique para hallar cada producto.

98 x 9    53 x 4    30 x 2    53 x 7    40 x 6    37 x 8    13 x 8    79 x 4

30 x 4    53 x 9    58 x 4    75 x 5    92 x 9    92 x 6    15 x 9    32 x 9

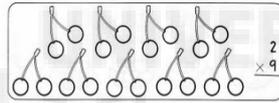
90 x 3    13 x 5    91 x 6    14 x 8    15 x 2    19 x 6    24 x 6    65 x 9

93 x 2    51 x 4    38 x 8    80 x 5    83 x 3    25 x 5    82 x 5    34 x 7

39 x 9    82 x 9    56 x 6    95 x 5    46 x 7    17 x 6    59 x 4    39 x 5

35 x 3    54 x 4    28 x 6    78 x 3    32 x 3    14 x 3    21 x 6    41 x 6

MatesLibres.Com



153 x 9    224 x 9    175 x 9    306 x 9

142 x 9    415 x 9    205 x 9    515 x 9

346 x 9    609 x 9    162 x 9    716 x 9

807 x 9    183 x 9    921 x 9    447 x 9

632 x 5    245 x 6    429 x 7    307 x 8



6 x 2    7 x 2    8 x 2    9 x 2    4 x 2

15 x 2    16 x 2    17 x 2    18 x 2    19 x 2

27 x 2    25 x 2    29 x 2    26 x 2    28 x 2

55 x 2    56 x 2    65 x 2    63 x 2    35 x 2

80 x 2    45 x 2    75 x 2    39 x 2    82 x 2

18

3

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



MULTIPLICACIONES  
Evaluación

9 x 3 = □    8 x 2 = □    7 x 6 = □    2 x 5 = □

8 x 4 = □    7 x 0 = □    8 x 7 = □    0 x 0 = □

7 x 2 = □    8 x 1 = □    7 x 9 = □    5 x 8 = □

1 x 9 = □    3 x 5 = □    4 x 4 = □    7 x 9 = □

5 x 3 = □    4 x 2 = □    7 x 5 = □    2 x 2 = □

6 x 4 = □    9 x 0 = □    7 x 7 = □    3 x 6 = □

7 x 1 = □    3 x 3 = □    5 x 5 = □    6 x 4 = □

1 x 6 = □    10 x 5 = □    3 x 9 = □    0 x 9 = □

7 x 9 = □    3 x 2 = □    7 x 3 = □    3 x 5 = □

3 x 10 = □    7 x 5 = □    8 x 6 = □    6 x 0 = □

4 x 6 = □    5 x 1 = □    2 x 9 = □    5 x 4 = □

6 x 9 = □    9 x 5 = □    4 x 1 = □    7 x 10 = □

Atención con siluetas

Señala las siluetas que tienen igual disposición que el modelo



<http://orientacionandujar.wordpress.com/>

## **Búsqueda de empleo**

### **CURRICULUM VITAE**



#### *DATOS PERSONALES*

NOMBRE Y APELLIDOS  
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO  
DOMICILIO  
D.N.I.  
TELÉFONO  
E-MAIL

#### *FORMACIÓN ACADÉMICA*

(fecha de inicio-fecha de finalización) Título académico. Instituto de Educación Secundaria.  
Universidad o Centro educativo. Lugar.

#### *FORMACIÓN COMPLEMENTARIA*

(fecha de finalización) Curso formativo. Centro formativo lugar.

#### *EXPERIENCIA PROFESIONAL*

(fecha de inicio-fecha de finalización) Empresa. Actividad de la empresa. Cargo que ocupaste.  
Funciones.

#### *IDIOMAS*

Nivel hablado y escrito.

#### *INFORMÁTICA*

Programas que conoces y nivel (usuario y avanzado)

#### *OTROS DATOS DE INTERÉS*

-Carta de conducir  
-Disponibilidad para viajar  
-Disponibilidad de incorporación inmediata  
-Otra experiencia profesional.

Lugar y fecha



**Musicoterapia**

**La escala musical**

do re mi fa sol la si

- Aprendo a decir la escala musical,
- Repaso y coloreo



**Los Chicos del Coro**  
"Vois sur ton chemin"

Bruno Culais

Soprano

<http://www.tspartocle.com>

L'hiver

Gerson C. Suss  
diegosax.es  
kubepartitura.com

**:: La Primavera ::**  
Primer movimiento--Tema principal--

Antonio Vivaldi, 1725 (1678-1741)  
Op. 8 No. 1  
Le Quattro Stagioni

Andante  
BPM=90  
Piano

G E E E D C G G F E E E D C G G F E F G F E D B G C  
E E E D C G G F E E E D C G G F E F G F E D C  
G F E F G A G C G F E F G A G C A G F E D C D  
C C O F E F G A G C O F E F G A G C O G F E D C D C

Por Gerson C. Suss para WWW.DIEGOSAXES

LETRAS DE CANCIONES DE BUENOS DÍAS

1. Buenos días canto yo.

Buenos días canto yo, el sol dice hola la luna dice adiós.  
 Buenos días canto yo el gallo cantor es mi despertador.  
 Buenos días canto yo hay que levantarse el día ya empezó  
 Buenos días canto yo si cantas con ganas será un día mejor  
 Buenos días canto yo. Buenos días cantar es lo mejor (Bis)  
 Cantar es lo mejor, cantar es lo mejor.  
 Buenos días, buenos días.

2. Buenos días 1, 2 y 3.

Buenos días (5 veces).  
 1, 2, 3 el día despierta  
 4, 5, 6 la puerta esta abierta  
 Abre bien los ojos y levanta ya.  
 El mundo gira y gira a toda pastilla  
 Deja atrás la gandulería,  
 Date prisa y muévete, ponlo todo del  
 revés.  
 ¡Salta!, desperézate no lo dudes más.  
 No querrás parar nunca más.  
 ¡Salta!, desmelénate es hora de  
 jugar.  
 No querrás parar nunca más.  
 ¡Salta! Y menéate, tamberléate  
 Hasta que ya no puedas parar.  
 No querrás parar nunca más.  
 1, 2, 3, los brazos en alto.  
 4, 5, 6 los pies rebotando  
 Mueve la cabeza como un ventilador.  
 El mundo gira y gira a toda pastilla  
 Deja atrás la gandulería

Date prisa y muévete, ponlo todo  
 del revés.  
 ¡Salta!, desperézate no lo dudes  
 mas.  
 No querrás parar nunca más.  
 ¡Salta!, desmelénate es hora de  
 jugar.  
 No querrás parar nunca más.  
 ¡Salta! Y menéate, tamberléate  
 Hasta que ya no puedas parar.  
 No querrás parar nunca más.  
 ¡Salta! ¡Salta! ¡Salta!  
 ¡Salta!, desperézate no lo dudes  
 mas.  
 No querrás parar nunca más.  
 ¡Salta!, desmelénate es hora de  
 jugar.  
 No querrás parar nunca más.  
 ¡Salta! Y menéate, tamberléate  
 Hasta que ya no puedas parar.  
 No querrás parar nunca más.

EXERCICIO EN FORMA DE BLUES (2)

♩ = 100

Copyright: Marcos Valcárcel Gregorio 2009  
<http://percuciendo.wordpress.com/>

Escribe el nombre de las notas Sol, Mi, La y Fa.

MarinoCristián

13

Leemos música

• Lee y canta las notas SOL y MI

• Lee estos ritmos

• Inventa tú una partitura usando sol y mi

Parlato Rítmico

Da me tu mano y  
 d ver a jugar



27 Ejercicios Rítmicos N°1

Aprende Solfeo N°1

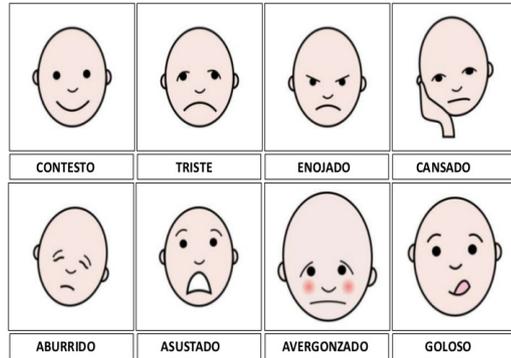
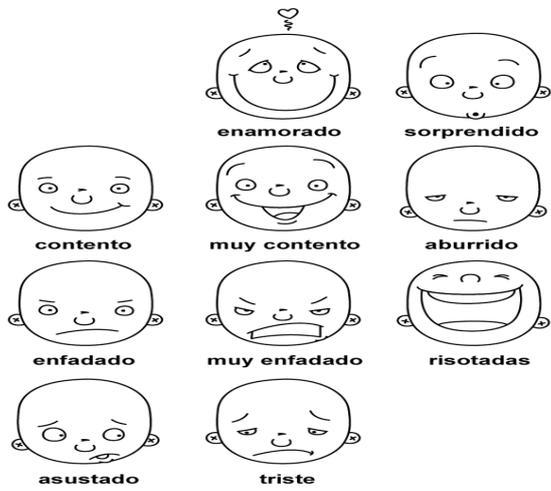
Blancas, Negras,  
 Corcheas y sus silencios

con tocpartituras.com

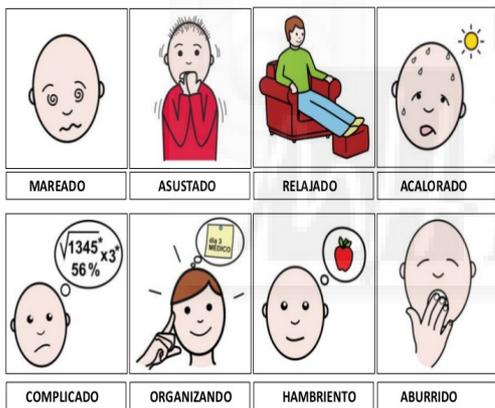
tubescore.net  
 tocpartituras.com

Ritmos

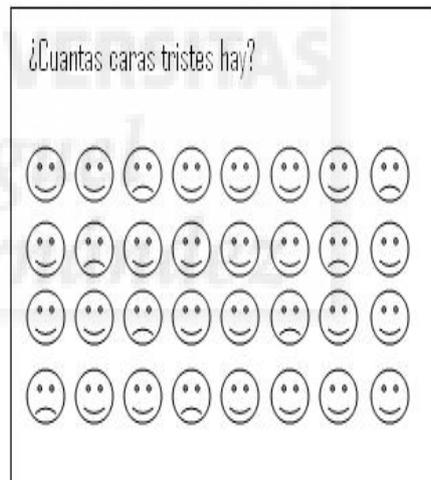
Identificación de emociones



TARJETAS DE EMOCIONES O SENTIMIENTOS



TARJETAS DE EMOCIONES O SENTIMIENTOS



Nombre: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_



Un día perfecto



Puede mejorar



Presenta problemas


Firma

Adaptación al medio escolar						
Relación con los demás						
Motivación y participación						
Trabajo diario						

© [webdelmaestro.com](http://webdelmaestro.com)



# Teatro terapéutico

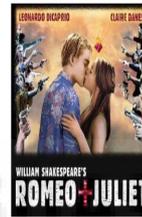
## Fuenteovejuna (Fragmento)

Después de muerto el comendador, llega a Fuenteovejuna un juez para interrogar a todos. Laurencia y Frondoso, personajes principales de la obra, oyen como el juez tortura a los habitantes para encontrar la verdad.

**JUEZ:** Decid la verdad, buen viejo.  
**FRONDOSO:** Un viejo, Laurencia mía, atormentan.  
**LAURENCIA:** ¿Qué portía!  
**ESTEBAN:** Déjenme un poco.  
**JUEZ:** Ya os dejo.  
**ESTEBAN:** Decid: ¿quién mató a Fernando?  
**LAURENCIA:** Fuenteovejuna lo hizo.  
**FRONDOSO:** Tu nombre, padre, eternizo;  
**JUEZ:** [a todos vas animando].  
**FRONDOSO:** ¡Bravo caso!  
**JUEZ:** Ese muchacho aprieta. Perro, yo sé que lo sabes. Di quién fue, ¿Callas? Aprieta, borracho. Fuenteovejuna, señor.  
**LAURENCIA:** ¡Por vida del rey, villanos, que os ahorque con mis manos!  
**JUEZ:** ¿Quién mató al comendador?  
**FRONDOSO:** ¡Que a un niño le den tormento y niegue de aquesta suerte!  
**LAURENCIA:** ¡Bravo pueblo!  
**FRONDOSO:** Bravo y fuerte.  
**JUEZ:** Esa mujer al momento en ese potro tened. Dale esa mancuera luego.  
**LAURENCIA:** Ya está de cólera ciego.  
**JUEZ:** Que os he de matar, creed, en este potro, villanos.  
**FRONDOSO:** ¿Quién mató al comendador?  
**LAURENCIA:** Fuenteovejuna, señor.  
**JUEZ:** ¡Dale!  
**FRONDOSO:** Pensamientos vanos.  
**LAURENCIA:** Pascuala niega, Frondoso.  
**FRONDOSO:** Niegan niños. ¿Qué te espanta?  
**JUEZ:** Parece que los encantas.  
**LAURENCIA:** ¡Aprieta!  
**JUEZ:** ¡Ay, cielo piadoso!  
**PASCUALA:** ¡Aprieta, infame! ¿Estás sordo?  
**JUEZ:** Fuenteovejuna lo hizo.  
**PASCUALA:** Traedme aquel más rollizo, ese desnudo, ese gordo.  
**JUEZ:** ¡Pobre Mengo! El es, sin duda.  
**FRONDOSO:** Temo que ha de confesar.  
**MENGO:** ¡Ay, ay!  
**JUEZ:** Comienza a apretar.

## Fragmento de Romeo y Julieta de William Shakespeare

- **JULIETA**  
Pregunta quién es. Si ya tiene esposa, la tumba sería mi lecho de bodas.
- **AMA**  
Se llama Romeo y es un Montesco: el único hijo de tu gran enemigo.
- **JULIETA**  
¡Mi amor ha nacido de mi único odio! Muy pronto le he visto y tarde le conozco. Fatal nacimiento de amor habrá sido si tengo que amar al peor enemigo.



## "La casa de Bernarda Alba"

### OPCIÓN MÚLTIPLE

Las preguntas siguientes se refieren a *La casa de Bernarda Alba* de Federico García Lorca. Identifica la respuesta correcta.

1. ¿Qué función tiene en la estructura de la obra la escena de la hija de la Librada?
  - a. Representa la vida fuera de la casa.
  - b. Es paralela a la historia de Poncia.
  - c. Prefigura lo que le sucede a Adela.
  - d. Resume la moraleja.
2. Además del deseo reprimido de las hijas de Bernarda, ¿qué simboliza el caballo garahón?
  - a. El odio que hay entre las hermanas.
  - b. La destrucción de la casa.
  - c. El conflicto entre los hombres.
  - d. La opresión de la clase trabajadora.
3. El abanico de flores de Adela se puede considerar
  - a. causa de envidia de sus hermanas.
  - b. una prueba del amor de Pepe.
  - c. una de las tradiciones del pueblo.
  - d. un signo de su rebeldía.
4. ¿Cuál es el conflicto entre Martirio y Adela?
  - a. Martirio envidia la belleza de Adela.
  - b. Las dos quieren al mismo hombre.
  - c. Martirio no quiere que Adela vista de verde.
  - d. Las dos quieren el dinero de Angustias.
5. ¿En qué se basan las relaciones entre Bernarda y las mujeres del pueblo?
  - a. El respeto por el dinero de Bernarda.
  - b. La hipocresía por parte de todas.
  - c. Las diferencias entre las clases sociales.
  - d. La necesidad de guardar luto.
6. ¿Cuál es la función de los apartes en la escena con las doscientas mujeres (líneas 119-129)?
  - a. Forman parte de la exposición de la obra.
  - b. Anticipan el conflicto entre las hermanas.
  - c. Facilitan la expresión de dos niveles de pensamiento.
  - d. Presentan las verdaderas relaciones entre la Poncia y las mujeres.
7. La frase de María Josefa, "Os va a devorar," se refiere
  - a. al efecto de Pepe el Romano en la familia.
  - b. al perro que amenazan a su oveja.
  - c. a la autoridad que ejerce Bernarda.
  - d. a la tormenta de pasiones que se aproxima.

## EL INFIERNO DE DANTE LA DIVINA COMEDIA

### RESUMEN

Dante inicia su viaje al infierno a la mitad del camino de su vida. El infierno que nos describe está dividido en 9 círculos, los primeros 5 forman el alto infierno y los cuatro últimos forman el infierno inferior, los cuales se van haciendo más pequeños, formando una especie de continuos círculos hacia el centro de la tierra. Dante recorre estos círculos en 24 horas a pesar que parece que estuvo ahí un buen tiempo, en incluso se hace mención, en alguna parte del libro que dura más.

Dante es guiado por su maestro Virgilio, enviado por Beatriz, que le pide el favor a Virgilio de que se convierta en su guía por el paso del infierno, purgatorio y el cielo. Dante se encuentra confundido en un bosque el cual describe como un bosque sin vida, lleno de oscuridad y de suspense. Aparece pues frente a él una pantera (lujuria), una leona (avaricia) y un león (soberbia y ambición) que le da inicio a su recorrido, ya que aquí aparece su maestro Virgilio y lo ayuda a sobresalir del peligro del bosque.

Aquí es cuando Dante y Virgilio recorren el bosque lleno de pozos, despeñaderos, pantanos y demás. Dante y Virgilio entran al primer círculo del infierno, donde Dante observará y nos describirá muchos aspectos y características del mundo infernal.

En el primer círculo, es el Limbo. Aquí Dante conoce y ve a las personas que no están bautizadas, también conoce a muchos filósofos y sabios poetas del mundo antiguo que se encuentran en esta parte del infierno, aquí Dante conoce el Aqueronte (río del infierno), al barquero Caronte, con el cual tienen una pequeña disputa, la cual Virgilio, con su toque de magia, del cual se le reconoce, lo hace calmar, también Virgilio le comenta que ya han sido sacado se ahí el rey David, Noé, Abel y Raquel.

En el segundo círculo predominan los lujuriosos y personas que pecan utilizando el amor para bienes propios. Aquí aparece Minos que era rey de Creta, el cual presidia el infierno, dictaba sentencia a los condenados con los giros de su cola, señalando a que círculo debería de ir, también encuentra a muchos reyes que fueron lujuriosos y a la vez utilizaron el amor para sacar provecho, como Cleopatra.

El tercer círculo está lleno de soberbios y envidiosos, dice Dante que es el lugar de lluvia eterna, maldita y fría aquí aparece Cerbero que es un perro de tres cabezas las cuales simbolizan a la voracidad insaciable, lo describe con barba grisácea y negra, el cual es calmado por Virgilio, también Dante se topa con Ciaco, el cual dice estar ahí por la insaciable gula, pero dice haber vivido en la ciudad de Dante, Florencia, el cual pide a Dante limpiar su reputación allá arriba y

Anexo D. Tareas para casa

**Control de delirios y alucinaciones**

**Autorregistros**

Delirios alucinaciones	y	Pensamientos automáticos	Grado de ansiedad	Momento del día
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
viernes				
Sábado				
Domingo				

**Afrontamiento**

del

**estrés**

FIGURA 2

**Autorregistro de situaciones que elicitán ansiedad en los sujetos y de síntomas en que se manifiesta su ansiedad en los 3 niveles de respuesta**

DÍA:

Describe la situación que a lo largo del día te ha puesto nervioso:

↓ <b>PIENSAS</b>	↓ <b>HACES</b>	↓ <b>SIENTES</b>
<input type="checkbox"/> Me preocupo <input type="checkbox"/> No tomo decisiones <input type="checkbox"/> Estoy confundido <input type="checkbox"/> No me concentro (tapón mental) <input type="checkbox"/> No presto atención <input type="checkbox"/> Es como si no me controlara <input type="checkbox"/> Estoy desorientado	<input type="checkbox"/> Hablo rápido <input type="checkbox"/> Tiemblo <input type="checkbox"/> Tartamudeo <input type="checkbox"/> Bostezo <input type="checkbox"/> La voz se me entrecorta <input type="checkbox"/> Soy impreciso <input type="checkbox"/> Me precipito <input type="checkbox"/> Agitación motora <input type="checkbox"/> Como en exceso / no como <input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> El corazón me palpita <input type="checkbox"/> Sudor <input type="checkbox"/> Respiración agitada <input type="checkbox"/> Los músculos están tensos <input type="checkbox"/> Me sube la adrenalina <input type="checkbox"/> A veces siento frío <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza

ESTIMULO DESENCADENA ANSIEDAD	QUE	GRADO ANSIEDAD	DE	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	RESPUESTA FISIOLÓGICA

**Adherencia a la medicación**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<u>Mañana</u>						
<u>Tarde</u>						

