

**ESTUDIO LONGITUDINAL EN PERSONA CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
PERTENECIENTE A LA UNID - UNAD CEAD TUNJA**

AUTORES

NANCY ROCIO ESPINOSA CRUZ

DORA MARLENY JUAN DE DIOS MANCIPE

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES ARTES Y HUMANIDADES
PROGRAMA PSICOLOGIA**

TUNJA

2014

**ESTUDIO LONGITUDINAL EN PERSONA CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
PERTENECIENTE A LA UNID - UNAD CEAD TUNJA**

AUTORES

Nancy Rocio Espinosa Cruz

Dora Marleny Juan de Dios Mancipe

Proyecto de Investigación para optar al Título de

PSICÓLOGO

DIRECTOR

Luz Yarime Coy Guerrero

NOTA DE APROBACIÓN

Asesora principal: Dra. Luz Yarime Coy Guerreo

Dra. Shadye Rocio Matar Khalil

Jurado 1

Jurado 2

DEDICATORIA

A Dios padre sublime y amoroso por bendecirme con esta profesión, por guiarme continuamente por el camino correcto, por brindarme conocimiento para buscar siempre lo mejor y poder lograrlo; permitiéndome culminar con éxito una de mis más grandes e importantes metas personales.

A mi hermosa familia por enseñarme la perseverancia en la lucha cotidiana, por estar siempre presente de manera incondicional, por sus ejemplares enseñanzas, por su esfuerzo constante, por lo maravillosos que han sabido ser, y sobre todo por ser siempre mi soporte emocional.

A mis compañeros y compañeras de estudio quienes se preocuparon por mi bienestar, con quienes compartí muchas alegrías, tristezas, logros y fracasos; pero sobre todo me alentaron a luchar con entusiasmo por un objetivo en común: ser Profesionales en Psicología.

Dora Marleny Juan de Dios Mancipe

Este trabajo de tesis de grado está dedicado en primer lugar a DIOS, por darme la vida a través de mis queridos PADRES quienes con mucho cariño, amor y ejemplo han hecho de mí una persona con valores para poder desenvolverme como: ESPOSA, MADRE Y PROFESIONAL.

A mi ESPOSO, que ha estado a mi lado dándome cariño, confianza, paciencia y apoyo incondicional para seguir adelante con otra etapa en mi vida.

A mis HIJOS, que son el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación, ellos fueron quienes en los momentos más difíciles me dieron su amor y comprensión para poderlos superar, quiero también dejar a cada uno de ellos una enseñanza que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poderlo lograr.

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba.

Nancy Roció Espinosa Cruz

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a:

La Universidad Nacional Abierta y A Distancia por abrirnos sus puertas y brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente.

La Escuela de Ciencias sociales Artes y Humanidades, programa de Psicología por la motivación constante y el invaluable apoyo recibido en nuestra formación personal, académica y profesional.

Nuestros Tutores por su dirección, colaboración, acompañamiento y transmisión de sus enseñanzas y experiencia en todos estos años de proceso de formación.

Nuestra asesora de tesis la Dr. Luz Yarime Coy Guerrero por su orientación, compañía, aportaciones, por su ayuda continua y su experiencia; ya que sin su contribución y su disposición no se hubiere logrado el éxito de nuestra investigación.

Todas las personas con enfermedad mental en especial a los jóvenes de la Escuela de artes CRE-SER-FUNAVI y la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - Zona Centro Boyacá CEAD Tunja, que han sido nuestra inspiración durante este tiempo, mostrando que la fuerza de voluntad que disponen es la misma que nos permite seguir adelante y luchar contra los obstáculos que les supone esta patología.

Nuestros compañeros y compañeras de estudio por su amistad y comprensión; personas proveedoras de ánimo en las que hemos podido confiar y apoyarnos para salir adelante.

Nuestras familias por enseñarnos a ser pacientes y persistentes, y por estar siempre tan cerca de nosotras.

Todas aquellas personas que este tiempo han estado a nuestro lado por acogernos por darnos fuerzas para seguir adelante, por aguantar los malos momentos y por escuchar. Personas que facilitaron y participaron desinteresadamente en este proyecto de tesis.

Gracias, por hacer de este duro camino algo más liviano.

CONTENIDO

I.- Páginas Preliminares

1.1 Nota de aprobación del jurado	3
1.2 Dedicatoria	4
1.3 Agradecimientos	6
1.4 Tabla de contenido	8
1.5 Resumen	10
1.6 Abstract	11

II.- Texto

2.1 Introducción	12
2.2 Justificación	15
2.3 Pregunta de investigación o problema a examinar	18
2.4 Delimitación y Análisis Diagnóstico del Problema	18
2.5 Objetivos	25
2.6 Estado del Arte	26
2.7 Marco Teórico	34
2.8 Metodología	48
2.8.1 Tipo de Investigación	48
2.8.2 Línea de Investigación	48
2.8.3 Método Aplicado	49
2.8.4 Instrumentos	50
2.8.5 Estrategias de Seguimiento	52

	9
2.9 Resultados	66
3.0 Discusión	74
3.1 Conclusiones	79
3.2 Recomendaciones	83
3.3 Bibliografía	85
III.- Anexos	
Apéndice 1. Historia de Vida	96
Apéndice 2. Lista de Chequeo de habilidades Sociales de Arnold Goldstein	100
Apéndice 3. Cuestionario dirigido a la familia	108
Apéndice 4. Test de Wartegg	112
Apéndice 5. Diario de Campo	113
Apéndice 6. Historia Clínica	159
Apéndice 7. Consentimiento informado	166
Índice de Tablas y Figuras	
Tabla 1. Clasificación de la esquizofrenia	37
Tabla 2. Estrategias de Intervención Terapéutica	54
Tabla 3. Matriz de Unificación de categorías del Diario de Campo	71
Figura 1. Genograma	22

RESUMEN:

Este estudio longitudinal se realiza con el objetivo de caracterizar el funcionamiento a nivel de habilidades sociales y procesos de comunicación de una persona diagnosticada con Esquizofrenia Paranoide incluida en el proyecto de artes del convenio UNAD- FUNAVI, en un periodo de doce meses por medio de un enfoque cualitativo basado en dos corrientes teóricas: la teoría del Aprendizaje Social y la teoría Cognitivo – Conductual.

A partir de lo anterior y con la asesoría de la UNID se dio a la tarea de iniciar el seguimiento e intervención del estudiante a través de talleres de música, manualidades, danza, títeres. Mediante diversas estrategias tales como: la historia de vida, la historia clínica, la entrevista, el cuestionario y el diario de campo. Además de la utilización de instrumentos como: la lista de chequeo de evaluación de habilidades sociales de Goldstein y el test de Wartegg.

Los resultados muestran que la población objeto de este estudio mejoró sus habilidades sociales y procesos de comunicación e interacción social, con mayor grado de autonomía e independencia, optimizando la calidad de vida del paciente y su familia. Se concluye que todo el proceso genera una respuesta adecuada a nivel cognitivo conductual.

Palabras Claves: Esquizofrenia, habilidades sociales, aprendizaje social, interacción, comunicación.

ABSTRACT

This longitudinal study was performed to characterize the performance level of social skills and communication processes of a person diagnosed with schizophrenia that is included in the draft agreement UNAD arts - FUNAVI in a twelve month period through a qualitative approach based on two theoretical approaches : the theory of Social Learning and Cognitive theory - Behavioral .

From the above and with the advice of the PCS was given the task of monitoring and initiate student involvement through music workshops, crafts, dance, puppetry. Through various strategies such as life history, medical history, interview, questionnaire and the field diary. Besides the use of instruments such as: checklist of social skills and Goldstein Wartegg test.

The results show that the population of this study improved their social skills and processes of communication and social interaction, with a greater degree of autonomy and independence, optimizing the quality of life of patients and their families. We conclude that the process generates an appropriate response to cognitive behavioral.

Key words: Schizophrenia, social skills, social learning, interaction, communication.

INTRODUCCION

El desarrollo físico, intelectual y social del ser humano se inicia desde el momento de su nacimiento. El aprendizaje se da de manera continúa desarrollando patrones cognitivos, afectivos, sociales, morales, de acuerdo al contexto cultural en que se desenvuelve el individuo (Delval, 1995).

En este sentido, Piaget (1969) plantea que todos los seres humanos gozan de un potencial genético y biológico pero algunos poseen algunas características a nivel conductual restringidas, por lo que requiere de la protección, el afecto, la inclusión, y la socialización de parte de las demás personas donde resulta primordial mantener relaciones interpersonales sólidas, efectivas y perdurables.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA, 2000), la esquizofrenia se ubica en el eje I: trastornos clínicos, contiene cinco sub-clasificaciones de la esquizofrenia: F20.0 tipo paranoide, F20.1 tipo desorganizado, F20.2 tipo catatónico, F20.3 tipo indiferenciado, F20.5 tipo residual.

Una de las principales afectaciones en la esquizofrenia es la carencia de habilidades sociales y de comunicación que constituyen una buena parte de las causas del rechazo, del aislamiento social, de la deserción escolar. Las relaciones interpersonales son necesarias para el desarrollo y el funcionamiento normal del individuo (Rojas, 2013).

En tal sentido el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) tiene como objetivo responder a las necesidades del paciente con esquizofrenia ya que carece de las destrezas necesarias para desenvolverse en el mundo familiar y social. Al respecto, Caballo (1993) plantea que estas habilidades son capacidades específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea o acción que se pueden adquirir por medio del entrenamiento y la práctica.

Asimismo, Verdugo (1989) considera necesario observar al paciente en su entorno y su conducta desde diferentes factores, identificando sus procesos de socialización, su actitud hacia los demás, su nivel de desenvolvimiento y de seguimiento de instrucciones. Por consiguiente este estudio tiene como objetivo general: Caracterizar el funcionamiento a nivel de habilidades sociales y procesos de comunicación en un paciente con esquizofrenia y como específicos: Observar los cambios en la interacción social generados a partir del entrenamiento en habilidades sociales, describir las habilidades sociales y los procesos de comunicación fortalecidas en el paciente, identificar las habilidades sociales que adquiere y consolidar los resultados obtenidos a lo largo de un año de realizado el seguimiento.

Por tanto para este estudio se desarrollan Diarios de Campo como soporte documental personal diario, lo que permitió, registrar la actividad diaria de forma descriptiva e interpretativa observando el comportamiento del paciente en su contexto familiar y social. Asimismo se utilizaron herramientas como la entrevista, el cuestionario, la historia de vida, la historia clínica, la lista de chequeo de evaluación de habilidades sociales de Goldstein y el test de Wartegg para verificar el impacto del entrenamiento en habilidades sociales y los procesos de comunicación en el paciente y su familia.

Las razones del estudio longitudinal son principalmente realizar apoyo del proceso educativo, teniendo en cuenta a un estudiante con estados alterados de personalidad diagnosticado con Esquizofrenia Paranoide a la vez se realiza intervención de Psicoeducación familiar con el fin de no desligar a la familia de los procesos educativos, optimizando el funcionamiento social del paciente, reduciendo la vulnerabilidad y permitiendo la inclusión para mantener la estabilidad y el equilibrio emocional del paciente y de su familia. De este modo mejorar los procesos de comunicación e interacción, potenciando los recursos individuales y familiares mejorando la calidad de vida.

En consecuencia la intervención mejoro positivamente la respuesta a nivel cognitivo conductual del paciente, ayudo a disminuir y prevenir recaídas, redujo los síntomas, optimizo el funcionamiento personal y social aumentando la capacidad que tiene el paciente para funcionar de manera independiente.

JUSTIFICACIÓN

Con respecto a la evolución del concepto de discapacidad, Martín, Sarmiento y Coy (2013) sostienen que se han descrito tres modelos para tratar socialmente a estas personas en primer momento, el denominado modelo de la prescindencia donde se presume que las causas de la discapacidad son de tipo extra naturales, por cuanto se hablaba de seres infrahumanos, salvajes y/o endemoniados, como respuesta a un castigo de Dios, el segundo modelo corresponde al rehabilitador, donde las causas del factor diferencial de la persona se determinan por un concepto desde lo científico y es ahí donde se refiere a las personas “normales o anormales” en términos de funcionalidad, y por último el modelo social, que determina que las causas que originan la discapacidad obedece a una construcción social impuesta.

La principal hipótesis de este modelo social afirma que fundamentalmente es la sociedad la que genera la condición de discapacidad a las personas al imponer obstáculos materiales y estereotipos culturales que fomentan dinámicas de exclusión y marginación (Martín, et al. 2013).

En este sentido existe la necesidad imperante de realizar este estudio para apoyar al paciente y fortalecer su proceso educativo, a través de diversas estrategias de seguimiento para que desarrolle sus potencialidades de interacción social por medio del entrenamiento en habilidades sociales y procesos de comunicación. Porque es esta interacción la que significativamente se ve alterada en las personas que padecen Esquizofrenia. Asimismo es una parte fundamental en el tratamiento de integral de esta patología.

Generalmente se presenta marcadas deficiencias en las relaciones con los demás y en la comunicación. La intervención al paciente permite lograr múltiples beneficios en varios

aspectos, mejorando las habilidades conversacionales, la asertividad, el funcionamiento y la conducta social, se potencian los recursos individuales de afrontamiento, las relaciones familiares, facilitando sus habilidades para integrarse en la sociedad.

Una de las características de esta patología es la sensibilidad y ansiedad que sienten los pacientes ante los contactos sociales presentándose deterioro de las necesidades afectivas, que conlleva al aislamiento social por ende la relevancia del EHS y procesos de comunicación en el paciente con este trastorno mental ya que le permiten disponer de destrezas adecuadas para la interacción social y por ende mejorar su calidad de vida.

El estudio longitudinal se realiza con base en investigaciones, artículos científicos, tesis y proyectos que hacen relación a la Esquizofrenia y manejo de estos pacientes en el contexto familiar, académico y social. Esta revisión evidencia que este tipo de intervención es la que genera mayor impacto positivo y efectividad para la población con Esquizofrenia y problemas de salud mental.

La familia y el paciente es la población beneficiaria de este estudio, es necesario trabajar con las personas que viven con el paciente para modificar falsas creencias sobre la enfermedad, para estructurar la poca información que se tiene y para aclarar dudas. Esto se logra mediante talleres psicoeducativos que permiten de manera más directa y precisa sensibilizar sobre la enfermedad y ejercer un cambio en la actitud de los familiares.

La principal razón del estudio de investigación y de la intervención psicosocial es apoyar y fortalecer los procesos de comunicación e interacción social del paciente y su familia. Ya que el paciente presenta déficits en las habilidades sociales y conversacionales necesarias para la vida diaria, por este motivo se siente estigmatizado y discriminado y en consecuencia limitado en su

posibilidad de adquirir habilidades más complejas. El Entrenamiento en habilidades sociales le permite progresivamente ser parte constructora de su medio social, disminuyendo en sí mismo estas ideas que incluso la misma familia llega a promover (Lira, 2009).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN O PROBLEMA A EXAMINAR

¿Cuáles son las habilidades sociales, de comunicación e interacción social de una persona diagnosticada con Esquizofrenia Paranoide incluida en el proyecto de artes del convenio UNAD-FUNAVI?

DELIMITACIÓN Y ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

El presente proyecto de investigación es un estudio longitudinal realizado a un estudiante de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD - Zona Centro Boyacá CEAD Tunja, diagnosticado con Esquizofrenia Paranoide perteneciente a la escuela de artes CRE-SER-FUNAVI y a su núcleo familiar. Se realizó un seguimiento a través de un periodo de doce meses, mediante la observación directa, el registro de diario de campo en el contexto educativo, social y familiar al igual que el diligenciamiento de la historia clínica, este seguimiento se hace como proceso de acompañamiento educativo al estudiante con diversidad funcional y otras problemáticas asociadas.

Se inició el proceso de estudio longitudinal como participantes voluntarias en la UNID y se continua el proceso en el curso de práctica profesional a través de la intervención psicosocial con el objetivo de establecer estrategias de entrenamiento en habilidades sociales y cambios en los patrones de comunicación en el paciente y su núcleo familiar a fin de minimizar los síntomas esquizoides. Con la supervisión de la Doctora Dolly Milena Rodríguez como asesora interna y la Doctora Luz Yarime Coy Guerrero como asesora externa.

Se realiza el proceso de empatía y rapport con el paciente de 30 años de edad, sexo masculino, con diagnóstico de trastorno Esquizofrénico Paranoide, según los criterios del DSM

IV- TR en abril de 2012. Teniendo en cuenta que presenta dificultad a nivel cognitivo conductual y estados alterados de personalidad, refiere que tiene dificultad para establecer relaciones de amistad, para expresarse adecuadamente y de ser entendido, al mismo tiempo que siente que le hacen daño. Asiste a la universidad solo, toma el transporte público sin inconveniente alguno, está orientado temporal y espacialmente, presenta dificultad para comunicarse, para expresar sus emociones, sus ideas y pensamientos, desconfía de los demás, presenta escasa fluidez verbal cuando sostiene una conversación cara a cara, cuando la hace a través del celular es mucho más fluida, su tono y volumen de voz es muy bajo, además maneja escaso contacto visual.

ANAMNESIS

Historia de la Enfermedad:

Edad y forma de comienzo: al establecer el inicio de la enfermedad se presenta dificultad de identificarla a razón de que los síntomas pasan desapercibidos, más adelante los síntomas negativos dan cuenta de cambios actitudinales que hacen pensar a la familia de un trastorno por lo que asistió a consulta en la cual fue identificado con síntomas psicóticos y diagnosticado con Esquizofrenia indiferenciada en el año 2011.

Formas de evolución:

Infancia temprana (0 a 3 años): no identificable

Infancia Media (3 a 6 años): empezó a mostrarse tímido y retraído.

Infancia Tardía: niño pasivo, muy tímido, en el colegio le decían que era un ser especial, él lo tomo como un ser superior, tiene ideas de que es un ser sobre natural (delirio de grandeza), comienza hablar de miedos e ideas extrañas.

Edad Adulta: Estudia actualmente en la Universidad Nacional Abierta y A Distancia UNAD pertenece la escuela de artes CRE-SER-FUNAVI.

Cuando se conoce el caso y se inicia el proceso de intervención el paciente presenta dificultades de ansiedad, desánimo y dificultades concretas para afrontar problemas, es poco sociable, refiere escuchar voces en su interior que le hablan, maneja escaso contacto visual, no tiene novia, es poco sociable, tiene correo electrónico y escribe mensajes de la creación y de la biblia específicamente, omite palabras razón por la cual es difícil entender sus mensajes. Fue llevado a consulta psiquiátrica y diagnosticado con esquizofrenia Paranoide en el año 2012.

Patrón Evolutivo:

Factores de Riesgo: Vulnerabilidad genética, estresantes ambientales, madre diagnosticada con TAB (trastorno afectivo Bipolar), Esquizofrenia y Alzheimer.

Factores Protectores: La relación familiar, la atención de los abuelos, bajo nivel de crítica y la protección emocional.

Factores Precipitantes: La muerte del papá, independización del hermano y la mudanza a un nuevo barrio.

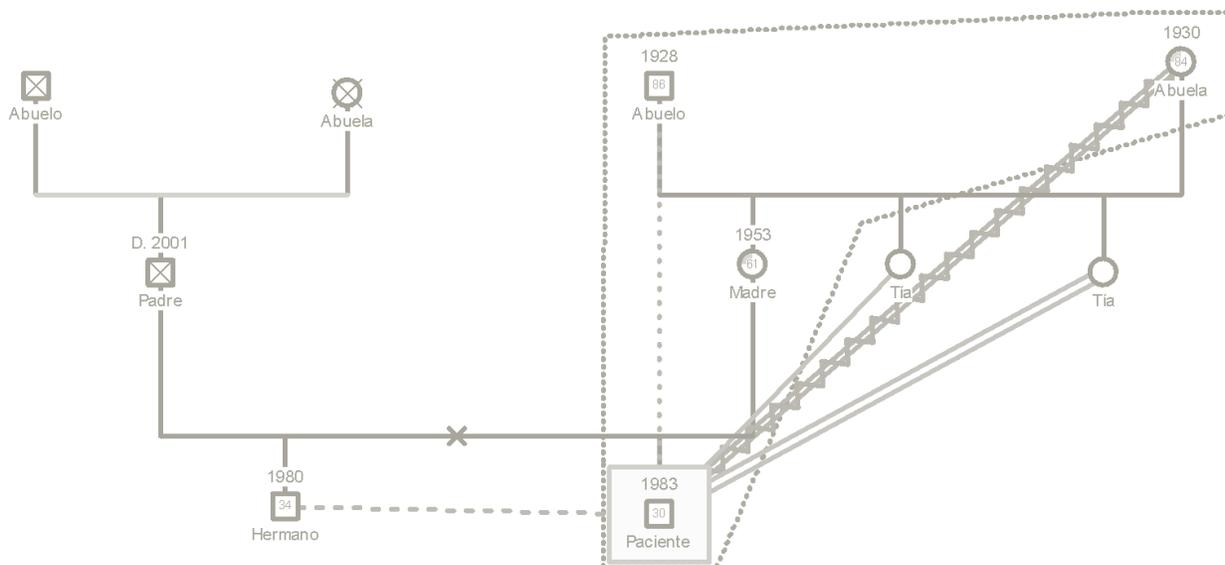
Factores Agravantes: Inactividad física, estados alterados del sueño y el sedentario.

Factores Perpetuantes: Aislamiento social y abuso del internet.

Antecedentes Familiares:

Madre diagnosticada con Esquizofrenia, TAB, Alzhéimer.

FIGURA 1. Genograma Familiar



En relación con el trastorno Ovejero (1990) sostiene que la Esquizofrenia es una enfermedad que incluye dentro de sus características más específicas, el deterioro del funcionamiento social e interpersonal, las relaciones sociales y la comunicación se encuentran disminuidas por esta razón se procede a intervenir por medio del EHS con el objetivo de mejorar la interacción y competencia social del paciente.

Así pues con este entrenamiento se estimulan las capacidades de comunicación verbal y no verbal, la identificación de sentimientos, actitudes y percepción del contexto interpersonal a través de la interacción social; además de ser una técnica central para corregir el pobre funcionamiento social de los esquizofrénicos (Cavieres y Valdebenito, 2005).

Ahora bien, según datos epidemiológicos la Esquizofrenia es un trastorno mental multifactorial que afecta a la población a nivel mundial, aparece en todas las culturas, clases

sociales, a cualquier edad pero generalmente en la adolescencia y en adultos jóvenes (15-30 años). Con menor frecuencia en niños y en adultos mayores (Tizón, 2004).

La prevalencia mundial es baja: alrededor de 0.5% a 1.5% y con factor de heredabilidad del 80%, afecta en igual manera a hombres y mujeres, las tasas de prevalencia en todo el mundo son similares teniendo como referente la diversidad cultural, étnica y socioeconómica, la tasa promedio global es de 1 caso por cada 100 habitantes, en Colombia según el estudio Nacional de Salud Mental la prevalencia estimada es de 1,0% lo que permite estimar una población de 471.052 personas en Colombia, que padecen esta patología. Si uno de los padres padece esquizofrenia el hijo tiene un 12% de posibilidades de desarrollar dicho trastorno y si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades. Un niño con padres sanos tiene un 1% de posibilidades de padecer este trastorno, mientras que un niño con un hermano con este desorden tiene un 8% de probabilidades. Las causas de la esquizofrenia son tanto bioquímicas: desequilibrios químicos en el cerebro, como ambientales (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué, Ruano, 2011).

En este sentido el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la implementación de la Ley 1616 de 2013 (Ley Esperanza de Salud Mental en Colombia) ratificó la importancia que tiene la salud mental como derecho fundamental, como nivel primario de atención de orden nacional, para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Con respecto a los pacientes diagnosticados con esta patología estos enfrentan un grupo de trastornos que varían de acuerdo a cómo evoluciona la enfermedad en cada paciente, se caracteriza porque los procesos cognitivos se encuentran gravemente alterados, de acuerdo con el criterio del DSM IV-TR (American Psychiatric Association 2000) este diagnóstico incluye

síntomas como perturbaciones notorias del pensamiento, percepción y atención, delirios, alucinaciones auditivas, distorsión de la realidad, trastornos afectivos y del movimiento, alteraciones en la motivación, aislamiento social, entre otros. El Manual Diagnóstico caracteriza la psicosis (entendida allí como la pérdida de los límites del sí mismo y de la evaluación de la realidad) por la presencia de ideas delirantes y alucinaciones manifiestas, la clasificación diagnóstica agrupa los trastornos psicóticos en: Esquizofrenia si esta alteración persiste por lo menos durante seis meses con por lo menos un mes de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento gravemente desorganizados, catatonía (marcada alteración en la actividad motora) o síntomas negativos: retraimiento social, aislamiento, deterioro del aspecto físico, pérdida de interés, pobreza psicomotora (APA 2000 DSM-IV-TR).

Las funciones ejecutivas se ven gravemente afectadas con esta enfermedad, el lóbulo frontal es el responsable de estas funciones, estas comprenden las capacidades mentales para formular metas y planificar como lograrlas; cuando existe deterioro en estas funciones el paciente no cuenta con la capacidad de independencia, su desempeño y productividad disminuye notablemente (Lopera, 2008). La esquizofrenia se ubica dentro de las 10 patologías más discapacitantes de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) además indica que en el mundo 24 millones de personas sufren de Esquizofrenia.

En este sentido la teoría del neurodesarrollo del cerebro humano (Mrarenco y Weinberger, 2000) que en los últimos años ha sido estudiada y publicada en revistas especializadas expone que la enfermedad surge como una consecuencia a largo plazo de una anomalía del desarrollo neural precoz, existe una desorganización neuronal que se da por una interrupción de la migración de las neuronas durante el segundo trimestre de la gestación. Esto provocaría posicionamientos celulares anómalos que darían lugar a patrones de conectividad alterados

cuando las neuronas establecen sus redes. La teoría sostiene que la esquizofrenia respondería a un modelo multifactorial que implicaría un factor genético activado durante el desarrollo cerebral en el segundo trimestre del embarazo y un factor ambiental, complicaciones perinatales que afectarían al desarrollo cerebral de forma adversa (Espinoza et al. 2006).

En efecto la maduración cerebral sigue su curso hasta la edad adulta, no termina en la adolescencia, la aparición de la actividad psicótica durante esta etapa tiene efectos adversos a largo plazo sobre el cerebro, lo que revela el progreso de la enfermedad (Servat, Lehmann, Harari, Gajardo, & Eva, 2005). El factor de riesgo directamente asociado a desarrollar esquizofrenia es la predisposición genética, es decir, que los familiares de primer grado de un paciente esquizofrénico presentan un mayor riesgo de sufrir un trastorno del espectro esquizofrénico que la población general y que los familiares de segundo grado (Obiols y Vicens-Vilanova, 2003).

En pacientes con esquizofrenia es muy frecuente que se presenten comportamientos anormales de comunicación por efecto de la enfermedad pensamiento y discurso son desorganizados, habla de manera incoherente y extraña, ve, oye, siente y percibe cosas irreales, presenta problemas de organización de ideas (Barrera, 2006). Entonces los procesos de comunicación familiar se hacen dificultosos con los cambios bruscos en el estado de ánimo del paciente, como es una enfermedad severa los miembros de la familia pueden presentar un fuerte efecto ya que se sienten estigmatizados o responsables por el trastorno, por tanto el sistema familiar completo necesita ser atendido (Penadés, 2002).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el funcionamiento a nivel de habilidades sociales y procesos de comunicación en un paciente diagnosticado con Esquizofrenia Paranoide.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Observar los cambios en la interacción social generados a partir del entrenamiento en habilidades sociales en un paciente con Esquizofrenia Paranoide.

Describir las habilidades sociales y los procesos de comunicación fortalecidas en el paciente con Esquizofrenia Paranoide.

Identificar las habilidades sociales que adquiere el paciente con Esquizofrenia Paranoide.

Consolidar los resultados obtenidos a lo largo de un año de realizado el seguimiento al paciente con Esquizofrenia Paranoide.

ESTADO DEL ARTE

Obiols y Carulla (1998), afirman que diversas investigaciones adelantadas sobre las causas de la esquizofrenia son variables no hay una causa común estas han sido objeto de discusión, dichas investigaciones reseñan que la genética, el desarrollo prenatal, el medio ambiente temprano, la neurobiología y los procesos psicológicos y sociales, son factores importantes. La investigación actual psiquiátrica en el desarrollo de este trastorno principalmente se basa en un modelo de desarrollo neurológico (Cuesta, Peralta & Serrano 2009).

En la actualidad la mayoría de las investigaciones apuntan a que es el resultado de una combinación de vulnerabilidad genética del cerebro ya sea congénita o adquirida y a factores ambientales. La Esquizofrenia es más comúnmente diagnosticada por primera vez durante la adolescencia tardía o edad adulta temprana, lo que indica que es más frecuente su inicio al final de la infancia y la adolescencia (Navarro, 2000).

Además un estudio realizado en 14 países sobre la discapacidad relacionada con distintas afecciones mentales y físicas, distinguió a la Esquizofrenia como el tercer padecimiento más discapacitante, superior incluso a la ceguera y la paraplejia (Lara, Robles, Orozco, Saltijeral, Medina & Chisholm 2010). En el estudio de la carga Global de la Enfermedad, la Esquizofrenia contribuyó con 1.1% del total de los años de vida ajustados por discapacidad y con 2.8% del total de años vividos con discapacidad (Lara et al., 2010).

Al respecto los primeros estudiosos de esta patología, afirman que la Esquizofrenia generalmente inicia en el curso de la adolescencia de acuerdo con los datos de Bleuler, aproximadamente de entre el 83-85% de los pacientes tenían su primer brote de Esquizofrenia

antes o alrededor los 40 años. En los casos en los que el inicio era más tardío podían presentar diferentes cuadros clínicos, especialmente en lo que concierne a la sintomatología paranoide (Cernovsky, Landmark, y O'reilly, 2002).

La Esquizofrenia puede ser un trastorno altamente incapacitante que tiene un profundo impacto en el individuo, en los miembros de la familia y amigos, muchos individuos con Esquizofrenia no se recuperan de la enfermedad, recientemente se ha dirigido una especial atención a los procesos de intervención, de recuperación que se esfuerzan por lograr un retorno sustancial del funcionamiento de los individuos con Esquizofrenia (Collazos, 2007).

Gran parte de los individuos con Esquizofrenia no tienen habilidades de conversación positivas y muestran importantes dificultades en el pensamiento. La comunicación social es problemática debido a que muchos presentan déficit consistente en su percepción emocional y en la comprensión de las creencias y actitudes de los demás. Al respecto Heissen y Cuthbert (Citado por Sue & Huerta, 2010) encontraron que las excentricidades en la apariencia, los patrones de comunicación, las percepciones inusuales, pueden impedirles establecer redes sociales satisfactorias. Los enfoques psicoterapéuticos se han modificado para examinar estas situaciones, lo que permite a los individuos con esta enfermedad un funcionamiento social adecuado (Cabeza, 2008).

En la actualidad la mayoría de clínicos están de acuerdo en que el tratamiento más benéfico y eficaz para la Esquizofrenia es la combinación de medicamentos antipsicóticos y la psicoterapia, pues la medicación por sí sola no es suficiente para ayudar a los esquizofrénicos a funcionar en ambientes naturales (García, Vázquez Jiménez & Vázquez, 2007). Esta psicoterapia incluye intervenciones en Psicoeducación familiar, terapias cognitivo-conductuales, programas de

entrenamiento social, entrenamiento en habilidades sociales basadas en la comunicación con el propósito de incrementar las conductas apropiadas y la independencia del paciente (López, 2004).

Así como se siguen desarrollando nuevos medicamentos antipsicóticos, las psicoterapias también evolucionan, centrandó su atención en los tratamientos que se dirigen a los déficits encontrados en la Esquizofrenia. Su enfoque es la recuperación ofreciendo una visión optimista en el tratamiento (Kriz & Etcheverry, 1990).

Muchos estudios han evaluado las relaciones, entre la sintomatología positiva y negativa y un mal funcionamiento social, pero han sido los síntomas negativos (retraimiento social, deterioro del aspecto físico, pobreza en el lenguaje, pérdida del interés, pobreza psicomotora, aislamiento) los que se han asociado de manera consistente a la discapacidad en varias áreas, la sintomatología positiva (alucinaciones, delirios, distorsión de la realidad) está asociada pero de manera menos frecuente (Addington & Addington 2000).

Diversos autores han desarrollado programas que a su vez han demostrado su eficacia, la variedad de tratamientos implementados ha seguido una progresión histórica que recogió Talbott 1995 (citado por Sue & Huerta, 2010). Se inició con las psicoterapias individuales en la década del siglo XIX, siguiendo con la psicoterapia grupal entre 1910 y 1920, la psicoterapia familiar en los años veinte, la rehabilitación en los años cuarenta, la conductual en los años cincuenta, la comunitaria en los años sesenta, la cognitiva en los años setenta y la Psicoeducación en los años ochenta (Penadés, 2002).

A partir de los años noventa se realizó el interés por las intervenciones en los primeros episodios de la enfermedad, debido a la mayor efectividad del tratamiento de los mismos y por la

posibilidad del pronóstico de la enfermedad. Bajo el marco del modelo cognitivo-conductual, algunas de las estrategias que se han demostrado eficaces en el tratamiento psicológico de episodios psicóticos son la intervención psicoeducativa (Molina & Cala, 2007).

Las investigaciones actuales en el ámbito de los trastornos psicóticos comienzan a señalar que la efectividad de las técnicas para reducir los déficits cognitivos depende de factores motivacionales (Romero & Ruiz 2006). En la práctica clínica, el estudio de las intervenciones motivacionales pueden ser relevantes para los pacientes con síntomas psicóticos, ya que favorecen la motivación intrínseca para iniciar y mantener los propios cambios.

Así mismo Granholm (citado por Sue, 2010) afirma que cuando se agregan tratamientos psicosociales como complemento al tratamiento farmacológico hay evidencia de que las tasas de recaída se reducen entre un 11 y un 50% en comparaciones con las tasas observadas cuando el tratamiento farmacológico es el único utilizado. Por tanto la combinación de estos dos ha demostrado eficacia y se requiere su implementación en la Esquizofrenia.

Durante las dos últimas décadas estudios longitudinales dan cuenta que el EHS ha sido la técnica central para corregir el pobre funcionamiento social de los esquizofrénicos, Brady, Haldford & Hayes, 1992 (citado por Fernández y Lemos, 2001), este entrenamiento se basa en las teorías de aprendizaje social de Albert Bandura (1987) y la terapia cognitivo conductual, que tienen como objetivo mejorar y reactivar las habilidades perceptuales, motoras e interpersonales al igual que optimizar la interacción social de los pacientes esquizofrénicos logrando el mayor grado de independencia posible, mejorando las relaciones interpersonales como elemento esencial para conseguir un adecuado desempeño e intercambio social que facilitan la convivencia y mejoran la calidad de vida del paciente (Lemos, García, Otero, Sánchez y Gutiérrez 1998).

Al respecto Caballo (2007) considera el EHS como una herramienta fundamental en el tratamiento integral de la Esquizofrenia estas habilidades se definen como conductas o destrezas cognitivo-conductuales, las cognitivas engloban la percepción social y el procesamiento de información que definen, organizan y guían las habilidades sociales. Las destrezas conductuales se refieren a las conductas verbales y no verbales usadas para la puesta en práctica de la decisión surgida de los procesos cognitivos, que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal, en tanto el entrenamiento en habilidades sociales es un conjunto de conductas enseñadas, para que sean emitidas en un contexto interpersonal que expresan los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Liria, 2009).

En los últimos años se han realizado cada vez más investigaciones y programas de intervención basados en EHS, con la finalidad de potenciar los recursos individuales de afrontamiento y la red de apoyo social, con el fin de atenuar o eliminar los estresores ambientales (Santolaya, 2002).

Además Liberman & Corrigan, 1993; Mueser & Sayers, 1992 (citado por Fernández y Lemos, 2001) sostienen que el proceso interactivo por el cual se logra la capacidad social se concreta en capacidades de comunicación verbal y no verbal, identificación de sentimientos positivos y negativos, actitudes y percepción del contexto interpersonal; y posibilitan el logro de los objetivos individuales por medio de la interacción social.

En este sentido, Fernández y Lemos (2001) plantean que las habilidades sociales comprenden un amplio conjunto de elementos verbales y no verbales que se combinan en habilidades cognitivo-conductuales, que son enseñados en programas de entrenamiento.

Los componentes tradicionalmente más relevantes son las conductas expresivas como contenido del habla, elementos paralingüísticos: volumen de voz, ritmo, tasa de emisión y entonación, y conducta no verbal como: contacto ocular, postura, expresiones faciales, movimientos corporales, distancia y postura interpersonal (Cavieres & Valdebenito 2005). Además de las conductas receptivas: percepción social, que abarca atención e interpretación de pistas relevantes y reconocimiento de emociones, conductas interactivas: momento de respuesta, turnos de conversación y uso de reforzadores sociales; y factores situacionales: la inteligencia social o conocimiento de los factores culturales y las demandas específicas del contexto (Jiménez y Vázquez, 2007).

Otras investigaciones revelan la eficacia del EHS en el mantenimiento a largo plazo de las conductas aprendidas, el dinamismo en aspectos como el esquema corporal, el entorno físico. El entrenamiento es uno de los procedimientos más ampliamente utilizado y evaluado en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos crónicos (Lemos, 2001).

La revisión de los estudios longitudinales sobre esquizofrenia registra e identifica el desarrollo de diversas modalidades de tratamiento psicológico realizado durante las últimas décadas destacando como relevantes las intervenciones psicoeducativas familiares, el entrenamiento en habilidades sociales, las terapias cognitivo-conductuales para los síntomas psicóticos; como procesos de intervención eficaces para contrarrestar los déficits que surgen por esta enfermedad (Fernández y Lemos, 2001). Dichas modalidades se dirigen a mejorar el funcionamiento social e

interpersonal del paciente, a promover la independencia y el mantenimiento en sociedad para disminuir la gravedad de los síntomas y las comorbilidades asociadas principalmente, depresión, suicidio y consumo de drogas, y a potenciar el manejo de la enfermedad (Angosto, Fernández, Arnillas, Gastañaduy, Teijeira, & Olivares, 1996).

Asimismo el EHS es un proceso de intervención estructurado y constante de aprendizaje individual o preferentemente grupal, de una amplia gama de comportamientos cuyo fin es mejorar la competencia social, sus principales elementos son la evaluación conductual de H.S, la importancia de la comunicación verbal y no verbal, el entrenamiento centrado en la percepción y el procesamiento de señales sociales y la habilidad para proporcionar reforzamiento social (Ovejero, 1990).

Según Zabala y Castillo (2000), los objetivos del EHS son ejercitar las habilidades de comunicación para su aplicación en contextos interpersonales, identificar y expresar emociones, facilitar estrategias de resolución de conflictos, fomentar la integración en actividades habituales, laborales y de ocio, mejorar una adecuada red de apoyo social y aumentar la autoestima en situaciones sociales.

Por otro lado Bellack, Morrison y Mueser (1989), confirman que este tipo de intervención ha sido objeto de estudios desde los años setenta y durante los últimos años existen trabajos de Liberman, de Wallace 1986, de Bellack 1993, que confirman la eficacia y la utilidad del entrenamiento en habilidades sociales para la esquizofrenia, los hallazgos son contundentes como para ser contenidos en la recomendación en la Guía Práctica de la Esquizofrenia de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA 1999).

Además un estudio adelantado por Bellack, 1984 (citado por Lemos, 2011) concluyo que los pacientes que recibían EHS presentaban un mejor control de los síntomas e índices mínimos de recaídas.

MARCO TEÓRICO

El término Esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra Eugen Bleuler al inicio del siglo XX. La palabra se deriva de dos raíces griegas: schizo, que significa rasgar o separar, y phren, que significa el intelecto o la mente. Pero anteriormente fue identificado este trastorno por el psiquiatra alemán kraepelin en 1896 bajo el nombre de "demencia precoz". La palabra esquizofrenia significa la ruptura de la mente y la estabilidad emocional del paciente (Penadés, 2002).

Smith (citado por Sue & Huerta, 2010) expone dos tipos de síntomas clínicos de la esquizofrenia: síntomas positivos y síntomas negativos.

SÍNTOMAS POSITIVOS: son aquellas manifestaciones que el paciente experimenta, principalmente este distorsiona la realidad a causa de las alucinaciones y delirios (DSM IV, 2000).

Las alucinaciones: son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. El paciente no está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presente en el mundo externo, pueden ser de tipo auditivas y visuales principalmente (García & Morejón, 2006).

Los Delirios: son creencias personales falsas, se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas que se sostienen de manera firme y consistente a pesar de una evidencia lógica que la desacredite; el paciente ve el delirio

como la única realidad válida. Los delirios pueden producir reacciones emocionales intensas como depresión, miedo, enojo (Navarro & Ramírez, 2009).

Asimismo, Cordero (2005) plantea la existencia de gran variedad de temas delirantes en Esquizofrenia tales como: Delirio de Grandeza que es la creencia del individuo de que es una persona poderosa y famosa, del presente o del pasado; es muy frecuente que se asuma la identidad de esa otra persona, también el Delirio de Control en el que el individuo cree que otras personas o cosas tratan de influir o tomar control sobre él, también el Delirio de Persecución donde la persona cree que los demás conspiran contra él, que lo pueden maltratar o incluso hasta asesinar, además el Delirio de referencia la persona cree que siempre es el centro de atención o que todo lo que sucede lo incluye, además el Delirio de pensamientos transmitidos en el que individuo tiene la creencia de que otros pueden escuchar los pensamientos personales, y el Retiro de pensamientos que es la creencia de que sus pensamientos han sido removidos de su mente (Marconi, 2000).

SÍNTOMAS NEGATIVOS: consisten en déficit conductuales, están asociados con la incapacidad o la disminución para iniciar acciones, expresar emociones, tales como avolición o apatía (incapacidad de tomar acción o estar orientado a metas), alogía o trastorno negativo del pensamiento, falta de energía, insociabilidad, anhedonia o falta de placer, afectividad aplanada (García, Palacio, Garcés, Arbeláez, Sánchez, López & Ospina 2013).

En el caso de Pobreza afectiva: Se manifiesta con la disminución de la capacidad emocional, con un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos.

Por ejemplo: expresión facial inmutable la cara parece congelada, escaso contacto visual, ausencia de inflexiones vocales, es decir, el habla tiene una calidad monótona el tono de voz o

volumen se encuentran disminuidos, al igual que los movimientos espontáneos disminuidos sin la utilización de ademanes expresivos: no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado, incongruencia afectiva: el afecto expresado es inapropiado, sonríe cuando se habla de temas serios (Espinoza, Derito, & Rodríguez, 2006).

Se presenta Alogía que se considera como un trastorno negativo del pensamiento integrado por varios componentes. Uno de ellos es la pobreza del lenguaje: restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional, otro es la pobreza del contenido del lenguaje: en el cual es suficiente la cantidad de discurso pero poca la información suministrada el contenido es pobre, los comentarios tienden a ser repetitivos, bloqueo: interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado, latencia de respuesta incrementada: el paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a la pregunta y en ocasiones ni siquiera dan respuesta a ella (Penadés, 2002).

Además abulia o apatía que se manifiesta como una falta de energía y ausencia aparente de interés, de impulso en las que suelen ser actividades de rutina, se pueden presentar problemas con el aseo y la higiene personal, sentimiento de cansancio, lentitud, constante agotamiento físico y mental (Sue, et al. 2010).

Asimismo Anhedonia que es cierta incapacidad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras, puede mostrar inhabilidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar, las relaciones con amigos y semejantes son limitadas (Olivares, 1995).

Sin embargo hay que advertir que no todas las personas que sufren de esquizofrenia tienen estos síntomas. Alrededor de una tercera parte de los enfermos no los presentan o de manera tan poco marcada que apenas le perturban en la vida cotidiana (Hernández, 2010).

Por lo que se refiere a la Etiología de la Esquizofrenia esta describe diferentes dimensiones que interactúan entre si influenciando en la patología, la dimensión biológica que incluye factores como los genes, la desregulación de neurotransmisores, también las anomalías estructurales del cerebro y daños físicos (infecciones prenatales, complicaciones obstétricas), la dimensión sociocultural incluye el género, el nivel socioeconómico bajo, las adversidades sociales y la marginación, la dimensión psicológica encierra los traumas infantiles, la depresión y baja autoestima, y el uso de drogas, y la dimensión social incluye el maltrato, las interacciones familiares disfuncionales y las emociones expresadas (Sue y Huerta, 2010).

Con respecto a la comorbilidad la esquizofrenia está asociada con otros trastornos mentales como la depresión, síntomas obsesivos y compulsivos, preocupaciones somáticas, síntomas disociativos y otros síntomas de ansiedad o del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad.

También con trastornos por uso de sustancias y de alcohol, con enfermedades y antecedentes médicos y cuadros médicos concomitantes más frecuentes: obesidad, conductas de riesgo para VIH, tabaquismo e hipertensión (Buckley, 2009).

TABLA 1. Clasificación de la Esquizofrenia

TIPO	SINTOMAS	EDAD DE INICIO	PREVALENCIA
ESQUIZOFRENIA	Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo	A partir de los 20 y 30 años,	Es el tipo más común, por igual

PARANOIDE	auditivas. Preocupaciones con uno o más delirios, sistematizados o alucinaciones auditivas, ausencia de discurso o conducta desorganizados, afecto aplanado o inapropiado.	inicio posterior entre hombres y mujeres.
ESQUIZOFRENIA TIPO DESORGANIZADO	Se caracteriza por un grave trastorno en la afectividad y un fuerte deterioro cognitivo, a menudo muestran falta de interés y de participación. Discurso y conducta en extremo desorganizados, pobreza del pensamiento, nula capacidad de relación interpersonal o social. Se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas.	A mediados de la adolescencia tardía; antes en las mujeres que en los hombres.
ESQUIZOFRENIA TIPO CATATÓNICO	Predominan los trastornos motores, marcadas perturbaciones psicomotoras, por ejemplo: inmovilidad motora o estupor, negativismo extremo o resistencia física, movimientos peculiares, su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna.	De la adolescencia tardía a los 20 años. Más prevalencia en los países no occidentales.
ESQUIZOFRENIA	Esta categoría se aplica en aquellos casos que, cumpliendo los criterios de	A los 20 años o un poco
		Es un tipo relativamente

TIPO INDIFERENCIADA	esquizofrenia no reúnen las condiciones de antes. ninguna de las tres formas anteriores. Es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico.	antes.	común; se encuentra de igual manera en hombres que en mujeres.
ESQUIZOFRENIA TIPO RESIDUAL	Haber experimentado por lo menos un episodio esquizofrénico previo pero en la actualidad muestra: - Ausencia de características psicóticas, prominentes. - Evidencia continua de dos o más síntomas	Alrededor de los 20 años, tonto en hombres como en mujeres.	Tipo algo común.

Fuente: American Psychiatric Association (2000).

El curso típico de la esquizofrenia consiste en tres fases, Garrabé (2003) las clasifica en: fase prodómica, fase activa y fase residual.

FASE PRODÓMICA: Abarca el inicio y la construcción de los síntomas esquizofrénicos, es la fase que se produce antes de una crisis. El aislamiento y el retraimiento social, las conductas peculiares, el afecto inapropiado, los patrones deficientes, de comunicación y el abandono del cuidado personal son evidentes en esta fase. Algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados y con bajo rendimiento bajo (García, Gomis & Martínez, 2005).

FASE ACTIVA: La persona muestra los síntomas desarrollados del padecimiento, incluyendo perturbaciones severas del pensamiento, deterioro de las relaciones sociales, afecto aplanado e inapropiado, es la fase donde se desencadena la enfermedad; el comienzo de la enfermedad

puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida, su duración varía (Skokou, Katrivanou, Andriopoulos & Gourzis, 2012).

FASE RESIDUAL: Los síntomas ya no son prominentes, no la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas y el deterioro personal, social y laboral es grave (Sue y Huerta, 2010).

Con respecto a los criterios más ampliamente utilizados para diagnosticar esquizofrenia estos provienen del DSM y de la CIE, de la APA y de la OMS. La CIE-10 define los trastornos esquizofrénicos como distorsiones fundamentales típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas, en general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivos.

Entre tanto el DSM IV –TR la define como una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas en la fase activa, por ejemplo, dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico entre otros.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA), se puede hacer el diagnóstico de Trastorno Esquizofrénico si se cumplen las siguientes condiciones:

Señala seis criterios o condiciones indispensables para establecer el diagnóstico de un trastorno esquizofrénico:

1. Síntomas característicos, dos o más de la siguiente lista y cada uno de ellos presente durante una parte significativa durante al menos un mes:

Ideas delirantes,

Alucinaciones,

Lenguaje desorganizado por ejemplo: descarrilamiento frecuente o incoherencia.

Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

Síntomas negativos por ejemplo: aplanamiento afectivo, alogía o abulia.

2. Disfunción social y laboral: trabajo, relaciones interpersonales o cuidado de sí mismo claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

3. Duración: signos continuos de las alteraciones durante al menos seis meses, que pueden incluir un mes con los síntomas enunciados en 1 y los periodos prodrómicos y residuales caracterizados por la presencia de síntomas negativos.

4. Exclusión de trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: o bien no han estado presentes episodios de manía o depresión durante la fase activa, o su duración ha sido breve o relacionadas con las fases prodrómica o residual.

5. Exclusión del consumo de sustancias o enfermedad médica como causa del trastorno.

6. Si existe relación con un Trastorno Generalizado del Desarrollo, como el Autismo u otros, las ideas delirantes y las alucinaciones se mantienen durante al menos un mes.

Los criterios diagnósticos para Esquizofrenia de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición (CIE-10), son similares.

En relación con las intervenciones psicosociales este conjunto es muy extenso y desarrollado comprende diversos tipos de intervenciones dentro de las cuales encontramos: la Terapia cognitivo-conductual (TCC) se han realizado avances importantes en el uso de la TCC para el tratamiento y la reducción de la frecuencia y la gravedad de los síntomas positivos y negativos de

la Esquizofrenia, ha sido implementada para compensar algunos déficits y, esencialmente, para complementar los tratamientos farmacológicos, se trabaja en el desarrollo de habilidades de afrontamiento que le permiten al paciente manejar los síntomas y los déficit cognitivos (Molina y Cala 2007). También se destaca la Psicoterapia de apoyo, la Psicoeducación, las intervenciones familiares, el EHS, el entrenamiento en actividades de la vida diaria, rehabilitación cognitiva, actividades expresivas (arteterapia, musicoterapia), apoyo a la inserción educativa y laboral (Valencia, Murow, & Rascón, 2006).

En cuanto a los procesos psicoterapéuticos tienen en común el hecho de estar fundamentados en numerosas técnicas específicas de naturaleza psicológica, reconocidas por la comunidad científica y profesional. Teniendo en cuenta las manifestaciones psíquicas, físicas e interpersonales, estos tratamientos tienen como objetivo fundamental minimizar el sufrimiento, principalmente el debido a los trastornos mentales y promover cambios saludables (Roder, Brenner, Kienzle & Fuentes, 2007). En las intervenciones psicosociales el objetivo es reducir la vulnerabilidad y el estrés y maximizar las capacidades de adaptación y funcionamiento social, además de favorecer los apoyos sociales al aumentar la red de amigos (Valencia, 2013).

Ahora bien las terapias de familia han constituido diversos componentes básicos: educación completa acerca de la situación de salud, la caracterización de las interacciones desadaptativas y entrenamiento en habilidades de comunicación (Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2006). Las que se han sometido a contrastación empírica y han evidenciado gran utilidad son la psicoeducación, los entrenamientos en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva, el tratamiento asertivo de la comunicación, las TCC que tienen como finalidad disminuir o

modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas, a través de la colaboración del paciente y la familia, junto con el EHS y las terapias de familia trabajan en atenuar la ira, la depresión y/o ansiedad que pueda desencadenar o mantener los síntomas psicóticos (Cuevas y Perona, 1997).

En particular las intervenciones psicosociales engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales también favorecen el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa (Gálvez, 2002). Estas intervenciones pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales, y el funcionamiento social y laboral (Sue, et al. 2010).

Por consiguiente la revisión de los resultados de las investigaciones en este ámbito de estudio, indica que en más de cincuenta años de investigación, las intervenciones psicosociales han demostrado su utilidad y efectividad Marder (2000) resume la efectividad de las intervenciones psicosociales y su relación con los medicamentos antipsicóticos en cinco puntos: 1.- los pacientes que reciben un tratamiento psicosocial efectivo pueden requerir dosis bajas de antipsicóticos, 2.-los pacientes que reciben las dosis convenientes de antipsicóticos, toleran las diferentes formas de tratamiento psicosocial, 3. Los pacientes que reciben tratamiento psicosocial pueden cumplir de una manera más efectiva con los antipsicóticos, 4.-La combinación de los dos incrementa la efectividad del otro, y 5.- Los antipsicóticos y los

tratamientos psicosociales pueden afectar diferentes campos o aspectos de la intervención. Por ejemplo, los medicamentos antipsicóticos pueden ayudar o disminuir la sintomatología psicótica y los niveles de recaídas mientras que los tratamientos psicosociales pueden ayudar a incrementar las habilidades sociales, ocupacionales, vocacionales, de los pacientes.

Asimismo la Terapia Cognitivo Conductual fue empleada inicialmente para el tratamiento de los trastornos afectivos, la primera aplicación del modelo cognitivo-conductual para el análisis y tratamiento de síntomas psicóticos se debe a Beck quien trató, en 1952, a un paciente con un delirio resistente al tratamiento farmacológico, que estaba convencido de ser espiado por el FBI luego de la intervención el paciente adquirió la capacidad de cuestionarse y razonar sobre sus creencias erróneas cuando empezaba a sospechar que estaba siendo observado (Sue, et al. 2010).

Más tarde Hole y Rush en 1979, reportaron sobre la intervención cognitiva en pacientes con ideación delirante. Luego del tratamiento, los pacientes empezaron a asumir sus delirios como hipótesis sobre el significado de ciertos eventos, en lugar de ser verdades rigurosas y dominantes. Desde entonces se han realizado varios estudios, con resultados diversos, sobre la efectividad de las intervenciones cognitivas y conductuales en los pacientes esquizofrénicos (Molina y Cala, 2007).

Del mismo modo diversas investigaciones adelantadas sobre intervenciones en pacientes con esquizofrenia revelan que la Psicoeducación familiar, el EHS y el desarrollo de habilidades de comunicación favorecen los procesos de interacción social de manera efectiva y duradera. Las

habilidades sociales son las capacidades para relacionarnos libremente con los demás de un modo beneficioso y productivo socialmente aceptado y valorado (Morales, 2002).

Al respecto, Goldstein (1989) plantea la clasificación de habilidades sociales en primarias que incluyen habilidades como: escuchar, iniciar una conversación, mantener una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas y hacer un cumplido, también en habilidades avanzadas que incluyen pedir ayuda, participar, dar y seguir instrucciones, disculparse y convencer a los demás, también en habilidades relacionadas con los sentimientos como: conocer los propios sentimientos, expresar sentimientos, comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado de otro, expresar el afecto, resolver el miedo y autorrecompensarse.

También en habilidades alternativas a la agresión que incluyen pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, emplear el autocontrol, defender los propios derechos, responder a las bromas y evitar los problemas con los demás, también habilidades para hacer frente al estrés como formular una queja, responder a una queja, demostrar deportividad tras un juego, resolver la vergüenza, arreglárselas cuando le dejan de lado, defender a un/a amigo/a, responder a la persuasión, responder al fracaso, responder a la acusación, prepararse para una conversación difícil y hacer frente a las presiones del grupo, también en habilidades relacionadas con la planificación como tomar iniciativas, discernir sobre la causa de un problema, establecer un objetivo, determinar las propias habilidades, recoger información, resolver los problemas según importancia, tomar una decisión, concentrarse en una tarea (Goldstein, 1989).

En consecuencia, Sparrow (2007) afirma que fundamentalmente con el EHS se busca recuperar las habilidades perceptivas o de recepción: escuchando al otro, observar su comportamiento, identificar las emociones y sentimientos del otro. Con la técnica de modelado que implica la exposición de la persona modelo que ejecuta de una manera correcta aquellos comportamientos que se pretenden incluir en el repertorio conductual de la persona (Penn, & Mueser, 1995).

También recuperar las habilidades cognitivas o de procesamiento: iniciando con saludar, aprender a iniciar una conversación, decidir el contenido de lo que se va a decir, así como, cuando, y donde lo va a decir con la imitación práctica, ensayo de conducta o representación de papeles (role playing): es la imitación o práctica de los comportamientos que permiten a la persona ensayar sin experimentar las consecuencias negativas que puede conllevar a una falta de dominio (Salavera, Puyuelo y Serrano, 2011).

Mediante el ensayo de conductas se aprenden nuevas conductas que reemplazan a otras existentes que son menos adaptativas. Además recuperar habilidades conductuales y de emisión: es decir, el contenido verbal, no verbal, habilidades paralingüísticas, con el juego de roles y la retroalimentación (feedback) donde se le proporciona la información relacionada con la correcta ejecución o no de las habilidades en el role playing. Su finalidad es moldearlas y conseguir una mayor optimización de su nivel de ejecución y finalmente con el reforzamiento para aumentar la frecuencia de conductas adecuadas se aclaran las conductas bien realizadas. Cuando la ejecución no fue completamente correcta, se provee de una retroalimentación correctiva que informa de los

aspectos que necesita mejorar y se refuerzan los componentes correctos de la conducta (Ovejero, 1990).

Así pues la comunicación es esencial en la vida del ser humano. Mientras se avanza en el proceso de crecimiento, el individuo amplía progresivamente sus habilidades comunicativas en la medida en que crece su ámbito relacional. Es así como en un principio el mundo del recién nacido se limita a los padres y, en su defecto, a la persona encargada de su cuidado. Posteriormente empieza a incluir otros seres como miembros de la familia extensa, vecinos y otros niños cuando se integra a la vida escolar (López & González, 2003). Este desarrollo en la comunicación, continúa enriqueciéndose con numerosas relaciones, que valida la importancia de las habilidades sociales.

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación:

Documental, descriptiva de enfoque cualitativo, basado en dos corrientes teóricas que sustentan el proyecto de investigación y la estrategia terapéutica: la teoría del Aprendizaje Social y la teoría Cognitivo – Conductual. La primera se aplica al desarrollo de las habilidades sociales y comunicativas, utilizando los principios del condicionamiento operante, enfatizando el papel significativo que juegan los factores ambientales y sus consecuencias en el desarrollo y el mantenimiento de la conducta (Schunk, 1997). La segunda que tiene como finalidad disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas, a través de la cooperación del paciente y la familia, junto con el EHS y las terapias de familia trabajan en disminuir la ira, la depresión y/o ansiedad que pueda desencadenar o mantener los síntomas psicóticos (Riso, 2009).

Línea de Investigación:

Psicología y construcción de subjetividades cuyo objetivo general es abordar las dinámicas de la subjetividad de los diversos actores desde una perspectiva bio-psico-social y cultural, contribuyendo al desarrollo de la disciplina y a la construcción de conocimiento, desde una mirada pluralista e interdisciplinar que aporte al desarrollo de los individuos y las comunidades, en los escenarios educativo, comunitario y de derechos desde los contextos local y global (UNAD, 2011). Asimismo se abordan las cinco sublíneas: - Construcción de subjetividades en el contexto educativo, - Construcción de subjetividades en el contexto comunitario, - Construcción de subjetividades en el contexto familiar, - Los sujetos de la marginalidad, - Los sujetos de derecho (Morroy, 2011). Estas sublíneas son tenidas en cuenta en el proceso investigativo

teniendo prioridad la línea: los sujetos de la marginalidad, ya que el paciente es objeto de exclusión social por presentar déficit en habilidades sociales y procesos de comunicación.

Método Aplicado:

La presente investigación se realiza por medio de un estudio longitudinal, es decir, una investigación observacional, que se basa en el seguimiento al mismo individuo a lo largo de un cierto periodo de tiempo, 12 meses para este caso, que implica la observación repetida de una misma muestra y de las mismas variables a nivel individual, familiar y social (Rodríguez & Díaz, 2004).

Rothman citado por (Delgado y LLorca, 2004) indica que la palabra longitudinal denota la existencia de un intervalo de tiempo entre la exposición y el comienzo de la afectación. El objetivo del estudio es caracterizar el cambio en el funcionamiento en habilidades sociales y procesos de comunicación a lo largo del tiempo, de igual manera observar las transiciones que se generaron. En este sentido existe una tendencia creciente de estudios longitudinales en las ciencias sociales y del comportamiento porque sirven para estudiar los procesos de cambio directamente asociados con el paso del tiempo.

La intervención se desarrolló a través de diversas estrategias como la Psicoeducación familiar basada en el modelo cognitivo conductual, la arte terapia, y el EHS basado en la teoría de Arnold Goldstein. Se utilizó la lista de chequeo de Goldstein 1980, como instrumento de evaluación de las habilidades sociales iniciales y las habilidades adquiridas o finales, además fue utilizado para sistematizar la información de manera cuantitativa y cualitativa analizando seis grupos de

habilidades valoradas en categorías así: Categoría I las primeras habilidades sociales, Categoría II habilidades sociales avanzadas, Categoría III habilidades relacionadas con los sentimientos, Categoría IV habilidades alternativas, Categoría V habilidades para hacer frente al estrés y Categoría VI habilidades de planificación.

Con la finalidad de realizar acompañamiento y seguimiento del estudiante en las actividades académicas y recreativas a través de talleres de música, manualidades, danza, títeres, programa de Psicoeducación familiar y entrenamiento en habilidades sociales, dirigidas en sesiones semanales de 180 minutos de lunes a viernes, mediante diversas estrategias tales como la historia de vida, la historia clínica, la entrevista, el cuestionario y el diario de campo en el contexto familiar, social y educativo.

PARTICIPANTES

Paciente de 30 años género masculino, estudiante de la Universidad Nacional Abierta y A Distancia UNAD, Diagnosticado con Esquizofrenia Paranoide perteneciente al programa de artes de la Escuela CRE-SER –FUNAVI de la UNAD, que reside en la ciudad Tunja, y su grupo familiar.

INSTRUMENTOS

Lista de Chequeo de evaluación de las habilidades sociales de Arnold Goldstein (1980). (Ver apéndice 2).

Cuestionario dirigido a familias para identificar procesos de comunicación y habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia (Ver apéndice 3).

Test de Wartegg (Ver apéndice 4).

Las estrategias de recolección de la información fueron la historia de vida, entrevista, cuestionario, diario de campo, Historia Clínica (ver apéndices).

Historia de vida:

Es un relato de la experiencia individual que releva las acciones de un individuo como actor humano y participante en la vida social, también se conoce como una autobiografía, si se trata de uno mismo, o una biografía, si se trata de otra persona. Es una metodología que nos permite reunir los acontecimientos más significativos de nuestras vidas (Moreno y Campos, 2012).

La Entrevista:

Consiste en una conversación entre dos personas por lo menos, en la cual uno es entrevistador y otro u otros son los entrevistados; estas personas dialogan acerca de una situación o cuestión determinada, teniendo como propósitos obtener información de individuos o grupos y facilitar información. Las entrevistas implican que una persona calificada aplica una serie de preguntas a los sujetos participantes, el primero hace las preguntas a cada sujeto y anota las respuestas (Pérez, 2005).

El Diario de Campo:

Es un instrumento que permite registrar de forma acumulativa, completa, precisa y detallada por medio de la observación de los investigadores aquellos hechos que son susceptibles de ser interpretados. En este sentido, el diario de campo es una herramienta que permite captar la

cotidianeidad de escenarios y sus participaciones, facilita al investigador plasmar vivencias, inquietudes, temores, alegrías, sistematizar las experiencias para luego analizar los resultados (Londoño, Ramírez, Fernández, & Vélez Toro, 2011).

El objeto principal del diario de campo es registrar la actividad diaria de forma descriptiva e interpretativa. Concretamente este permite anotar la programación de acciones y su descripción, reflexionar sobre las acciones realizadas, servir de base para la elaboración de posteriores documentos, supervisión, informes de evaluación, memoria final de prácticas, sistematización etc. (Gómez, Flores & Jiménez, 1996). (Ver apéndice 5).

Historia Clínica:

Es una herramienta que reúne todos los datos disponibles que permiten exponer el curso de la vida del paciente. La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de actividades del profesional.

La historia clínica psicológica es un conjunto de datos e información donde se incluyen datos personales biológicos, funcionales, emocionales, familiares, escolares, sociales y laborales (Júdez, Nicolás, Delgado, Hernando, Zarco, & Granollers, 2002).

ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO

Procedimiento

ETAPA 1: Definición de estado inicial

Se indagó la historia clínica para identificar el diagnóstico y se complementó con los datos actualizados reportados por la familia del paciente a través de visitas domiciliarias programadas y se aplicó el guion de entrevistas y cuestionarios (ver apéndice) a los familiares, para establecer las condiciones iniciales según las categorías establecidas y poder reportar así los cambios posteriores logrados.

ETAPA 2: Proceso de intervención terapéutica

TABLA 2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

ESTRATEGIA	DEFINICIÓN	OBJETIVO	DESCRIPCION	EVIDENCIAS
PSICOEDUCACION FAMILIAR	<p>Hace referencia a la intervención que involucra la interacción entre el equipo tratante, el usuario y su familia con el propósito de entregar información sobre la enfermedad y estrategias de apoyo y manejo (Romero, 2005).</p> <p>La Psicoeducación cumple un rol preventivo ya que la educación acerca de la enfermedad mejora la adherencia al tratamiento y el pronóstico. Esta educación incluye al paciente y a sus cuidadores. Provee de una información actualizada y comprensible acerca de la enfermedad mental, enseñando a discriminar los síntomas, importancia de la medicación antipsicótica, tomar conciencia de enfermedad, aceptándola y aprendiendo a vivir con ella</p>	<p>Asumir un papel más activo y colaborador en la planificación del tratamiento para mejorar el cumplimiento terapéutico y el apoyo que los familiares y cuidadores facilitan al paciente.</p>	<p>Temas a tratar: naturaleza de la enfermedad.</p> <p>Manifestaciones clínicas.</p> <p>Factores como el estrés, la vulnerabilidad, la comunicación.</p> <p>Tratamiento farmacológico (importancia, beneficios, efectos adversos).</p> <p>Tratamiento Psicosocial (importancia, beneficios, alternativas).</p> <p>Derechos y alternativas de apoyo social.</p> <p>Reconocimiento precoz de síntomas y signos de descompensación.</p> <p>Reconocimiento de complicaciones (abuso de alcohol y drogas, conductas de riesgo).</p> <p>Reconocimiento de signos de alerta de riesgo de suicidio (Giráldez y Fernández, 2000).</p>	

La estrategia educativa debe estar adaptada a las necesidades manifiestas de la persona en tratamiento y su familia (Belloso, García y De Prado, 2000).

ARTE TERAPIA	<p>Definida como aquellas intervenciones que combinan técnicas psicoterapéuticas con actividades dirigidas a promover la expresión creativa. Se encontraron evidencia significativa que avala la mayor eficacia de la terapia de arte, comparada con cualquier otro control, para reducir los síntomas negativos. La evidencia muestra que los resultados alcanzados son independientes de la modalidad artística utilizada: música, movimiento, pintura (Díaz, 2006).</p>	<p>Mejorar eficazmente las habilidades corporales y actitudinales para prevenir el deterioro del paciente.</p>	<p>Actividades recreativas y deportivas: jugar futbol y baloncesto, juegos de mesa. Taller de pintura y artes escénicas con títeres. Baile, coreografías. Taller de manualidades.</p>	
ENTRENA MIENTO DE	<p>Definida como una intervención psicosocial estructurada, individual o grupal que apunta a potenciar el funcionamiento social y reducir la ansiedad y las dificultades en situaciones sociales. Incluye evaluación de la conducta relacionada con una</p>	<p>Fortalecer y recuperar las habilidades sociales del paciente que le permitan mayor grado de autonomía e independencia optimizando su calidad de vida.</p>	<p>-Recuperar las habilidades perceptivas o de recepción Escuchando al otro, observar su comportamiento, identificar las emociones y sentimientos del otro. -Técnica de modelado: implica la exposición de la persona modelo que ejecuta de una manera correcta</p>	

HABILIDADES SOCIALES gama de habilidades sociales e interpersonales, con énfasis en la comunicación verbal y no verbal, la capacidad del individuo para percibir y procesar señales relevantes y para responder a y proporcionar el refuerzo social apropiado (Del Prette y Barreto, 1999).

Basada en la teoría de Arnold Goldstein

aquellos comportamientos que se pretenden incluir en el repertorio conductual de la persona (Ovejero, 1990).

-Recuperar las habilidades cognitivas o de procesamiento

Iniciar con Saludar

Aprender a iniciar una conversación

Decidir el contenido de lo que se va a decir, así como, cuando, y donde lo va a decir.

-Imitación práctica, ensayo de conducta o representación de papeles (role playing): la imitación o práctica de los comportamientos permiten a la persona ensayar sin experimentar las consecuencias negativas que puede conllevar a una falta de dominio. Mediante el ensayo de conductas se aprenden nuevas conductas que reemplazan a otras existentes que son menos adaptativas.

-Recuperar habilidades conductuales y de emisión

Contenido verbal, no verbal, habilidades paralingüísticas.

Con juego de roles

Y retroalimentación (feedback): se le proporciona la información



relacionada con la correcta ejecución o no de las habilidades en el role playing. Su finalidad es moldearlas y conseguir una mayor optimización de su nivel de ejecución.

Reforzamiento: para aumentar la frecuencia de conductas adecuadas se aclaran las conductas bien realizadas. Cuando la ejecución no fue completamente correcta, se provee de una retroalimentación correctiva que informa de los aspectos que necesita mejorar y se refuerzan los componentes correctos de la conducta (Caballo, 1993).



Duración: Ejercicio que se realizó durante un año, mediante sesiones de 180 minutos de lunes a viernes.

En consecuencia se enfatizó en el EHS siendo una de las principales características que presenta el paciente con mayor nivel deficitario.

Las estrategias planteadas se desarrollaron en seis sesiones de hora y media de duración por un tiempo de 9 meses, habilidades que son necesarias para la interacción cotidiana basadas en la propuesta de Arnold Goldstein (1990).

Así:

SESIÓN 1

-Estrategia Escucha

Pasos:

1. Mira la cara de la persona con la que se está hablando -contacto ocular.
2. Siéntate quieto.
3. Atiende a lo que se está diciendo.
4. Espera tu turno para hablar.

-Estrategia encuentros con gente nueva Introducción a ti mismo

Pasos:

1. Mira y responde al saludo de la otra persona.
2. Decide si quieres encontrarte con la otra persona.
3. Elige el momento del encuentro.
4. Acercarse a la otra persona.
5. Dile tu nombre.
6. Espera que la persona te diga su nombre. Pregúntale su nombre si no te lo dice.
7. Cuéntale a la otra persona algo de ti mismo.

-Estrategia Introducción a otros

Pasos:

1. Mira y responde al saludo de la otra persona.
2. Dile el nombre de una persona y ella te dirá el nombre de otra persona.
3. Dile el nombre de una segunda persona y te dirá el nombre de la primera persona.
4. Di algo que ambas personas tienen en común o que pueden interesarles.

-Estrategia Comenzar una conversación

Pasos:

1. Elige alguien para que hable contigo.
2. Muestra interés.
3. Decide cuándo hablarle.
4. Comienza hablándole de forma amistosa.
5. Continúa en el asunto.
6. Escucha lo que dicen otras personas.
7. Haz preguntas.

-Estrategia Finalizar una conversación

Pasos:

1. Decide por qué quieres finalizar una conversación.
2. Decide cuándo finalizar la conversación.
3. Elige qué vas a decir.
4. Espera hasta que otra persona haga una pausa para hablarle.
5. Di lo que tú tienes que decir para terminar la conversación en tono amistoso.

-Estrategia Autorrefuerzo:

Pasos:

1. Decide si te mereces un premio.
2. Haz una lista con las distintas formas en que tú puedes premiarte.
3. Selecciona la mejor forma que tienes de premiarte.
4. Prémiate tan pronto como te sea posible.

SESIÓN 2

- Estrategia hacer preguntas adecuadamente

Pasos:

1. Decide qué preguntar.
2. Decide a quién preguntado.
3. Planifica cómo preguntar de forma adecuada.
4. Elige el momento adecuado.
5. Consigue la atención de la persona.
6. Dile a la persona lo que necesitas de forma amistosa.
7. Muéstrate agradecido.

- Estrategia pedir ayuda ante un problema

Pasos:

1. Decide cuál es el problema y si necesitas ayuda.
2. Decide qué ayuda puedes pedir.
3. Decide a qué persona quieres pedirle ayuda.
4. Cuéntale a esa persona tu problema y pídele ayuda.

-Estrategia Sigue las instrucciones

Pasos:

1. Escucha lo que se te está diciendo.
2. Haz todas las preguntas que necesites hasta que lo entiendas claramente.
3. Repítete las instrucciones a ti mismo.
4. Completa los pasos en el orden dado.

SESIÓN 3

-Estrategia: Colaborar

Pasos:

1. Decide si tienes que hacer algo para colaborar.
2. Decide con quién.
3. Elige el mejor momento para hacerlo.
4. Ofrece tu colaboración de forma honesta.

-Estrategia Interpretar el lenguaje del cuerpo

Pasos:

1. Mira la cara de la persona y obsérvala.
2. Observa las características faciales del sujeto.
3. Identifica sus sentimientos respecto al sujeto.
4. Observa la posición corporal del sujeto.
5. Identifica los sentimientos del sujeto.
6. Si no estás muy seguro, intercambia información verbalmente.

- Estrategia: Jugar a un juego

Pasos:

1. Revisa las reglas del juego.

2. Entiende las reglas del juego.
3. Decide quién empieza, a quién le toca en segundo lugar, etc.
4. Espera tu turno.
5. Piensa en lo que estás jugando.
6. Cuando el juego finalice di algo positivo del mismo.

SESIÓN 4

- Estrategia Sugerir una actividad a otros

Pasos:

1. Decide la actividad que deseas hacer.
2. Decide con quién puedes hacerla.
3. Decide alguien con quién quieres hacerla.
4. Decide qué le vas a decir.
5. Decide cuándo se lo vas a decir.
6. Díselo de forma amistosa.
7. Si contesta que no, pregunta ¿qué te gustaría hacer?

-Estrategia Trabajar cooperativamente

Pasos:

1. Decide qué quieres hacer.
2. Decide cómo quieres trabajar.
3. Define tu posición.
4. Escucha mientras los demás exponen sus posiciones.
5. Observa el lenguaje corporal de la otra persona.

6. Actúa con consideración.

-Estrategia: Ofrecer ayuda

Pasos:

1. Piensa si alguien necesita ayuda.
2. Decide si alguien quiere ayuda.
3. Piensa en lo que puedes hacer.
4. Decide cómo vas a decirle que quieres ayudarlo.
5. Elige el mejor momento para prestar ayuda.
6. Ofrecele tu ayuda.
7. Ayuda a la persona.

SESIÓN 5

-Estrategia Decir gracias

Pasos:

1. Decide si alguien ha hecho algo que quieras agradecerle.
2. Decide formas de hacerlo.
3. Elige la mejor forma de dar las gracias.
4. Elige el mejor momento para agradecerse.
5. Da las gracias de una forma amistosa.
6. Explica a la persona por qué quieres agradecerse.

-Estrategia Hacer un cumplido

Pasos:

1. Decide qué quieres decir.

2. Decide cómo quieres decirlo.
3. Elige el momento de hacerlo.
4. Elige un lugar para decírselo.
5. Haz el cumplido de una manera amistosa.

-Estrategia Aceptar un cumplido

Pasos:

1. Decide si te están dando un cumplido.
2. Responde al cumplido.
3. Di: Gracias.

SESIÓN 6

-Estrategia Pedir disculpas

Pasos:

1. Decide si tú necesitas pedir disculpas por algo.
2. Haz una lista de diversas formas de disculparte.
3. Elige la mejor forma de hacerlo.
4. Elige el mejor momento para hacerlo.
5. Elige el mejor lugar para disculparte.
6. Discúlpate de forma honrada.

-Estrategia Entender el impacto de tu propia conducta en los otros

Pasos:

1. Decide qué conductas son importantes para ti.
2. Controla esas conductas.

3. Define tu posición.
4. Piensa lo que los otros pueden sentir.
5. Piensa en lo que los otros podrían decir.
6. Ayuda a los otros poniéndote en su lugar.

-Estrategia Demostrar la habilidad para entender la conducta de los otros

Pasos:

1. Escucha lo que las otras personas dicen.
2. Observa, también, qué hacen.
3. Escucha las razones que las personas dicen y qué sienten.
4. Elige la mejor razón.
5. Decide si necesitas decir o hacer algo, por ejemplo, sugerir otra actividad, etc.
6. Sigue adelante.

ETAPA 3: Evaluación de los cambios

Se elaboró el diario de campo (ver apéndice 5) en el contexto familiar, social y académico, que fue consignado en las matrices, donde se registraron los cambios progresivos por resultados de los cuatro cohortes trimestrales realizados durante un año (ver Tabla 3).

RESULTADOS

Los resultados confirman un incremento significativo y duración óptima de las habilidades sociales y procesos de comunicación, en los periodos de actividad académica. Con las estrategias como la Psicoeducación familiar basada en el modelo cognitivo conductual se logró que la familia y el paciente conozcan la enfermedad de manera más empática, adquieren información adecuada acerca de la enfermedad y de su manejo como: la naturaleza de la enfermedad, manifestaciones clínicas, factores de vulnerabilidad, procesos de comunicación asertiva, importancia del tratamiento farmacológico y psicosocial, reconocimiento de complicaciones y signos de alerta. Asimismo la familia asume un papel más activo y colaborador en la planificación del tratamiento para mejorar el cumplimiento terapéutico.

De igual manera la arte terapia mejoro eficazmente las habilidades corporales y actitudinales del paciente y con esto previene su deterioro. Y con el EHS basado en la teoría de Arnold Goldstein los resultados son igualmente eficaces ya que la Categoría I primeras habilidades sociales, en la evaluación inicial teniendo en cuenta los reactivos valorados concluyó déficits en las habilidades sociales básicas tales como: uso adecuado de la distancia (distancia excesiva, impresión de distanciamiento total) y postura corporal (algo cerrada, da la impresión de un rechazo parcial), escaso contacto ocular, contacto físico y expresión facial, volumen de voz bajo, se le oye ligeramente, entonación poco expresiva, ligeramente monótona. Permanece solo por largos ratos, se muestra poco colaborador, sin interés por desarrollar sus habilidades sociales.

Y en la evaluación final revela cambios significativos en la expresión ante diferentes situaciones, incrementa la interacción social estableciendo contacto visual cuando se comunica,

inicia progresivamente una comunicación, puede mantenerla y finalizarla. Sabe escuchar de manera activa: escucha atentamente y pregunta, muestra interés por tener nuevos compañeros, su tono, volumen, entonación y fluidez verbal mejoran progresivamente. Se muestra menos tímido fuera de contextos conocidos.

Entre tanto la Categoría II habilidades sociales avanzadas, la evaluación inicial concluye que estas habilidades son deficitarias, no cuenta con las competencias para solicitar ayuda, para participar en actividades, no sigue ni ejecuta instrucciones, no da a conocer sus opiniones, muestra desinterés marcado por participar en las actividades académicas y lúdicas. Y la evaluación final muestra un incremento importante en las habilidades avanzadas, realiza peticiones de ayuda a la persona adecuada, participa de manera voluntaria en las actividades, atiende y ejecuta adecuadamente las directrices planteadas, progresivamente aumenta su seguridad, se muestra menos tímido y ofrece disculpas.

En la categoría III habilidades relacionadas con los sentimientos, la evaluación inicial concluye que tiene marcada dificultad para expresar sentimientos, para reconocer sus propias emociones, para comprender los de los demás, se muestra apático, su expresión facial es aplanada, evita el contacto con grandes grupos de personas. Y la evaluación final muestra cambios significativos ya que puede expresar emociones (alegría, tristeza, enfado) y recibir emociones de manera más natural y con menos temor. Muestra preocupación por sus familiares y amigos.

Además la categoría IV habilidades alternativas, la evaluación inicial concluye que carece de herramientas necesarias para desenvolverse en sus diferentes contextos, es muy tímido, le cuesta

mucho trabajo comunicarse, compartir, prestar ayuda, evita hablar y expresar sus puntos de vista con los más cercanos, se muestra retraído. Y la evaluación final muestra un incremento importante en el desarrollo de las habilidades alternativas, se muestra más solidario, intenta ayudar a sus compañeros, profesores y familiares sin que nadie se lo pida, sino por iniciativa propia, habla en tono bajo pero de forma amigable y respetuosa.

Asimismo la categoría V habilidades para hacer frente al estrés, la evaluación inicial da cuenta que las habilidades para hacer frente al estrés son nulas, tiene dificultad para comunicar a los demás lo que piensa, lo que está sintiendo, muestra temor, evita el contacto físico incluso con las personas conocidas, presenta dificultad marcada para manifestar, comprender y responder a las demás personas. Y la evaluación final concluye que incrementa significativamente estas habilidades frente al estrés, lleva mejores relaciones, desea tener nuevos amigos muestra ese interés por conseguirlos, mejora progresivamente su comunicación verbal y no verbal, se muestra menos retraído y desmotivado.

Y finalmente la categoría VI habilidades de planificación, la evaluación inicial concluye que presenta déficits en estas habilidades de planificación, su pensamiento es poco realista, no se interesa por realizar actividades recreativas, no presta atención a lo que quiere hacer o lograr. Y la evaluación final evidencia cambios significativos que gradualmente ha ido incorporando para planificar lo que quiere hacer, se muestra más motivado, con interés para realizar y planear actividad física y no quedarse en su casa aburrido, analiza de forma más consiente las situaciones y posibilidades para elegir la mejor opción, intenta mantener interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas sociales de su vida.

De otro lado la evaluación del cuestionario dirigido a la familia para identificar procesos de comunicación y habilidades sociales en el paciente revela en su evaluación inicial realizada en febrero de 2013, que la familia experimenta generalmente problemas a causa de la enfermedad, que el paciente presenta dificultad grave para relacionarse y mantener amistades llegando a sentirse tímido y retraído concluye que muy pocas veces maneja relaciones de afectividad y de buena comunicación en su hogar, siendo está muy escasa y poco fluida por lo que nunca inicia una conversación con otras personas por iniciativa propia ni escucha con atención cuando le hablan, presentando dificultad pronunciada en expresar sus emociones y sentimientos de ahí la falta de hacer y mantener amistades.

Y concluye en su evaluación final en febrero de 2014, que el paciente incrementa significativamente algunas habilidades sociales de importancia como lo es la comunicación, la realiza con más fluidez sintiéndose menos temeroso. De igual manera las dificultades en la familia son más llevaderas manifestando buenas relaciones afectivas presentando cambios notorios en su comportamiento y colabora un poco más con las tareas y los oficios del hogar para lo cual se aprovecha para disponerle tareas observando una gran mejoría en la capacidad de trabajo y las habilidades sociales.

Con respecto al test de Wartteg que se utilizó para medir diversos rasgos de personalidad asociados con los procesos de comunicación y las relaciones sociales se concluye que el Área personal (Percepción de sí mismo) evaluada en el campo 1, el dibujo revela un punto multiplicado lo cual hace referencia a sentirse diluido, apagado, inhibido para posicionarse, deja

ver aún indecisión y falta de confianza en sí mismo. Puede indicar presencia de problemas no resueltos.

En el Área de relaciones interpersonales campo 2 y 7, el dibujo responde a una interpretación positiva ya que entra en contacto con el carácter del estímulo y lo respeta. Demuestra sentirse realizado en su relacionamiento, con facilidad para entregarse a él, surgiendo acá dibujos orgánicos (figuras humanas, seres vivos). El puntillado que utiliza en el campo 7 tiene una función real indicando actitud de servicio, sensibilidad, madurez sexual.

En el Área de objetivos y energía vital (ambiciones laborales) evaluada en el campo 3 y 5 concluye que el dibujo representa ascensión seguida de una bajada que revela falta de ambición relacionada con necesidad de protección y de apoyo. El paciente poco está interesado en ser líder, por temer que este rol lo aleje de los demás (algo visto de forma natural por las personas con reales características de liderazgo). También revela que existe inhibición de la voluntad que corresponde a los arquetipos utilizados, las curvas revelan una interferencia afectiva, las líneas rectas un exceso de análisis; la sombra aporta un factor de agitación que dispersa la actividad voluntaria; existe exceso de sombras y trazos rectos que pueden indicar agresividad e impulsividad.

En el Área intelectual evaluada en el campo 6 se concluye que la elaboración intelectual del examinado se da con mayor facilidad en el proceso asociativo y con cierta dificultad en el proceso sintético también la utilización funcional de la capacidad y claridad de raciocinio.

En el Área de normas y valores (aceptación e identificación de lo social): El dibujo indica dependencia del medio, necesidad de protección, alto compromiso con valores, pasividad frente a las normas.

Y en Área de manejo de conflictos internos, revela problemas emocionales, negación de sus ansiedades y angustias, ya que trata el estímulo pero sin tocarlo además amplía el tema indicando deseo de expansión y de intensificación de la actividad.

En último lugar la unificación de categorías de análisis registrado en el diario de campo se realizó agrupando la categoría 1 y 4 y la categoría 2 y 3, a través de cuatro cohortes trimestrales así:

TABLA 3. Matriz de Unificación de categorías del Diario de Campo

CATEGORIA 1 Y 4	CATEGORIA 2 Y 3
Desarrollo de habilidades de comunicación - Desempeño académico y Entrenamiento en habilidades sociales	Relaciones familiares - Relaciones Sociales
1. COHORTE (3 meses)	1. COHORTE (3 meses)
Las principales características observadas en cuanto sus procesos de comunicación son escasos se muestra tímido, no saluda, su fluidez verbal es pobre, el contacto visual es nulo, tiene dificultad para transmitir sus sentimientos y emociones, para analizar las estrategias de aprendizaje utilizadas en las habilidades de comunicación. Utiliza volumen y tono de voz muy bajo entre cortado.	Se observa un joven retraído, callado, no se interesa por hacer amigos, por iniciar una conversación, presenta quietud corporal permanece inmóvil y sentado por más de cinco minutos, tiene falta de emotividad y sociabilidad. Altera las buenas relaciones por su actitud apática.
Con respecto al desempeño académico y entrenamiento en habilidades sociales se muestra apático, pasivo, tiene disminución marcada de interés por las actividades académicas y lúdicas, su participación es escasa, poco intenta relacionarse con sus compañeros.	En su casa se muestra irritable, incomprendido, discute frecuentemente con su abuela no obedece y no desea continuar con el tratamiento farmacológico
Hay diferencias muy significativas en lo que se refiere a su desempeño en el lenguaje y el uso que hace de él.	Hay diferencias muy significativas en lo que se refiere a su desempeño social y familiar.

2. COHORTE (6 meses)

Presenta dificultad para mantener una conversación larga y extensa, sus ademanes expresivos son escasos, no utiliza sus manos, sus gestos, su cuerpo para expresarse.

Responde a lo que se le pregunta en forma muy breve, no hace comentarios voluntariamente. Se evidencia desinterés marcado por desarrollar sus habilidades de comunicación y sociales.

2. COHORTE (6 meses)

No tiene la capacidad de tomar las preocupaciones realistas para mantener su salud reusándose a tomar sus medicamentos prescritos.

Es escaso su interés por actividades recreativas, su afectividad es aplanada, presenta Anhedonia (falta de placer)

Es distante, No habla con nadie extraño.

3. COHORTE (9 meses)

Se observa un incremento beneficioso en cuanto a la autoestima y mejora en las relaciones sociales, saluda por iniciativa propia.

Aumento la conciencia de adquisición de nuevos aprendizajes, muestra interés por exponer sus trabajos y de ser reconocido por estos.

Encuentra con mayor grado de facilidad respuesta a las dificultades.

Participa pasivamente en clase de danzas, le gusta la música

Maneja un tono de voz menos bajo, atiende a las sugerencias de la postura corporal adecuada. Realiza las tareas asignadas

Atiende a las órdenes impuestas, es obediente, no sobre pasa los limites, espera su turno, es sereno.

Se evidencia cambios significativos en su comportamiento y desarrollo de habilidades comunicativas y sociales, pero en tiempo de vacaciones donde no se ejercitan y refuerzan estas habilidades se nota una disminución desfavorable para el joven.

3. COHORTE (9 meses)

Incremento las expresiones de simpatía y autoestima, atiende a los llamados de atención, a las reglas del hogar progresivamente y expone sus opiniones personales.

Se entiende con sus compañeros adecuadamente, sonríe e interactúa continuamente.

Saluda mirando a la cara, su contacto visual es progresivo. Su expresión verbal es más fluida, algunas veces se sonroja.

Progresivamente cuenta con la capacidad de comunicar sus necesidades y sus opiniones, busca la oportunidad de conversar en privado.

Se evidencia cambios significativos en su comportamiento y desarrollo de habilidades comunicativas y sociales, pero en tiempo de vacaciones donde no se ejercitan y refuerzan estas habilidades se nota una disminución desfavorable para el paciente.

4. COHORTE (12 meses)

Afirma que se siente más seguro para escuchar, para iniciar y mantener conversaciones, para solicitar

4. COHORTE (12 meses)

Incremento progresivamente sus emociones básicas (alegría, tristeza, afecto, miedo, angustia, enfado) con

favores, para hacer preguntas, para pedir y ofrecer ayuda, para solucionar inconvenientes en clase, para cumplir las normas y reglas del aula y trabajar cooperativamente con personas desconocidas y conocidas.

Aumento gradualmente la capacidad de identificar y utilizar conductas no verbales: gestos, risa, posturas, contacto visual.

Saluda atento, mirando a la cara, su contacto visual es progresivo.

Pide favores apropiadamente, utiliza palabras cordiales, es tranquilo y afectuoso

Puede diferenciar comportamientos adecuados e inadecuados, de auto conocerse y de entrenar las habilidades sociales que le propusimos.

Realiza las tareas asignadas, le gusta el trabajo en equipo, colabora a sus profesoras, en ocasiones por iniciativa propia en otras por solicitud.

Progresivamente mantiene conversaciones cara a cara por un tiempo más prolongado, se muestra menos tímido.

Se evidencia cambios significativos en su comportamiento y desarrollo de habilidades comunicativas y sociales.

su familia y con los demás.

Expresa su desacuerdo con algo o con alguien

Demuestra comprensión ante las situaciones cotidianas.

Pide que por favor lo escuchen, se muestra interesado en el tema, hace preguntas sobre el mismo, cuando no entiende las respuesta pide que le expliquen con ejemplos

Ofrece disculpas por sus errores, da las gracias continuamente, desarrolla sus tareas en casa con ayuda de sus familiares.

Mantiene un cierto grado de independencia en las acciones y tareas.

Incremento positivamente sus procesos de comunicación, tiene la capacidad para enviar y recibir mensajes tanto verbales como no verbales.

Se evidencia cambios significativos en su comportamiento y desarrollo de habilidades comunicativas y sociales.

DISCUSION

Los resultados logrados en la presente investigación coinciden de modo sustancial con los estudios que señalan los beneficios del entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia, mejorando las capacidades de manejo adecuado de los síntomas, las habilidades de comunicación y de autonomía para la vida independiente (Lemos, 2001).

Asimismo y como otras investigaciones han mostrado (Caballo, Liberman, de Bellack 1993, de Wallace 1986 y Mueser 1989) existe clara evidencia de que los programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales favorecen la adquisición y mantenimiento de habilidades en la Esquizofrenia, y principalmente si son intensivas más de dos sesiones semanales y de suficiente duración por lo menos 6 meses, para que los pacientes no olviden los componentes previamente entrenados o presenten una disminución en la ejecución de algún componente de una sesión a otra. Este entrenamiento aporta beneficios en conjunto con las otras terapias psicosociales que han demostrado utilidad en estos pacientes (Goldstein, 1989).

El estudio longitudinal comprueba la importancia del EHS en pacientes con esta enfermedad, concluye que no es suficiente proveer tratamiento farmacológico, sino también tratamiento psicoterapéutico tanto al paciente como a la familia para lograr la adquisición de prácticas funcionales dentro de la vida cotidiana del paciente que le permita mantenerse cognitivamente dinámico y le ayude en su interacción social con los demás (Ovejero, 1990). No obstante, el que un paciente se beneficie del EHS y haga uso adecuado de una habilidad concreta no implica que haga el mismo uso o sea socialmente competente en otra dimensión, por ejemplo, puede ser

competente en habilidades básicas, pero tener limitaciones marcadas en las habilidades de planificación.

A la hora de analizar factores y variables que intervienen en el EHS de las personas con esquizofrenia, la comunicación es una de las primeras variables que influyen en la recuperación de la calidad de vida de esta población, centrada en mejorar las dificultades en cuanto a las relaciones interpersonales, familiares y sociales que a largo plazo disminuirán el deterioro en la red de apoyo. Los procesos de comunicación asertivos conducen a mejorar la claridad de la comunicación en general dentro de la familia, pero por sí solos no podrían tener influencia significativa en la evolución clínica del paciente, se apoyan con el entrenamiento en habilidades sociales.

De otro lado gran parte de las investigaciones actuales exponen la efectividad de las intervenciones que se desarrollan con pacientes que presentan síntomas esquizoides. Un ejemplo claro es el estudio realizado por Fernández y Lemos (2000) que revela la eficacia de las estrategias de Psicoeducación familiar, el entrenamiento en habilidades sociales, los tratamientos cognitivo-conductuales. Estos procesos de intervención por su efectividad han sido propuestos en las directrices clínicas de tratamiento de las principales asociaciones profesionales internacionales como la American Psychiatric Association, como los más recomendados para el tratamiento integral de la enfermedad.

Es recomendable realizar una evaluación situacional completa como primera medida para el EHS, las normas que regulan el comportamiento social están influenciadas por diversos factores,

incluidos en estos el escenario, el momento, el número de personas y sexo de los participantes, el objetivo de la interacción, el grado de confianza y relación entre los actores. Las habilidades sociales son específicas a cada situación, por tanto lo apropiado de la conducta social obedece en gran parte al contexto ambiental en el que ocurre.

El propósito no es sencillamente enseñar al paciente a desenvolverse de forma socialmente competente durante las prácticas en las sesiones de entrenamiento, el fortalecimiento debe de generalizarse al medio ambiente natural. En la mayor parte de las investigaciones realizadas hasta el momento se tienen muy en cuenta todos estos factores a la hora de planear la duración del entrenamiento.

No obstante se deben tener en cuenta otros factores que pueden actuar como limitantes como la condición socio-económica, el grado de la sintomatología y la fase de la enfermedad, por lo que no pueden hacer inferencias al respecto.

Igualmente, el estudio se centró en la intervención sobre los síntomas negativos (retramiento social, pobreza en el lenguaje, pérdida del interés, pobreza psicomotora, aislamiento) que tienen un efecto mayor y duradero, mientras que los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) tienen una influencia mínima en las habilidades del paciente para participar de un programa de EHS. Se recomienda también un estudio más centrado en los síntomas positivos para poder avanzar en esta técnica como una psicoterapia para esta población específica.

En consecuencia los resultados de este estudio concuerdan con los planteamientos señalados, los hallazgos coinciden con lo registrado en esta investigación, la combinación del tratamiento farmacológico junto con la psicoterapia mejora los síntomas a largo plazo, se evidencia que las estrategias y procedimientos utilizados tienen relación con las teorías del Aprendizaje Social y la terapia Cognitivo Conductual que básicamente son las que originan el EHS, además con el tratamiento de los pacientes con Esquizofrenia. Por ejemplo, según la teoría del Aprendizaje Social las habilidades sociales y conversacionales se dan como resultado de experiencias observacionales. Lo que Bandura (1982) denominó modelado en el que alguien desarrolla una conducta y se aprende a partir de ese ejemplo de reforzamiento, la relación entre la persona y el ambiente está mediada por procesos de aprendizaje: procesos de modelado y moldeamiento que pueden instruir al paciente para actuar de un modo socialmente competente.

Con respecto a la terapia cognitivo conductual, la parte psicopatológica de la teoría considera a algunos esquemas disfuncionales debido a que el paciente distorsiona la realidad, lo que puede provocar ansiedad porque no permite llegar a las metas planteadas, además porque no se adapta a las circunstancias del momento para dar solución a un problema. De esta manera el paciente puede interpretar situaciones cotidianas de manera incorrecta, llegar a conclusiones inadecuadas o fracasar en la solución de dificultades interpersonales (Liria, 2009). Teniendo en cuenta esto se debe tener prioridad en manejar los síntomas positivos de la enfermedad para que la intervención produzca cambios significativos en el paciente.

Asimismo las terapias cognitivo conductuales son las más reconocidas, útiles y prácticas. Su base son los hallazgos experimentales acerca de cómo aprenden los seres humanos, cómo

adquieren comportamientos y estilos de vida, mediante el uso de métodos basados en la observación, experimentación y evaluación de resultados (Moller y Rodríguez, 2005).

Desde la década de los setenta como lo referencia la literatura Beck reportó efectividad en las técnicas de terapias cognitivo conductuales, y a partir de esto se inicia un crecimiento e interés especial por aplicar este tipo de terapia a pacientes con Esquizofrenia y otras comorbilidades (depresión y ansiedad) con periodos de duración prolongados para lograr mayor efectividad.

CONCLUSIONES

El presente estudio longitudinal confirma que es precisamente en los procesos de comunicación y desarrollo de habilidades sociales donde se centran las características deficitarias de la Esquizofrenia, que con el desarrollo de las estrategias de intervención como la Psicoeducación familiar, la arte terapia y el Entrenamiento en Habilidades Sociales se evidencia un incremento de la interacción social del paciente quien mejoro su nivel de autonomía y relaciones interpersonales como elementos primordiales para lograr un adecuado desempeño y conservación de las relaciones sociales, además que son factores determinantes para su integración y su adaptación social a largo plazo.

De otra parte, en los resultados se comprobaron los cambios que se generaron en cuanto al fortalecimiento y mejora de las habilidades sociales como consecuencia de la aplicación de estrategias de entrenamiento divididas en diferentes sesiones. Así mismo, en este estudio de investigación y de intervención se presentaron cambios sustanciales en el paciente a nivel cognitivo- conductual, mejorando sus habilidades de interacción y comunicación social que facilitan la convivencia y el intercambio social.

Se concluye que los objetivos de esta investigación se han cumplido con relación al mejoramiento de los procesos de comunicación y desarrollo de habilidades sociales mediante el ejercicio y reforzamiento práctico de forma flexible y adaptada a las circunstancias específicas, a través de estrategias de entrenamiento como herramienta terapéutica para la inclusión, de este grupo poblacional. El entrenamiento junto con la Psicoeducación y la arte terapia se constituyen

en una herramienta terapéutica eficaz por cuanto la estimulación de las emociones a través de las mismas contribuyó al mejoramiento y calidad de vida del paciente y la reducción de la carga y de la emoción expresada de los familiares, además de la sintomatología clínica y las recaídas. Pintar, cantar, bailar, son generadores de grandes cambios a nivel cognitivo conductual para disminuir la dificultad en la no comprensión y diferenciación entre su mundo interno el mundo externo (Delgado, 1962).

A nivel cognitivo conductual específicamente el proceso antes mencionado produjo en la población objeto de estudio un incremento significativo a nivel de compromiso, motivación, atención, seguridad, expresiones de simpatía y autoestima, de interés por la adquisición de nuevos aprendizajes. El paciente encuentra con mayor grado de facilidad respuesta a las dificultades, la participación e interacción es mucho más activa, maneja un tono de voz menos bajo, atiende a las sugerencias de la postura corporal adecuada, a las órdenes impuestas, a las reglas en el hogar, es prudente no sobre pasa los límites, espera su turno.

Progresivamente cuenta con la capacidad de comunicar sus necesidades y sus opiniones, su expresión verbal es más fluida por esta razón se siente seguro para escuchar, para iniciar y mantener conversaciones, para solicitar favores, para hacer preguntas, para pedir y ofrecer ayuda, para solucionar inconvenientes, trabaja cooperativamente con personas desconocidas y conocidas.

De igual manera aumento gradualmente la capacidad para identificar y utilizar conductas no verbales: gestos, risa, posturas, contacto visual. Saluda atento, su contacto visual es progresivo,

solicita favores apropiadamente, utiliza palabras cordiales, es tranquilo y afectuoso, puede diferenciar comportamientos adecuados e inadecuados, de auto conocerse y de entrenar las habilidades sociales propuestas. Progresivamente mantiene conversaciones cara a cara por un tiempo más prolongado y se muestra menos tímido.

Incremento gradualmente sus emociones básicas: alegría, tristeza, afecto, miedo, angustia, enfado con su familia y con los demás, demuestra comprensión ante las situaciones cotidianas, ofrece disculpas por sus errores, da las gracias continuamente, desarrolla sus tareas en casa con ayuda de sus familiares, mantiene un cierto grado de independencia en las acciones y tareas, tiene la capacidad para enviar y recibir mensajes tanto verbales como no verbales, progresivamente mejora los déficits en las habilidades de interacción social y comunicación.

De otra parte se logró evidenciar que durante el periodo de receso académico el paciente mostro una disminución de los cambios positivos logrados durante el periodo escolar y, en sus actividades diarias disminuyó sus habilidades comunicativas y sociales. Esta situación permite comprobar que el entrenamiento en habilidades sociales es una herramienta terapéutica muy importante para la inclusión social y educativa en pacientes con esquizofrenia, pero requiere de un trabajo sostenido en el tiempo, con esta población, a fin evitar retrocesos (Mariana, Alarcón & Herruzo 2004).

En efecto, el EHS demostró ser efectivo para aumentar la competencia social del paciente. Las habilidades sociales inciden sobre el funcionamiento social y sobre el curso de la esquizofrenia, son un instrumento de protección personal (Laviana, 2006). Estas pueden ser aprendidas y

enseñadas a personas con deterioros a través de la observación de modelos, del refuerzo social, se pueden adquirir un conjunto de habilidades que pueden estar limitadas por el desuso y los efectos de los síntomas (Muela y Godoy, 2001).

En consecuencia el estudio permite identificar que el EHS optimizo la expresión verbal y no verbal del paciente, mejorando con ello su desarrollo afectivo, cognitivo y social (Valencia, 2013). Este entrenamiento no sólo es un componente fundamental de la psicoterapia sino que también es una herramienta efectiva en términos de prevención del trastorno y/o conductas potencialmente peligrosas ya que permite adquirir destrezas de afrontamiento y solicitud de ayuda.

RECOMENDACIONES

Se lograron cambios significativos en el paciente y su familia por ende se recomienda dar continuidad al proceso de EHS, estimulando aficiones, nuevos aprendizajes, habilidades sociales y comunicativas, necesariamente incorporar al paciente en las rutinas de la vida diaria, mantener una vida ocupacional, educativa y recreativa activa.

Ampliar las redes de apoyo para reducir el aislamiento y estigmas tradicionalmente asociados por la enfermedad.

Se debe ajustar el EHS a la tolerancia del estrés del paciente, no todos los pacientes presentan los mismos déficits, por tanto no se debe limitar al mismo formato de entrenamiento.

El tratamiento debe abordarse de manera integral con una amplia variedad de recursos asistenciales: farmacológicos, psicoterapéuticos, familiares, cada uno de estos no constituye por sí solo una intervención terapéutica suficiente.

Es fundamental que la familia y cuidadores identifiquen la fase de la enfermedad en que se encuentra el paciente para que sepan cómo actuar, igualmente necesario reforzar positivamente los logros con frecuencia, descubrir nuevas habilidades que le hagan sentir seguro, crear un estilo de vida que incremente la autoestima y la autonomía en un ambiente emocionalmente estable.

Los trastornos esquizofrénicos son enfermedades crónicas. Por tanto, paciente y familiares deben ser conscientes que tendrán que aprender a convivir con ella.

No se deben generar falsas expectativas de recuperación, pues se puede ser optimista, pero muy realistas, es importante crear un vínculo empático y de aceptación, de manera que el paciente comprenda cuáles son los factores de riesgo que favorecen la reaparición de crisis, y cuáles son los factores que le protegen frente a ellas.

La familia debe promover comportamientos de estilo de vida saludables como cuidar el sobrepeso, el aseo personal, practicar deportes, adquirir nuevas aficiones. Se le debe motivar para que realice tareas que le hagan sentir útil y mejore su deseo de superación.

Cada paciente presenta un grado de vulnerabilidad mayor o menor al contacto social, dependiendo de esto se debe aprender a modular el grado de estimulación social, mantener un trato fluido y una comunicación habitual es la base para la superación de sus sentimientos de rechazo y aislamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Addington, J., & Addington, D. (2000). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5 year follow-up study. *Schizophrenia research*, 44(1), pp. 47-56.
- Anderson, C., Reiss, D., & Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Amorrortu.
- Angosto T., Fernández J. L., Arnillas, H., Gastañaduy, J., Teijeira, J. R., & Olivares, J. M. (1996). Comorbilidad y esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(57), pp. 021-038.
- APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR ®*. Pub Psiquiátrica Americana.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub.
- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 44(3), 215-221.
- Bellack, AS, Morrison, RL, y Mueser, KT (1989). Resolución de problemas sociales en la esquizofrenia. *Esquizofrenia Boletín*, 15 (1), pp.101.

- Belloso, J. J., García, E., & De Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(73), pp. 023-040.
- Buckley, P. (2009). Visión clínica en esquizofrenia: consideraciones sobre la comorbilidad médica en esquizofrenia. *RET: Revista de toxicomanías y salud mental*, (56), pp.3-9.
- Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C., & Ruano, A. (2011). Rehabilitación neuropsicológica.
- Caballo V. E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI. España. Editores S.A.
- Cabeza, I. G. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 28(101), pp. 9-25.
- Caraveo, J. La esquizofrenia en las diferentes culturas: Estudio de la OMS (I y II). *Información Clínica*, 3(11), pp.63-65.
- Cavieres, F., & Valdebenito, V. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), pp.97-108.
- Cernovsky, Z., Landmark, J. y O'reilly, R. (2002). Edad de inicio y modelos clínicos en la Esquizofrenia. *Eur. J. Psychiat.* (Ed. ESP.) [Online]. 2002, vol.16, n.3, pp. 174-180. ISSN 1579-699X.
- Ciceri, C. G., Saldarriaga, M. V. O., & Franco, J. G. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 164

Congreso de la república. Ley 1090 del 6 de Septiembre de 2006, Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Publicado en el Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006.

Recuperado de

<http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>

Collazos, M. V. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental. *Salud mental*, 30(2), pp. 75-80.

Cordero, M. (2005). Psicopatología del delirio (II). *Medwave*, 5(04).

Cuesta, M. J., Peralta, V., & Serrano, J. F. (2009). Nuevas perspectivas en la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 23, pp. 37-50.

Cuevas, C., & Perona Garcelán, S. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes de un paciente esquizofrénico. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(3).pp.174.

Del Prette, A. & Barreto, C. M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7(1), pp.27-47.

Delgado, H. (1962). La psicopatología fundamental de la esquizofrenia desde el punto de vista funcional. *Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana*. pp.351.

Delgado, M., & LLorca, J., (2004). Estudios longitudinales: concepto y particularidades. *Rev Esp Salud Pública*; pp. 141-148

Delval, J. (1995). El desarrollo humano. Siglo XXI de España Editores.

Díaz, N. M. (2006). Reflexiones sobre Arteterapia, Arte y Educación. Creación y posibilidad: aplicaciones del arte en la integración social, pp.296, 33.

Documento UNAD “PRESENTACIÓN LÍNEAS ECSAH”

Espinoza, A. M., Derito, N. C., & Rodríguez, G. M. (2006). Inicio y curso del proceso esquizofrénico. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 13(3).

Fattorusso, V., & Ritter, O. (1976). Vademecum Clínico del Médico Práctico.

Fernández, O. & Lemos, S (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Psicothema, Vol.13, pp. 345-364.

Gálvez, E. Á. (2002). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia.

García, R. J., Vázquez Morejón, A. J., Jiménez, M., & Vázquez, R. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 7(1).

García, F. J., Gomis, R., María, J., & Martínez Herrera, M. J. (2005). Esquizofrenia simple vs. Prodromo inicial en psicosis.

García, J., Palacio-Acosta, C., Garcés, I., Arbeláez, P., Sánchez, R., López, C., & Ospina-Duque, J. (2013). Inferencias fenomenológicas y nosológicas en la esquizofrenia a partir de la validación de las escalas de síntomas positivos (SAPS) y síntomas negativos (SANS) en Colombia. Revista de Neuro-Psiquiatría, 66(3), pp.195-214.

García R. J., & MOREJÓN, J. V. (2006). Esquizofrenia y género. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), pp.157-183.

Garrabé, J. (2003). Aspectos prodrómicos de la esquizofrenia. *ERTEX V*, 14 (53), pp.193.

Gavilán, J. M. (2011). Teoría de la mente y comprensión del lenguaje en la esquizofrenia.

Giráldez, S. L., & Fernández, O. V. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), pp.671-681.

Goldstein, A. (1989): *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

Gómez, G. R., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). *Fòrum de Salut Mental*, coordinación. *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, *Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2*.

Hernández, Y. (2010). Actualización en el manejo y tratamiento del paciente con esquizofrenia.

Recuperado en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2111/2/Actualizacion-en-el-manejo-y-tratamiento-del-paciente-con-esquizofrenia> (9/04/2010)

- Jiménez, R. & Vázquez, A., (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2007, Vol. 7, N° 1, pp. 61-71.
- Júdez, J., Nicolás, P., Delgado, M. T., Hernando, P., Zarco, J., & Granollers, S. (2002). La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)*, 118(1), pp.18-37.
- Kriz, J., & Etcheverry, J. L. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Amorrortu.
- Lara D. C., Robles R., Orozco, R., Saltijeral Méndez, M., Medina M., & Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud mental*, 33(3), pp.211-218.
- Laviana, 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(1-3), pp.345-373.
- Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), pp.345-364.
- Lemos, S., García Sáiz, A., Otero García, A., Alonso Sánchez, M., & Gutiérrez, A. M. (1998). Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*, 10(2), pp.459-474.
- Lewin, K. (1992). La investigación-acción y los problemas de las minorías. *La Investigación-Acción Participativa: Inicios y Desarrollos*, 13-25.

- Lewis, D. y Levitt, P. (2002). La esquizofrenia como un trastorno del desarrollo neurológico. Examen anual de la Neurología, 25 (1), pp.409-432.
- Lira, N. A (2009). Entrenamiento en Habilidades Sociales para pacientes con Esquizofrenia. Instituto Cognitivo- Conductual de Salud Mental de México D.F.
- Londoño Bernal, L. V., Ramírez, L. A., Londoño, C. I., Fernández, S., & Vélez Toro, E. (2011). Diario de campo y cuaderno clínico: herramientas de reflexión y construcción del quehacer del psicólogo en formación. Revista Poiésis, 9(17).
- Lopera, F. (2008). Funciones ejecutivas: aspectos clínicos. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 8(1), pp.59-76.
- López, J. (2004). Fármacos y psicoterapia, básicos para el tratamiento de la esquizofrenia. Revista esp. Econ. De la Salud.
- López, M. y González, M. (2003). Inteligencia emocional, habilidad social, control de las emociones, destreza interpersonal, seguridad interior. Bogotá: Gama.
- Marconi, J. (2000). El delirio y sus estructuras psicopatológicas. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 38(1), pp.37-43.
- Martín E., Sarmiento, P, & Coy, L. (2013). Educación inclusiva y diversidad funcional en la Universidad. Rev. Fac. Med, 61(2), pp.195-204.
- Molina, F. J. M., & Cala, S. L. R. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. Revista Colombiana de Psiquiatría, 36(1), pp.99.
- Moller, S. y Rodríguez, M. (2005). Cómo afrontar la esquizofrenia: guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. Aula Medica Ediciones. Madrid (España).

- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista latinoamericana de psicología*, 16(3), pp.387-400.
- Monroy, E.I., (2011). Líneas de Investigación. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades.
- Moreno, A. B., & Campos, L. (2012). Historia de vida. Málaga, pp. 19.
- Moriana, J. A., Alarcón Pulido, E., & Herruzo Cabrera, J. (2004). Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*, 16(3), pp. 436-441.
- Morales, M. S. (2002). Ser persona y relacionarse: habilidades cognitivas y sociales, y crecimiento moral Vol. 48. Narcea Ediciones.
- Muela, J. A., & Godoy, J. F. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13(1), pp.1-6.
- Navarro, D., & Ramírez, C. (2009). Relación entre síntomas psicóticos, estados emocionales negativos y años de evolución en personas con esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 20(2), pp.197-204.
- Navarro, J. F. (2000). Bases biológicas de las psicopatologías. Ediciones Pirámide.
- Olivares, J. M. (1995). Anhedonia: una revisión conceptual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(52), pp.009-024.
- Obiols, J. E., & Carulla, M. (1998). Bases biológicas de la esquizofrenia: Aspectos neuroquímicos y neuroanatómicos. *Psicología Conductual*, 6(1), pp.5-27.

- Obiols, J. E., & Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), pp.235-250.
- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), pp.93-112.
- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1995). Tratamiento cognitivo conductual de la esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 3, pp.5-34.
- Penadés, R. (2002). Rehabilitación neuropsicológica del paciente esquizofrénico.
- Pérez, F. (2005). La entrevista como técnica de investigación social. Fundamentos teóricos, técnicos y metodológicos. *Extramuros*, 8(22), pp. 187-210.
- Piaget, J. (1969). *Biología y conocimiento*. México: Siglo XXI.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2006). Intervención familiar para la esquizofrenia.
- Psicólogos-Colpsicl, C. C. (2012). Tribunal Nacional Deontológica y Bioético de Psicología.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Barcelona, España, Editorial Paidós Ibérica.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N., & Fuentes, I. (2007). *Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia*. Granada: Alborán.
- Rodríguez, M. D., & Díaz, J. L. (2004). Estudios longitudinales: concepto y particularidades. *Rev Esp Salud Pública*, 78(2), pp.141-148.

- Rojas, R. (2013). Habilidades sociales: psicoterapia grupal con pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicología*, 13(1), pp.63-95.
- Rodríguez, R. (2005). *VAM Vademécum Académico de Medicamentos*. México DF: McGraw-Hill Interamericana.
- Romero, H., & Ruiz, E. S. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), pp.245-266.
- Romero, J. D. (2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de Psicología*, 23(3), pp. 275-292.
- Salavera, C., Puyuelo, M., & Serrano, R. (2011). Habilidades de comunicación en jóvenes con esquizofrenia. *Boletín de AELFA*, 11(1), 2-8.
- Santolaya, F. J. (2002). Aportaciones del entrenamiento en habilidades sociales al tratamiento de la esquizofrenia. *Informació Psicològica*, (79), pp.14-21.
- Servat, M., Lehmann, Y., Harari, K., Gajardo, L., & Eva, P. (2005). Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), pp.210-216.
- Schunk, D. H. (1997). *Teorías del aprendizaje*. Pearson Educación.
- Sue, D., Sue, D. W., Sue, S., & Huerta, Y. S. (2010). *Psicopatología. Comprendiendo la Conducta Anormal*. Cengage Learning Editores.
- Skokou, M., Katrivanou, A., Andriopoulos, I., & Gourzis, P. (2012). Sintomatología de las fases activa y prodrómica de la esquizofrenia paranoide de inicio en el joven y de inicio tardío. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), pp.150-159.

Sparrow, C. M. (2007). Efecto de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de jóvenes con esquizofrenia.

Tizón, J. L. (2004). Epidemiología de la psicosis desde los servicios comunitarios de salud mental y de Atención Primaria de Salud. *Archivos de Psiquiatría*, 67(2), pp.139-144.

Ücok, A., & Gaebel, W. (2008). Efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos: resumen breve. *WPA*, 6(1), pp.58.

Valencia, C. (2013). Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos.

Valencia, M., Murow, E., & Luisa Rascón, M. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoteapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de psicología*, 38(3), pp. 535-549.

Verdugo, M (1989) La integración personal, social y vocacional de los deficientes, psíquicos adolescentes: Elaboración y aplicación experimental de un programa conductual. Madrid: Centro de Publicaciones del M.E.C. / CIOE.

Zabala, A., & Castillo, I. I. (2000). Entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la esquizofrenia. Una revisión. *Norte de Salud mental*, 3(8)

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=52081>

<http://www.kienyke.com/historias/enfermos-mentales-esquizofrenia/>

<http://www.unad.edu.co/>

APENDICES

Apéndice 1. Historia de Vida.

Fecha de nacimiento: 16/04/1984

Lugar de nacimiento: Tunja - Boyacá

Sexo: Masculino.

Edad: 30 años.

Religión: Católica.

Descripción de los padres:

Padre: fallecido hace 14 años por cáncer de Hígado.

Madre: de 64 años de edad diagnosticada con TAB (trastorno afectivo Bipolar, Esquizofrenia y Alzheimer), no culminó sus estudios universitarios en psicopedagogía por presentar déficit atencionales y emocionales.

Número de Hermanos: 1, Profesión: Médico.

El paciente corresponde al hijo menor, de un embarazo deseado.

Periodo de gestación de la madre: 9 meses, asistió a controles y curso sicoprofiláctico, consumió medicamentos prescritos durante esta etapa para controlar los nervios, su alimentación fue adecuada.

Circunstancias del nacimiento: normalidad, parto asistencial natural a término, posición cefálica, piel morada al nacer, post parto sin presencia de depresión.

INFANCIA TEMPRANA (0 a 3 años):

Etapa neonatal: niño tranquilo, conducta del sueño normal en el día y la noche, alimentado con leche materna y biberón hasta los dos años de edad, tuvo buen reflejo de succión.

Desarrollo psicomotor: comenzó a agarrar los objetos a los 6 meses de edad, extendida los brazos ante personas conocidas, alrededor de los 8 meses reaccionaba ante las personas extrañas llorando evitaba que se le acercaran.

Motricidad Gruesa: sostuvo la cabeza a los 3 meses de edad, gateo a los 9 meses, dio sus primeros pasos a los 11 meses.

Lenguaje: balbuceo a los 7 meses, comenzó a utilizar primeras palabras a 10 meses y frases alrededor de los 18 a 24 meses, se le estimulo el lenguaje adecuadamente.

Control de esfínteres a los 18 meses, no orino la cama, comenzó a comer solo a los 2 años, es diestro.

INFANCIA MEDIA (3 a 6 años):

No asistió a la guardería, en el hogar discuten los padres, porque la madre agudizo sus síntomas y no presta atención adecuada al niño. El paciente no fue estimulado en su niñez, empezó a mostrarse tímido y retraído.

INFANCIA TARDÍA:

Niño pasivo, no agresivo, muy tímido, en el colegio le decían que era un ser especial, él lo tomo como un ser superior, con ideas de que es un ser sobre natural, (delirio de grandeza), comienzo a hablar de miedos e ideas extrañas, termino sus estudios secundarios con ayuda de sus profesores, su evolución académica fue lenta, pero no repitió grado escolar, las relaciones con sus compañeros fue distante, fue objeto de bullying, se mudó a otro barrio, le gustan los juegos de mesa en especial el ajedrez, le agrada pintar.

EDAD ADULTA:

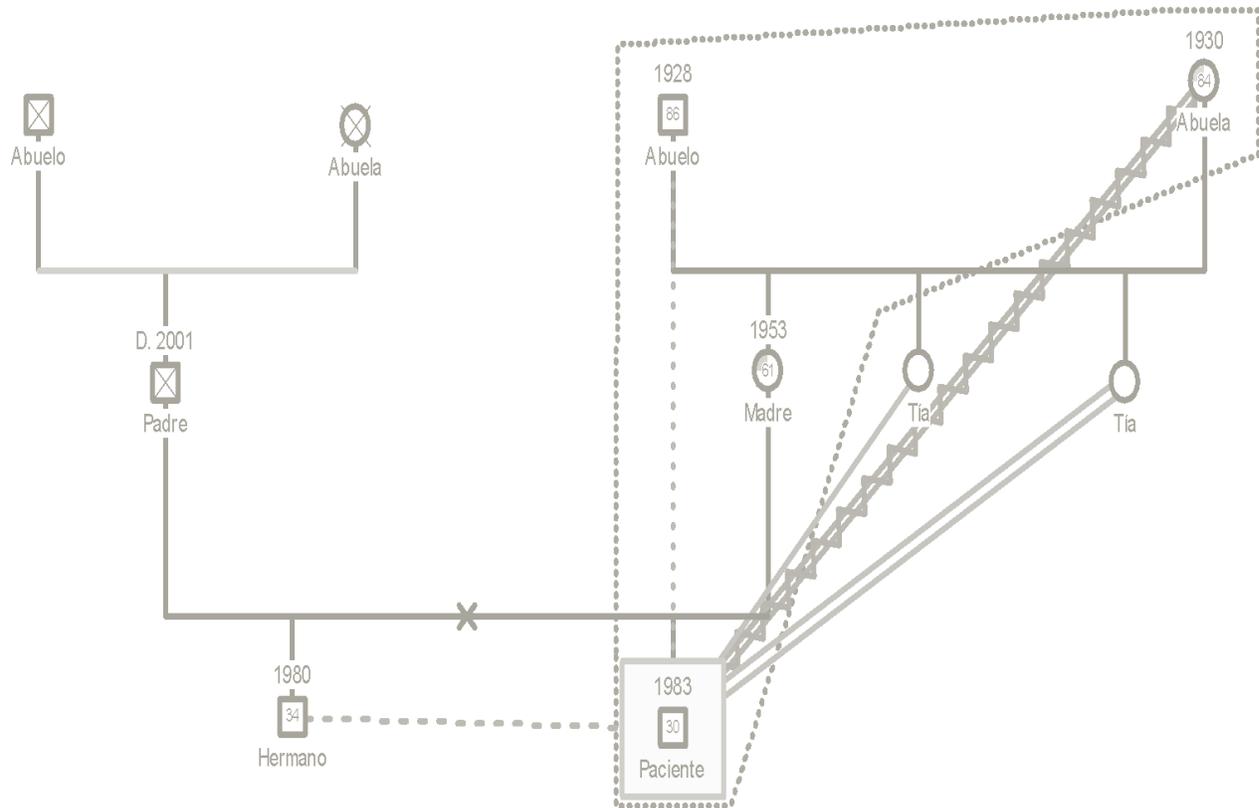
Le ofrecieron un trabajo de asistente (para hacer mandados) asistió dos días pero no siguió porque no le gusto, y no cumplía el horario.

Acrecentó los síntomas psicóticos y la agresividad, fue recluido en la Clínica la Paz de Bogotá por un periodo de dos meses, al regresar inicia estudios de Economía en la UPTC, cuando cursaba 6 semestre se retira por presentar malas calificaciones, se sentía desmotivado y sin ganas de continuar, además fue víctima de Bullying.

Sus relaciones familiares son conflictivas, principalmente con su abuela quien es la encargada de suministrarle los medicamentos, convive con su mamá y sus abuelos, ellos son sobreprotectores, recibe dinero mensualmente para sus gastos personales, la mayor parte de este lo invierte en internet, en ocasiones presenta ansiedad, desánimo y dificultades concretas para afrontar problemas, es poco sociable, refiere escuchar voces en su interior que le hablan, maneja escaso contacto visual, no tiene novia, tiene correo electrónico y escribe mensajes de la creación y de la biblia específicamente, omite palabras razón por la cual es difícil entender sus mensajes. Fue llevado a consulta psiquiátrica y Dx. con esquizofrenia en el año 2013.

Estudia actualmente ingeniería industrial en la Universidad Nacional Abierta y A Distancia UNAD, hace parte del programa de artes CRE-SER-FUNAVI y desde que inició este proceso ha mostrado cambios significativos. Asimismo la adaptación académica, el acompañamiento y seguimiento que se ha desarrollado a través de la intervención psicosocial y estudio longitudinal han generado respuestas a nivel cognitivo conductual muy positivas.

GENOGRAMA



Apéndice 2. Lista de Chequeo de GOLDSTEIN

LISTA DE CHEQUEO INICIAL FEBRERO DE 2013

1. LISTA DE CHEQUEO EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES (Goldstein et. Al. 1,980)

INSTRUCCIONES:

A continuación encontraras una lista de habilidades sociales que los adolescentes como tú pueden poseer en mayor o menor grado y que hace que ustedes sean más o menos capaces.

Deberás calificar tus habilidades marcando cada una de las habilidades que se describen a continuación; de acuerdo a los siguientes puntajes.

- Marca 1 si nunca utilizas bien la habilidad.
- Marca 2 si utilizas muy pocas veces la habilidad.
- Marca 3 si utilizas alguna vez bien la habilidad.
- Marca 4 si utilizas a menudo bien la habilidad.
- Marca 5 si utilizas siempre bien la habilidad.

GRUPO I: PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. ¿Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te están diciendo?		X			
2. ¿Inicias una conversación con otras personas y luego puedes mantenerla por un momento?	X				
3. ¿Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos?	X				
4. ¿Eliges la información que necesitas saber y se la pides a la persona adecuada?	X				
5. ¿Dices a los demás que tú estas agradecida (o) con ellos por algo que hicieron por ti?		X			
6. ¿Te esfuerzas por conocer nuevas personas por propia iniciativa?		X			
7. ¿Presentas a nuevas personas con otros (as)?	X				
8. ¿Dices a los demás lo que te gusta de ellos o de lo que hacen?	X				

GRUPO II: HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
9. ¿Pides ayuda cuando la necesitas?	1	2 X	3	4	5
10. ¿Te integras a un grupo para participar en una determinada actividad?	1 X	2	3	4	5
11. ¿Explicas con claridad a los demás como hacer una tarea específica?	1 X	2	3	4	5
12. ¿Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente?	1 X	2	3	4	5
13. ¿Pides disculpas a los demás cuando haz echo algo que sabes que esta mal?	1 X	2	3	4	5
14. ¿Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de las otras personas?	1 X	2	3	4	5

GRUPO III: HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
15. ¿Intentas comprender y reconocer las emociones que experimentas?	1 X	2	3	4	5
16. ¿Permites que los demás conozcan lo que sientes?	1	2 X	3	4	5
17. ¿Intentas comprender lo que sienten los demás?	1 X	2	3	4	5
18. ¿Intentas comprender el enfado de las otras personas?	1 X	2	3	4	5
19. ¿Permites que los demás sepan que tu te interesas o te preocupas por ellos?	1	2 X	3	4	5
20. ¿Cuando sientes miedo, piensas porqué lo sientes, y luego intentas hacer algo para disminuirlo?	1 X	2	3	4	5
21. ¿Te das a ti misma una recompensa después de hacer algo bien?	1 X	2	3	4	5

GRUPO IV: HABILIDADES ALTERNATIVAS

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
22. ¿Sabes cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego se lo pides a la personas indicada?	1	2 X	3	4	5
23. ¿Compartes tus cosas con los demás?	1	2 X	3	4	5
24. ¿Ayudas a quien lo necesita?	1	2 X	3	4	5
25. ¿Si tú y alguien están en desacuerdo sobre algo, tratas de llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos?	1 X	2	3	4	5
26. ¿Controlas tu carácter de modo que no se te escapan las cosas de la mano?	1 X	2	3	4	5
27. ¿Defiendes tus derechos dando a conocer a los	1	2	3	4	5

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
demás cuál es tu punto de vista?	X				
28. ¿Conservas el control cuando los demás te hacen bromas?	1	2 X	3	4	5
29. ¿Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas?	1 X	2	3	4	5
30. ¿Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte?	1 X	2	3	4	5

GRUPO V: HABILIDADES PARA HACER FRENTE A ESTRÉS

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
31. ¿Le dices a los demás de modo claro, pero no con enfado, cuando ellos han hecho algo que no te gusta?	1 X	2	3	4	5
32. ¿Intentas escuchar a los demás y responder imparcialmente cuando ellos se quejan por ti?	1 X	2	3	4	5
33. ¿Expresas un halago sincero a los demás por la forma en que han jugado?	1 X	2	3	4	5
34. ¿Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?	1 X	2	3	4	5
35. ¿Determinas si te han dejado de lado en alguna actividad y, luego, haces algo para sentirte mejor en esa situación?	1 X	2	3	4	5
36. ¿Manifiestas a los demás cuando sientes que una amiga no a sido tratada de manera justa?	1 X	2	3	4	5
37. ¿Si alguien esta tratando de convencerte de algo, piensas en la posición de esa persona y luego en la propia antes de decidir que hacer?	1 X	2	3	4	5
38. ¿Intentas comprender la razón por la cual has fracasado en una situación particular?	1 X	2	3	4	5
39. ¿Reconoces y resuelves la confusión que e produce cuando los demás te explican una cosa, pero dicen y hacen otra?	1 X	2	3	4	5
40. ¿Comprendes de qué y porqué has sido acusada (o) y luego piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que hizo la acusación?	1 X	2	3	4	5
41. ¿Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista, antes de una conversación problemática?	1 X	2	3	4	5
42. ¿Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta?	1	2	3 X	4	5

GRUPO VI: HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
43. ¿Si te sientes aburrida, intentas encontrar algo interesante que hacer?	1 X	2	3	4	5
44. ¿Si surge un problema, intentas determinar que lo causó?	1 X	2	3	4	5
45. ¿Tomas decisiones realistas sobre lo que te gustaría realizar antes de comenzar una tarea?	1	2 X	3	4	5
46. ¿Determinas de manera realista qué tan bien podrías realizar antes de comenzar una tarea?	1 X	2	3	4	5
47. ¿Determinas lo que necesitas saber y cómo conseguir la información?	1 X	2	3	4	5
48. ¿Determinas de forma realista cuál de tus numerosos problemas es el más importante y cuál debería solucionarse primero?	1	2 X	3	4	5
49. ¿Analizas entre varias posibilidades y luego eliges la que lo hará sentirte mejor?	1 X	2	3	4	5
50. ¿Eres capaz de ignorar distracciones y solo prestas atención a lo que quieres hacer?	1 X	2	3	4	5

CALIFICACIÓN:

La calificación es un procedimiento simple y directo que se ve facilitado por la estimación que hace el sujeto de su grado de competencia o deficiente en que usa las habilidades sociales, comprendidas en la lista de chequeo, el cual están indicando un valor cuantitativo.

La puntuación máxima a obtener en un ítem es 5 y el valor mínimo es 1. Es posible obtener los siguientes puntajes de medidas de uso competente o deficiente de la habilidades sociales al usar la escala.

El puntaje total, que varía en función al número de ítems que responde el sujeto encada valor de 1 a 5, este puntaje como mínimo es 50 y como máximo 250 puntos.

LISTA DE CHEQUEO FINAL FEBRERO DE 2014

1. LISTA DE CHEQUEO EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES (Goldstein et. Al. 1,980)

INSTRUCCIONES:

A continuación encontraras una lista de habilidades sociales que los adolescentes como tú pueden poseer en mayor o menor grado y que hace que ustedes sean más o menos capaces.

Deberás calificar tus habilidades marcando cada una de las habilidades que se describen a continuación, de acuerdo a los siguientes puntajes.

- Marca 1 si nunca utilizas bien la habilidad.
- Marca 2 si utilizas muy pocas veces la habilidad.
- Marca 3 si utilizas alguna vez bien la habilidad.
- Marca 4 si utilizas a menudo bien la habilidad.
- Marca 5 si utilizas siempre bien la habilidad.

GRUPO I: PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. ¿Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te están diciendo?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
2. ¿Inicias una conversación con otras personas y luego puedes mantenerla por un momento?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
3. ¿Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos?	1	2	3	4 <input type="radio"/>	5
4. ¿Eliges la información que necesitas saber y se la pides a la persona adecuada?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
5. ¿Dices a los demás que tú estas agradecida (o) con ellos por algo que hicieron por ti?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
6. ¿Te esfuerzas por conocer nuevas personas por propia iniciativa?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
7. ¿Presentas a nuevas personas con otros (as)?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
8. ¿Dices a los demás lo que te gusta de ellos o de lo que hacen?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5

GRUPO II: HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
9. ¿Pides ayuda cuando la necesitas?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
10. ¿Te integras a un grupo para participar en una determinada actividad?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
11. ¿Explicas con claridad a los demás como hacer una tarea específica?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
12. ¿Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
13. ¿Pides disculpas a los demás cuando haz echo algo que sabes que esta mal?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
14. ¿Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de las otras personas?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5

GRUPO III: HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
15. ¿Intentas comprender y reconocer las emociones que experimentas?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
16. ¿Permites que los demás conozcan lo que sientes?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
17. ¿Intentas comprender lo que sienten los demás?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
18. ¿Intentas comprender el enfado de las otras personas?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
19. ¿Permites que los demás sepan que tu te interesas o te preocupas por ellos?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
20. ¿Cuando sientes miedo, piensas porqué lo sientes, y luego intentas hacer algo para disminuirlo?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
21. ¿Te das a ti misma una recompensa después de hacer algo bien?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5

GRUPO IV: HABILIDADES ALTERNATIVAS

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
22. ¿Sabes cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego se lo pides a la personas indicada?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
23. ¿Compartes tus cosas con los demás?	1	2	3	4 <input type="radio"/>	5
24. ¿Ayudas a quien lo necesita?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
25. ¿Si tú y alguien están en desacuerdo sobre algo, tratas de llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
26. ¿Controlas tu carácter de modo que no se te escapen las cosas de la mano?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
27. ¿Defiendes tus derechos dando a conocer a los	1	2	3	4	5

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
demás cuál es tu punto de vista?			<input type="radio"/>		
28. ¿Conservas el control cuando los demás te hacen bromas?	1	2	3	4 <input type="radio"/>	5
29. ¿Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas?	1	2	3	4 <input type="radio"/>	5
30. ¿Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5

GRUPO V: HABILIDADES PARA HACER FRENTE A ESTRÉS

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
31. ¿Le dices a los demás de modo claro, pero no con enfado, cuando ellos han hecho algo que no te gusta?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
32. ¿Intentas escuchar a los demás y responder imparcialmente cuando ellos se quejan por ti?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
33. ¿Expresas un halago sincero a los demás por la forma en que han jugado?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
34. ¿Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
35. ¿Determinas si te han dejado de lado en alguna actividad y, luego, haces algo para sentirte mejor en esa situación?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
36. ¿Manifiestas a los demás cuando sientes que una amiga no a sido tratada de manera justa?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
37. ¿Si alguien esta tratando de convencerte de algo, piensas en la posición de esa persona y luego en la propia antes de decidir que hacer?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
38. ¿Intentas comprender la razón por la cual has fracasado en una situación particular?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
39. ¿Reconoces y resuelves la confusión que se produce cuando los demás te explican una cosa, pero dicen y hacen otra?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
40. ¿Comprendes de qué y porqué has sido acusada (o) y luego piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que hizo la acusación?	1	2	3 <input type="radio"/>	4	5
41. ¿Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista, antes de una conversación problemática?	1	2 <input type="radio"/>	3	4	5
42. ¿Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta?	1	2	3	4 <input type="radio"/>	5

GRUPO VI: HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
43. ¿Si te sientes aburrida, intentas encontrar algo interesante que hacer?	1	2	3	4	5
44. ¿Si surge un problema, intentas determinar que lo causó?	1	2	3	4	5
45. ¿Tomas decisiones realistas sobre lo que te gustaría realizar antes de comenzar una tarea?	1	2	3	4	5
46. ¿Determinas de manera realista qué tan bien podrías realizar antes de comenzar una tarea?	1	2	3	4	5
47. ¿Determinas lo que necesitas saber y cómo conseguir la información?	1	2	3	4	5
48. ¿Determinas de forma realista cuál de tus numerosos problemas es el más importante y cuál debería solucionarse primero?	1	2	3	4	5
49. ¿Analizas entre varias posibilidades y luego eliges la que te hará sentirte mejor?	1	2	3	4	5
50. ¿Eres capaz de ignorar distracciones y solo prestas atención a lo que quieres hacer?	1	2	3	4	5

CALIFICACIÓN:

La calificación es un procedimiento simple y directo que se ve facilitado por la estimación que hace el sujeto de su grado de competencia o deficiente en que usa las habilidades sociales, comprendidas en la lista de chequeo, el cual están indicando un valor cuantitativo.

La puntuación máxima a obtener en un ítem es 5 y el valor mínimo es 1. Es posible obtener los siguientes puntajes de medidas de uso competente o deficiente de la habilidades sociales al usar la escala.

El puntaje total, que varía en función al número de ítems que responde el sujeto encada valor de 1 a 5. este puntaje como mínimo es 50 y como máximo 250 puntos.

Apéndice 3. Cuestionario: Al inicio de la intervención

CUESTIONARIO DIRIGIDO A FAMILIAS PARA IDENTIFICAR PROCESOS DE
COMUNICACIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre algunas conductas y/o comportamientos las cuales deberá calificar de mayor a menor según sea el grado o intensidad con la que las presenta su hijo. Responda con la mayor sinceridad posible.

Marca X Si nunca los ha presentado.

Marca X Si las has observado muy pocas veces

Marca X Si alguna vez observe ese comportamiento y/o conductas.

Marca X Si a menudo observa estos comportamientos y/o conductas.

Marca X Si observa siempre estos comportamientos y/o conductas.

PREGUNTA	NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNA VEZ	A MENUDO	SIEMPRE
1. ¿Escucha con atención cuando le hablan?		X			
2. ¿Su comunicación es fluida y clara?		X			
3. ¿Presenta cambios extremos de humor y comportamientos extraños?				X	
4. ¿habitualmente expresa sus emociones y sentimientos con facilidad?		X			
5. ¿En su diario vivir ha observado en él comportamientos temerosos y/o ansiedad?				X	

6. ¿Ha observado usted en su hijo problemas graves para hacer y mantener amistades?					X
7. ¿Ha observado en su hijo que al relacionarse con otros ha llegado a sentirse tímido y retraído?					X
8. ¿Ha escuchado hablar a su hijo sobre miedos e ideas extrañas?				X	
9. ¿La familia experimenta regularmente problemas a causa de la enfermedad?					X
10. ¿Si su hijo no aprovecha el tiempo libre, le dispone de tareas para mejorar la capacidad de trabajo y las habilidades sociales?		X			
11. ¿habla constantemente con él, le pide su opinión?		X			
12. ¿Maneja relaciones de afectividad, de buena comunicación en su hogar?		X			
13. ¿Tiene amigos que frecuenta regularmente?	X				
14. ¿Inicia y mantiene conversaciones con otras personas por iniciativa propia?	X				
15. ¿Colabora en los oficios y tareas del hogar?		X			

Fecha de Aplicación: Febrero de 2013

Responsables: Psicólogas en Formación

Nancy Rocio Espinosa Cruz

Dora Juan de Dios M.

Cuestionario: al Final de la intervención

CUESTIONARIO DIRIGIDO A FAMILIAS PARA IDENTIFICAR PROCESOS DE
COMUNICACIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre algunas conductas y/o comportamientos las cuales deberá calificar de mayor a menor según sea el grado o intensidad con la que las presenta su hijo. Responda con la mayor sinceridad posible.

Marca X Si nunca los ha presentado.

Marca X Si las has observado muy pocas veces

Marca X Si alguna vez observo ese comportamiento y/o conductas.

Marca X Si a menudo observa estos comportamientos y/o conductas.

Marca X Si observa siempre estos comportamientos y/o conductas.

PREGUNTA	NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNA VEZ	A MENUDO	SIEMPRE
1. ¿Escucha con atención cuando le hablan?				X	
2. ¿Su comunicación es fluida y clara?				X	
3. ¿Presenta cambios extremos de humor y comportamientos extraños?			X		
4. ¿habitualmente expresa sus emociones y sentimientos con facilidad?				X	
5. ¿En su diario vivir ha observado en él comportamientos temerosos y/o ansiedad?			X		

6. ¿Ha observado usted en su hijo problemas graves para hacer y mantener amistades?		X			
7. ¿Ha observado en su hijo que al relacionarse con otros ha llegado a sentirse tímido y retraído?		X			
8. ¿Ha escuchado hablar a su hijo sobre miedos e ideas extrañas?			X		
9. ¿La familia experimenta regularmente problemas a causa de la enfermedad?			X		
10. ¿Si su hijo no aprovecha el tiempo libre, le dispone de tareas para mejorar la capacidad de trabajo y las habilidades sociales?				X	
11. ¿habla constantemente con él, le pide su opinión?					X
12. ¿Maneja relaciones de afectividad, de buena comunicación en su hogar?				X	
13. ¿Tiene amigos que frecuenta regularmente?			X		
14. ¿Inicia y mantiene conversaciones con personas por iniciativa propia?				X	
15. ¿Colabora en los oficios y tareas del hogar?				X	

Fecha de Aplicación: Febrero de 2014

Responsables: Psicólogas en Formación

Nancy Rocio Espinosa Cruz

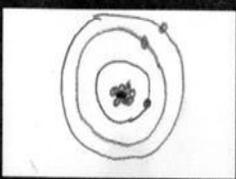
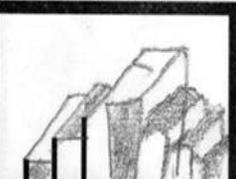
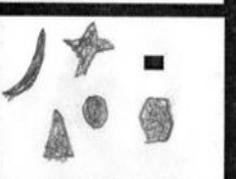
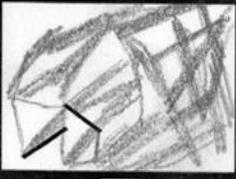
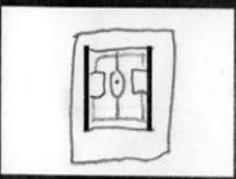
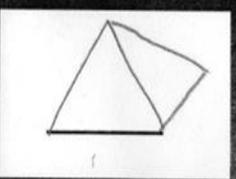
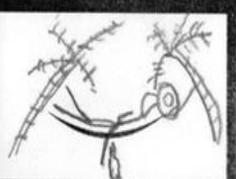
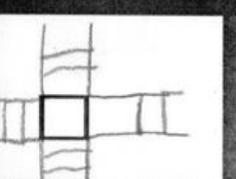
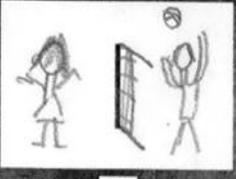
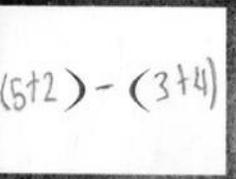
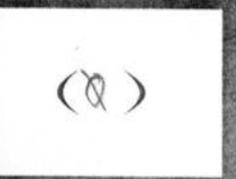
Dora Juan de Dios M.

Apéndice 4. Test de Warteg

TEST WARTEGG 16 CAMPOS

- 1. Atomo
- 2. Mama
- 3. Escalera
- 4. Lamas
- 5. Rayas
- 6. Casa
- 7. Mujer en la playa
- 8. Ojo
- 9. Cancha
- 10. Piramide
- 11. Mamando Ron
- 12. Proyección
- 13. Jugando voleibol
- 14. Libro
- 15. Algebra
- 16. Conjuntos vacios

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Edad: _____
 Profesión: Estudiante Fecha: 28-05-74 Sexo: M
 Lugar de Nacimiento: Tunja Grado Académico: 10º

			
1	2	3	4
			
5	6	7	8
			
9	10	11	12
			
13	14	15	16

+ mo queda 11 - 1. FA 11 - 1. 11

Apéndice 5. Formato de DIARIO DE CAMPO

Día	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría 4	Reflexión y Observación
	Desarrollo de habilidades de comunicación	Relaciones familiares	Relaciones Sociales	Desempeño académico y Entrenamiento en habilidades sociales	
1	Hoy nos presentaron, responde al saludo, tiene escasa fluidez verbal, su volumen de voz es bajo	Se levanta tarde, es poco colaborador, se ríe solo	Responde al llamado, poco habla, solo cuando se le pregunta.	Sus movimientos corporales son escasos.	Sus participaciones son escasas y no voluntarias, está tranquilo y callado.
2	Su expresión facial está disminuida, su tono de voz bajo	Hoy se levanta más tarde, poco habla	Hoy se encuentra aislado.	Poca participación en las actividades de clase	Se nota desanimado, solo participa si se le motiva.
3	Sus respuestas son muy breves, su tono de voz es bajo	Se disgusta por las cosas que se le dicen, no respeto el sueño en la noche	Es afectuoso con sus compañeros y profesoras	Tiene lentitud en los movimientos, no corre se fatiga con facilidad	Se encuentra callado, sus conversaciones son cortas, su participación es escasa.
4	Responde a lo que se le pregunta en forma muy corta	Tiende su cama, no colabora en los demás oficios del hogar, habla sobre temas de la creación	Poco sonríe e interactúa con los demás	Los movimientos espontáneos son disminuidos: su expresión facial inmutable	Su comportamiento es tranquilo, interactúa con sus compañeros.
5	Tiene escasos ademanes expresivos, no utiliza sus manos para expresarse, permanece en silencio.	Se levanta enojado, está muy callado, no contesta al llamado	Es silencioso, responde al saludo sin ánimo.	Su movimiento corporal es lento.	Es pasivo, participa en la clase de danzas, baila llevando el ritmo adecuadamente.
6	Su fluidez verbal es escasa, tiene pobreza en el	Poco habla, se enoja, dice cosas	Se encuentra aislado, sus ademanes	Poco participa en clase, su motricidad fina	Es tranquilo, callado permanece casi que inmóvil en una misma

	lenguaje.	de la virgen, es ofensivo con la abuela	expresivos son escasos, no utiliza gestos para expresarse	esta disminuida	posición por más de cinco minutos
7	Tiene dificultad para expresar emociones, poco sonríe.	Permanece callado aislado, no le gusta que le pregunten que va hacer	Pocas veces sonríe, presenta quietud corporal.	Participa pasivamente en clase de danzas, obedece sin oposición alguna	Es escaso su contacto visual, comparte poco con sus compañeros.
8	Solo habla si se le pregunta, su expresión facial es inmutable, poco sonríe, poco se alegra	Pregunta cosas de la virgen, de la biblia, en la noche, quiere hablar únicamente de esos temas	Responde al saludo, esta callado, tranquilo	No termina las tareas asignadas, se muestra muy tranquilo	Participa pasivamente, habla en tono muy bajo
9	Es escaso el contacto ocular, no mira a los demás, sus respuestas son breves.	Se levanta muy tarde, sale a caminar sin decir nada.	Tiene falta de emotividad. Presenta quietud corporal.	Participa pasivamente en clase de artes plásticas, poco habla con sus compañeros	Es muy tranquilo, un poco tímido, sus habilidades sociales se observan muy disminuidas
10	Presenta ausencia de emociones, poco sonríe, no se alegra.	Colabora con el aseo del cuarto	Busca la oportunidad de hablarnos en privado acerca de temas de la creación	Poco interactúa, no participa voluntariamente en las clases	Participa en clase de títeres como espectador, sus emociones son disminuidas, poco se alegra o sonríe.
11	No habla, es muy callado, le da pena equivocarse, se sonroja.	Habla y ríe solo, sin razón aparente, pasa la mayor parte de la mañana acostado	No comparte, Es tímido	Se queda a un costado, alejado, presenta falta de energía, sus movimientos corporales están disminuidos	Debido a su sedentarismo presenta obesidad
12	No saluda, no comenta nada	Pelea con la abuela porque ella	Permanece aislado, poco habla, hace	Realiza las tareas asignadas, le gusta la clase	Sus disgustos con la abuela son constantes porque piensa que le

		es quien le da los medicamentos	preguntas muy cortas a sus compañeros	de pintura.	causan daño con los medicamentos
13	Únicamente habla si se le pregunta	Se disgusta cuando le preguntan a donde va	Comparte muy poco con los compañeros y compañeras	Atiende las ordenes, comparte con sus compañeros y profesoras de la Unid	Se siente sobreprotegido por esta razón es desobediente y rebelde
14	Es callado, habla muy poco con sus compañeros	Quiere hablar únicamente temas religiosos	Evita estar en grupos grandes	Habla muy poco, salimos a campo abierto a caminar, recogimos flores y hojas secas, corrimos, se fatiga con facilidad.	Permanece muy aislado, se le invita a compartir, obedece pero poco se anima
15	Habla en voz baja, su expresión facial es disminuida	No es cariñoso, se enoja con facilidad cuando le piden que colabore en la casa.	Es distante, No habla con nadie extraño	Esta tranquilo, hace su trabajo propuesto, no le agrada el telar de bufandas.	Permanece de muy mal humor en casa, pero en la parte escolar se muestra muy calmado.
16	No hace comentarios voluntariamente, tiene dificultad para mantener conversaciones	Se disgusta por las cosas que se le dicen	Su saludo es sin ánimo, pregunta cosas de congregaciones eclesiásticas.	No participa voluntariamente en las clases, obedece a las profesoras	Sus habilidades sociales se observan bastante disminuidas
17	No es expresivo, habla muy poco y en un tono de voz muy bajo entre cortado.	Es ofensivo con la abuela, porque ella le dice que no hable más de Dios y la virgen	Poco habla, solo cuando se le pregunta	Poco interactúa con los demás, habla poco con los compañeros, únicamente con los más cercanos	No es nada amigable y se disgusta cuando se le insiste que debe responder y dialogar con sus compañeros.
18	No sonrío, tiene dificultad para mantener conversaciones	fue agresivo, de mal genio con todos sus familiares	No comparte, Es tímido, evita estar en grupos grandes	Tiene dificultad para mantener conversaciones largas.	Percibe a veces el mundo de una forma distinta al resto de las personas. por esta razón su seriedad y despotismo

19	No comenta nada, su expresión facial es disminuida	No colabora con las cosas de la casa, se disgusta mucho con su abuela	Responde al llamado, no tiene iniciativa para hacer las cosas	Hace su trabajo propuesto, le gusta las clase de pintura, propone los colores que aplicara a las figuras	Nota que le roban los pensamientos y que le controlan lo que piensan y hace.
20	Sus ademanes expresivos son escasos: no utiliza sus manos para expresarse, permanece con su cabeza inclinada	Permanece callado, aislado, muy calmado	Hoy se encuentra aislado, hace preguntas de manera corta a sus profesoras	Atiende las órdenes de las profesoras, cumple con lo que le solicitan: colaborar, organizar.	Comenta que asistió a misa y habla bastante de la virgen. ya que su familia es creyente.
21	Presenta pobreza en su lenguaje, le da pena equivocarse, se sonroja.	Es poco colaborador, no hace aseo, lava únicamente su plato.	Esta distante, tranquilo, habla en voz baja con sus compañeros.	Poco participa en clase, desarrolla adecuadamente sus tareas de pintura, es muy cuidadoso	Realiza bastante Pausa para hablar por esta razón se sonroja y en ocasiones sonríe.
22	Tiene dificultad para expresar emociones, ríe con timidez	No atiende a los llamados de atención	Evita hablar con los demás y estar en grupos grandes	Presenta lentitud en los movimientos, tiene falta de energía	Se observa bastante disminuida la motivación y gran dificultad para manifestar sus sentimientos.
23	Está muy callado. Se acerca para hacer preguntas breves	Permanece callado, calmado	Comparte muy poco con los compañeros	Comparte con sus profesoras, compañeras, participa activamente en clase de danzas, baila llevando el ritmo.	Se observa que sus movimientos en la danza son bastantes disminuidos
24	No sonríe, poco habla, su volumen de voz muy bajo entre cortado	Fue agresivo, de mal genio con su abuela materna	Expresa querer tener amigos, pero no lo intenta hacer amistades	Participa pasivamente en clase de títeres, su papel es de soldadito	Se muestra muy triste y agobiado debido tal vez al disgusto con la abuelita
25				No asistió	No asistió
26	Sus ademanes expresivos son escasos, no utiliza sus manos, sus gestos para expresarse	Se disgusta por las cosas que se le dicen, no obedece	Evita hablar con otras personas, principalmente desconocidas.	Poco interactúa, tiene disminución marcada de interés por las actividades académicas	El día de hoy se observa bastante Callado y desanimado.

27	Solo habla si se le pregunta, en voz muy baja	Es ofensivo con la abuela, no quiere que le de medicamentos	Sus ademanes expresivos son escasos, no hace gestos	No participa voluntariamente en las actividades, se debe animar continuamente	Se muestra muy irritado y malgeniado no quiso hablar nada y no obedece a cumplir con su tratamiento
28	Presenta pobreza en su lenguaje, su volumen de voz es muy bajo	Permanece callado aislado, no respeto el sueño en la noche, quiere que le presten atención	Tiene falta de emotividad, hace preguntas de congregaciones eclesiásticas.	Su movimiento corporal es lento, baila con las profesoras, se fatiga precipitadamente	Busca que le den respuesta a sus preguntas de la creación, en altas horas de la noche
29	Está muy callado, calmado, habla en tono bajo	Poco colabora, se disgusta cuando le dicen por favor ayuda.	Poco sonríe e interactúa, evita hablar con los demás	Participa pasivamente en clase de danzas, baila con las profesoras llevando adecuadamente el ritmo	Se muestra muy pasivo a pesar de la motivación a participar en las actividades de arte terapia
30	Tiene dificultad para expresar emociones	Colabora con los mandados que le hace su abuela	Comparte muy poco con los compañeros	Tiene dificultad para mantener conversaciones largas	Sus pensamientos pierden claridad, impidiendo concentrarse en un solo pensamiento durante un tiempo
31	No sonríe, su volumen de voz es muy bajo entre cortado	Fue agresivo, de mal genio con su mamá, no quiere que le corrijan, no quiere tomar medicamentos	Presenta quietud corporal, muy calmado	Su participación es pasiva en clase de artes plásticas	El día de hoy se mostró muy desanimado y cabizbajo más de lo habitual
32	Sus ademanes expresivos son cortos, no hace gestos	Es poco colaborador, no hace aseo, no lava la losa.	Su salud es corto, sin ánimo, evita estar en grupos grandes	Participa sin oposición en clase de títeres, se ubica detrás del telón y habla en voz muy baja, sus	No tiene claridad con sus pensamientos, estos le impide, concentrarse adecuadamente

				compañeros de dicen cuando le corresponde el turno para hablar	
33	Solo habla si se le pregunta, responde de manera muy breve	Se disgusta por las cosas que se le dicen	Esta distante, no tiene iniciativa	Su participación es escasa en las actividades académicas, hablamos en privado, no es comprensible cuando habla	Tiene dificultad para hilar palabras de forma lógica, en ocasiones es difícil entenderle
34	Tiene escasa fluidez verbal, su tono y volumen de voz es muy bajo	Permanece callado aislado en su cuarto viendo televisión	Evita hablar con otras personas	Su participación es pasiva en clase de títeres, no se muestra animado	Es poco creativo, muy pasivo, observa con detenimiento los comportamientos de sus compañeros
35	No comenta nada, se ríe solo.	Se levanta muy tarde, sale a caminar sin decir nada, se demora más de dos horas	Es afectuoso con sus compañeros y profesoras	No participa voluntariamente, atiende a los órdenes de las profesoras, colabora con la organización de las sillas del aula	Le disgusta caminar acompañado de su mamá, por esta razón sale con sigilo
36	Su expresión facial es disminuida	No atiende a los llamados de atención	Poco habla, solo cuando se le pregunta	Poco participa en clase, se le debe motivar constantemente	Se comporta de forma desobediente en casa, en las clases es todo lo contrario, se muestra disciplinado
37	Está muy callado, no tiene iniciativa para hablar	Es poco colaborador, no organiza su cuarto, no tiende su cama, no organiza su ropa	Es respetuoso y amable	Atiende las órdenes de profesoras y compañeros.	Por el contrario hoy amaneció un poco más obediente demostrando amabilidad con sus compañeros pero en casa continua sin colaborar
38	Presenta pobreza en su lenguaje, le da pena equivocarse	Su Colaboración en las labores del hogar es escasa	No comparte Es tímido, Tiene falta de emotividad.	Poco interactúa, comparte materiales de trabajo con sus compañeros, hablamos en privado sobre su	No tiene claridad en sus pensamientos, su emotividad es pobre.

				enfermedad, tiene conciencia de ella, pero no tiene claro cómo se desarrolla	
39	No utiliza ademanes expresivos: gestos, sus manos, su cuerpo.	Permanece callado aislado, poco colaborador	Hoy se encuentra muy tranquilo	Tiene dificultad para mantener conversaciones largas, habla de muchos temas a la vez, sin lógica	Se observan bastante disminuidas sus habilidades sociales y su expresión verbal
40	Tiene dificultad para mantener conversaciones, no sonríe	Fue grosero con la abuela, no quiere tomar sus medicamentos	Pocas veces sonríe, no tiene iniciativa	No participa voluntariamente en las actividades tanto lúdicas como académicas	Tiende a aislarse de sus amigos y su familia, se comporta muy rebelde en casa
41	Tiene dificultad para expresar emociones	Estuvo de mal genio con la abuela	Responde al llamado, Evita estar en grupos grandes	Participa pasivamente en clase de títeres, se aprende la canción que le corresponde cantar	Poco acepta las reglas y normas de la abuelita no quiere seguir con el tratamiento
42	Está muy callado, sereno, habla en voz baja	No atiende a los llamados de atención	Comparte poco con los compañeros	Tiene lentitud en los movimientos corporales, la mayor parte del tiempo desea estar sentado	Se muestra muy desanimado tiene falta de energía.
43				No asistió	No asistió
44	Solo habla si se le pregunta	Se disgusta por que le piden que colabore, le gusta hablar de temas religiosos	Tiene falta de emotividad	Tiene disminución marcada de interés por las actividades académicas, tiene lentitud en los movimientos	Sus habilidades sociales se observan bastante disminuidas
45	Sus respuestas muy breves	Es ofensivo con la abuela, porque ella	Evita hablar con los demás	Participa pasivamente en clase de danzas, baila con sus	Prefiere estar solo, se siente cómodo sentado con las manos en los bolsillos.

		le dice que no hable más de Dios y la virgen		compañeras y profesoras	
46	No comenta nada voluntariamente, se le deben hacer preguntas para que hable	Permanece en silencio, aislado, no obedece a sus abuelos	Expresa que quiere tener amigos	Su movimiento corporal es lento, permanece la mayor parte del tiempo sentado y en silencio	Se comporta de forma desobediente en casa, en las clases es todo lo contrario, se muestra disciplinado
47	Su expresión facial es disminuida, sin energía	No obedece a sus abuelos, se queda en su cuarto por largo tiempo	No saluda, es callado y tranquilo	Atiende las órdenes, cumple las reglas de juego sin objeciones, ni opiniones.	Poco acepta ordenes en su casa, cumple con reglas acordadas en las clases, es obediente
48	Está muy callado, tranquilo, poco habla, su contacto visual es escaso	Es poco colaborador, no organiza su cuarto	Pocas veces sonríe, saluda en voz baja	Realiza las tareas asignadas, cuida los materiales y el producto final para luego exponerlo	En sus actividades académicas y lúdicas se muestra cuidadoso, en casa un poco indisciplinado
49	No utiliza ademanes expresivos: gestos, sus manos, su cuerpo.	Se levanta muy tarde, sale a caminar sin decir nada, tarda más de dos horas	Es afectuoso con los más cercanos	Tiene dificultad para mantener conversaciones largas, evita comentar sus cosas privadas	Sus pensamientos pierden claridad, impidiendo concentrarse en un solo pensamiento durante un tiempo
50				No asistió	No asistió
51	Solo habla si se le pregunta	No atiende a los llamados de atención de su abuela	Poco sonríe e interactúa, evita estar en grupos grandes	Es escasa su participación en clase, se muestra distraído	Poco reflexiona sobre sus comportamientos y actitudes, poco presta atención
52	Tiene escasa fluidez verbal, su volumen de voz es muy bajo	No colabora se disgusta, poco habla con su mamá	Expresa querer tener amigos, pero no muestra esfuerzo	Su participación es pasiva en clase de títeres, su papel es de un soldadito que canta, cuando le corresponde cantar lo hace en voz muy baja	Sus habilidades sociales se observan bastante disminuidas
53	No sonríe, poco	Permanece	Evita hablar	Tiene lentitud en	Prefiere estar solo, se

	habla, se muestra muy sereno	callado aislado en su cuarto	con otras personas	los movimientos corporales	siente cómodo sentado con las manos en los bolsillos.
54	Poco conversa, sus repuestas son cortas y sencillas	Es poco colaborador	Su saludo es sin ánimo	Poco interactúa, se queda sentado inmóvil por más de cinco minutos	Se muestra muy desanimado, con falta de energía
55	Tiene dificultad para expresar emociones: no se alegra, no se entusiasma	No obedece a su mamá, se queda en su cuarto escuchando música	Es afectuoso con sus compañeros y profesoras	Sus movimientos espontáneos son disminuidos: no utiliza sus cuerpo para expresarse	Su comunicación verbal y no verbal es pobre, se muestra desmotivado
56	Su expresión facial es disminuida	Se disgusta por las cosas que se le dicen	Comparte poco con los compañeros	Escasa participación en las actividades académicas, realiza sus tareas cuidando de no ensuciar su ropa	En sus actividades académicas y lúdicas se muestra cuidadoso, en casa un poco indisciplinado
57	Tiene escasa fluidez verbal	Permanece en silencio, aislado, muy tranquilo.	Si responde al llamado, se acerca muy lentamente	No participa voluntariamente en las clases, espera que los demás lo hagan	
58	Presenta pobreza en su lenguaje	Ofende a la abuela, ella le insiste que no hable más de Dios y la virgen	Hoy se encuentra aislado, calmado, pensativo	Su participación es pasiva en clase de artes plásticas, le gusta pintar vitrales	Se comporta de forma desobediente en casa, en las clases es todo lo contrario, se muestra disciplinado
59	sus respuestas muy breves	Estuvo de mal humor con sus abuelos	Tiene falta de emotividad	Realiza parte de las tareas asignadas, pero no las culmina.	Sus habilidades sociales se observan bastante disminuidas
60	Está muy callado, se ríe solo.	No hace obedece a la mamá	Sus ademanes expresivos están disminuidos, no hace uso de sus manos, de su cuerpo para expresarse	Tiene dificultad para mantener conversaciones, no habla fluidamente	Sus pensamientos pierden claridad, impidiendo concentrarse en un solo pensamiento durante un tiempo
61	No inicia una conversación,	Permanece callado,	poco habla, solo cuando se	No participa voluntariamente	Se muestra muy desanimado, con falta de

	espera a que le hablen o le pregunten	muy calmado	le pregunta	en las actividades de clase, se le debe dirigir los trabajos	energía
62	Solo habla si se le pregunta	Fue grosero con los abuelos, no respeto el sueño en la noche	No comparte Es muy tímido, hace preguntas de congregaciones eclesiásticas.	No culmina las tareas asignadas, se acerca y pregunta sobre temas de la creación	Su comunicación verbal y no verbal es pobre, se muestra desmotivado
63	No comenta nada, permanece tranquilo, con su cabeza inclinada	Colabora con los mandados, se demora mucho tiempo	Evita hablar con los demás, con personas que desconoce	Poco interactúa, comparte materiales de trabajo con sus compañeros	Prefiere estar solo, se siente cómodo sentado con las manos en los bolsillos
64	Su expresión facial es disminuida, poco se alegra	Se disgusta porque le piden que no haga comentarios de Dios y la virgen	Presenta quietud corporal	Participa pasivamente en clase de danzas, le gusta bailar con las niñas, hablamos en privado con la finalidad de desvirtuar las ideas sobrenaturales que tiene	Habla con frecuencia de temas religiosos, se considera un ser sobrenatural, progresivamente se apoya para que desvirtúe esas creencias; orientándolo hacia la realidad
65	Tiene dificultad para mantener conversaciones, casi no sonrío	Es amoroso con su mamá, le insiste a su abuela que le diga si él es un emisario de Dios	Tiene falta de emotividad, evita estar en grupos grandes	Realizamos taller educativo para informarle y apoyarle con la confusión de sus pensamientos, orientándolo hacia la realidad	Se muestra muy confundido, se orienta para que comprenda progresivamente sus pensamientos e ideas de manera realista
66	Sus respuestas son muy breves, su tono y volumen de voz es bajo	Permanece callado aislado, calmado	Esta distante, no tiene iniciativa para desarrollar actividades	Su movimiento corporal es lento, se anima para que mejore su postura corporal, para que no permanezca con la cabeza inclinada	Se muestra muy desanimado, con falta de energía, sus habilidades sociales se observan bastante disminuidas
67	Está muy callado	Se peleó	Es afectuoso	Su participación	Se muestra irritable

	tono de voz muy bajo entre cortado	con la abuela, no respeto el sueño en la noche	con los más cercanos	es pasiva en clase de títeres, tiene un papel se soldadito, habla en voz baja cuando le corresponde su turno	cuando se le pide que cumpla con las normas del hogar, en sus clases es compañerista
68	Sus ademanes expresivos están disminuidos	No colabora se disgusta, no organiza su cuarto	Comparte muy poco con los compañeros	Sus movimientos espontáneos son disminuidos	Sus habilidades sociales se observan bastante disminuidas
69	Su expresión facial esta disminuida	No obedece a los abuelos	Es respetuoso y amable	Poco participa en clase, observa los comportamientos de sus compañeros, se burla de sus caídas	Su comunicación verbal y no verbal es pobre, se muestra desmotivado
70	Tiene dificultad para expresar emociones	Permanece callado aislado	Tiene falta de emotividad	Se realiza taller de Psicoeducación familiar ayudando a que la familia logré estructurar la poca información que tiene sobre la enfermedad, aclarando dudas, cambiando falsas creencias.	Se educa sobre la patología para promover el mutuo apoyo y manejo de los riesgos, para disminuir la de actitud crítica, la sobreprotección o exclusión familiar y Promover el desarrollo de habilidades de comunicación
71	Su tono y volumen de voz es bajo	Es poco colaborador	Evita hablar con otras personas	Se sensibiliza al paciente y a su núcleo familiar por medio de la Psicoeducación familiar sobre manejo de la enfermedad y la comprensión empática de la misma	Se busca mayor autonomía del paciente y mejores relaciones interpersonales para disminuir la vulnerabilidad del paciente
72	Únicamente habla si se le pregunta	No atiende a los llamados de atención	Poco sonrío e interactúa, expresa que	Tiene lentitud en los movimientos, no participa	Es muy distraído y contesta tímidamente

			quiere tener amigos y amigas	voluntariamente en las actividades lúdicas, se le debe motivar	
73	Tiene pobreza en el lenguaje, su tono de voz es muy bajo	Se disgusta por las cosas que se le dicen, no obedece	Sus ademanes expresivos son escasos, no hace gestos	Realiza las tareas asignadas, se ríe de los chistes de sus compañeros	Se refuerza un poco en el Enriquecimiento del lenguaje pero su tono y timbre de voz aún continúan bajos.
74	Poco conversa	Es amoroso con su mamá	Hoy se encuentra aislado	Se trabaja la estrategia de arte terapia para que desarrolle la actividad cognitiva y motora además que ocupe el tiempo libre evitando así el aumento de delirios y alucinaciones, por medio de las danzas, el canto y la pintura	Permite que no se sienta ansioso, enojado y deprimido, pues todo esto es lo que le puede genera estrés.
75	Tiene escasa fluidez verbal, le da pena equivocarse	Permanece callado aislado	Comparte únicamente con el compañero más cercano	Sus movimientos espontáneos son disminuidos: no hace uso de su cuerpo para expresarse, se realizan actividades recreativas y deportivas: jugar fútbol	Se siente cómodo sentado con las manos en los bolsillos, se motiva para que realice diariamente actividad física ya que se encuentra obeso
76				No asistió	No asistió
77	Sus respuestas son muy breves	Fue agresivo, de mal humor con la mamá	Permanece con la cabeza inclinada	La motricidad fina esta disminuida	Sus habilidades sociales se observan bastante disminuidas
78	Presenta pobreza en su lenguaje	Es poco colaborador, lava	Responde al llamado, evita estar en grupos	Tiene disminución marcada de	Se comporta de forma desobediente en casa, en las clases es todo lo

		únicamente su plato	grandes	interés por las actividades, tanto lúdicas como académicas	contario, se muestra disciplinado
79	Sus preguntas son sencillas y muy breves	No obedece a su mamá, se disgusta porque no camina rápido	No saluda, es callado	No hizo la tarea, comparte materiales de trabajo con sus compañeros	En sus actividades académicas y lúdicas se muestra cuidadoso, en casa un poco indisciplinado
80	Está muy callado, comprende adecuadamente lo que se le dice	No colabora se disgusta cuando se le pregunta que hará	Su saludo es sin ánimo, sin expresión facial	Poco participa en clase, se muestra pensativo, aislado, se ríe solo.	Se muestra muy desanimado, con falta de energía
81	Su volumen y tono de voz es muy bajo	No obedece a los abuelos, no respeto el sueño en la noche	Evita hablar con los demás,	Se continua con la estrategia de arte terapia para que desarrolle la actividad cognitiva y motora además que ocupe el tiempo libre evitando así el aumento de delirios y alucinaciones, por medio de las danzas, el canto y la pintura	Permite que no se sienta ansioso, enojado y deprimido, pues todo esto es lo que le puede generar estrés.
82	No comenta nada, tono de voz muy bajo entre cortado	Permanece callado aislado, no quiere que lo molesten	Tiene falta de emotividad, hace preguntas de la creación	Su participación es pasiva en clase de artes plásticas, busca la oportunidad para hablar en privado hace preguntas de su enfermedad	Sus pensamientos pierden claridad, impidiendo concentrarse en un solo pensamiento durante un tiempo
83	Tiene escasa fluidez verbal	Se disgusta por las cosas que se le dicen o por las preguntas que le hacen	Comparte poco con los compañeros	Poco participa voluntariamente en las actividades de clase, espera que le asignen su puesto	Su comunicación verbal y no verbal es pobre, se muestra desmotivado

84				No asistió	No asistió
85	Únicamente habla si se le pregunta	Es poco colaborador	Es respetuoso y amable	Se continua con la estrategia de arte terapia para que desarrolle la actividad cognitiva y motora además que ocupe el tiempo libre evitando así el aumento de delirios y alucinaciones, por medio de las danzas, el canto y la pintura	Permite que no se sienta ansioso, enojado y deprimido, pues todo esto es lo que le puede generar estrés
86	Sus ademanes expresivos son escasos	Permanece callado aislado	No comparte, es tímido	Realiza las tareas asignadas, es cuidadoso con los materiales de manualidades: telar, lana, tijeras	Prefiere estar solo, se siente cómodo sentado con las manos en los bolsillos
87	Poco conversa, se muestra muy sereno	Fue grosero con sus abuelita por que le dio los medicamentos	No habla con nadie extraño, evita estar en grupos grandes	No cumplió las actividades, comparte materiales de trabajo con sus compañeros	Se muestra irritable cuando se le pide que tome sus medicamentos, en sus clases es compañerista
88	Tiene dificultad para expresar emociones	Se levanta muy tarde, sale a caminar sin decir nada.	Sus ademanes expresivos son escasos, no hace gestos	Se continua con la estrategia de arte terapia para que desarrolle la actividad cognitiva y motora además que ocupe el tiempo libre evitando así el aumento de delirios y alucinaciones, por medio de las danzas, el canto y	Permite que no se sienta ansioso, enojado y deprimido, pues todo esto es lo que le puede generar estrés

				la pintura	
89	No comenta nada, prefiere que le pregunten	Es poco colaborador, no organiza su ropa	Evita hablar con otras personas	Participa pasivamente en clase de danzas, no elije su pareja de baile, la instructora se la asigna.	Sus habilidades sociales se observan bastante disminuidas
90	Tiene escasa fluidez verbal	Es amoroso con su mamá, hablan.	Presenta quietud corporal	Tiene problemas de expresión y comunicación.	Prefiere estar solo, se siente cómodo sentado con las manos en los bolsillos
91	Únicamente habla si se le pregunta	Se peleó con la abuela, no respeto el sueño en la noche	No tiene iniciativa, esta distante, pensativo	Se inicia el proceso de entrenamiento en habilidades sociales, se le explica para que sirva, porque se hace y como se va a desarrollar, acepta y se muestra alegre	Se promueve el dialogo abierto e individual para que pueda expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones.
92	Presenta pobreza en su lenguaje	No colabora se va a su cuarto y se queda allí por mucho tiempo	Pocas veces sonríe, evita estar en grupos grandes	Se inicia la primera sesión con la estrategia: Escucha. Los pasos que seguimos fueron: mírame a la cara cuando te hablo, mírame a los ojos, (se muestra tímido), siéntate, atiende a lo que te digo, espera tu turno para hablar.	Las expresiones verbal y no verbales se aprenden a través de la observación de modelos y de la ejercitación
93	Su tono de voz es bajo, comprende adecuadamente lo que se le dice	Le gusta asustar su abuela	Permanece con la cabeza inclinada	Se realizó encuentros con personas nuevas, se le presento compañeros, se le instruyo para que mirara a la cara y respondiera al saludo, para que	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual y grupal

				le diera el nombre y esperara a que los compañeros le dieran su nombre. (se mostró temeroso)	
94	Saluda, está muy callado	Es poco colaborador	No habla con nadie extraño	La sesión se inicia con el saludo, se insiste en que mire a la cara y responda al saludo, le pedimos que cuente algo de sí mismo, nos cuenta que salió a comer la noche anterior con su familia	Se motiva a desarrollar las estrategias todos los días y en los diferentes contextos sociales: hogar, barrio, universidad, calle
95	Su expresión facial es disminuida, maneja progresivamente el contacto visual	Le gusta que le respondan sus preguntas sobre la creación	Interactúa adecuadamente con sus compañeros	Saluda en voz baja, con escaso contacto visual, se le pide que mire y responda al saludo de la señora de la cafetería, que le hable en voz alta y le pida las onces. (obedece y realiza lo sugerido, se muestra tímido)	Se muestra obediente, se sonroja un poco, sigue adecuadamente las instrucciones que se le plantean, atiende a las sugerencias
96	Tiene dificultad para mantener conversaciones, poco sonrío	En ocasiones no escucha a sus abuelos, los evita	Se relaciona con dificultad con las nuevas personas que conoce	Se trabaja la estrategia: Comenzar una conversación. Se le pide que elija un tema (elige Adán y Eva), es un tema de interés para él, por favor decide como iniciar, habla de manera amistosa, continua con el	Se promueven habilidades conversacionales y cambios en los patrones de comunicación con el paciente y su núcleo familiar

				tema, ahora escuchemos lo que piensan los demás, realiza preguntas. (Sigue los pasos se muestra muy inseguro).	
97	Saluda y responde en tono bajo	En ocasiones atiende a los llamados de atención	Expresa que quiere tener amigos	Se insiste en que mire a la cara y responda al saludo, de todas sus profesoras y compañeros de clase, obedece y se ubica en sus puesto	Progresivamente adquiere habilidades sociales y comunicativas que le permiten sentirse más seguro
98	Poco conversa, se ríe solo, maneja progresivamente el contacto visual	Permanece en su cuarto, mirando televisión	Comparte muy poco con los compañeros	Se realiza encuentros con personas nuevas, se observa que no las mira a la cara, evita el contacto ocular.	Sus habilidades sociales se observan bastante disminuidas
99	Sus ademanes expresivos son escasos: no utiliza gestos para expresarse	Estuvo de mal genio, no quiere organizar su ropa	Interactúa progresivamente con los demás	Se trabaja la estrategia: finalizar una conversación. Hablamos de las relaciones familiares, se le pide que decida cuando terminar la conversación, que elija que va a decir en un tono amistoso. (acepta y hace el ejercicio pero se siente temeroso)	Se configura pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores y aceptar críticas negativas y positivas
100	Tiene escasa fluidez verbal, expresa a los demás que escucha con	Poco obedece a la mamá.	Desea tener amigos cercanos	Saluda, no mira a la cara, le preguntamos por sus actividades en casa, dice que no	Adquiere gradualmente habilidades sociales y comunicativas que le permiten sentirse más seguro

	comunicación verbal y no verbal progresiva			hace muchas cosas, le pedimos que sigamos conversando y que decida cuando quiere y porque finalizar nuestra conversación	
101	Está muy callado, maneja los niveles básicos de conversación	Es poco colaborador, en ocasiones esta de mal humor	Comparte con sus compañeros, es tímido	Se insiste en que mire a la cara y responda al saludo, lo animamos para que hablemos en grupo y para que espere su turno para hablar (se muestra muy callado y calmado)	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual y grupal
102	Maneja progresivamente el contacto visual	Es cariñoso con su mamá	Es respetuoso y amable	Nos acercamos para saludarle, nos mira a la cara, nos pregunta que actividades haremos, escucha y se sienta en su puesto, participa pasivamente en las actividades académicas	Su comunicación verbal y no verbal gradualmente progresa, se muestra algo motivado
103				No asistió	No asistió
104	Establece contacto con los demás que le permite transferir información	Permanece en casa muy calmado	Expresa que quiere tener amigos	Realizamos el ejercicio fuera de la universidad, asistimos a un lugar público: la biblioteca para observar su manera de saludar y pedir los libros (es tranquilo, saluda en tono bajo, en compañía	Progresivamente adquiere habilidades sociales y comunicativas que le permiten desenvolverse de mejor manera con los demás

				de sus amigos pide los libros, poco habla)	
105	Poco conversa, le agrada escuchar los chistes que hacen sus compañeros	Sale con su mamá a caminar, se disgusta porque no camina rápido.	Interactúa adecuadamente con sus compañeros	Saluda con poco ánimo, tiene disminución marcada de interés por las manualidades, el telar poco le gusta	Se muestra un poco más motivado, le gusta observar los comportamientos de sus compañeros de clase
106	Se muestra amable, maneja progresivamente la comunicación no verbal: sus gestos	Atiende a los llamados de atención	Se relaciona con dificultad con las nuevas personas que conoce	Se le insiste en que salude a todos, que mire a la cara, trabajamos las estrategias de iniciar y finalizar conversaciones, le pedimos que las refuerce en casa	Se promueven habilidades conversacionales y cambios en los patrones de comunicación con el paciente y su núcleo familiar
107	Utiliza progresivamente sus brazos para comunicarse con sus compañeros	Colabora con los mandados, se demora mucho tiempo.	Es afectuoso con sus compañeros y profesoras	Saluda, mira a la cara, se muestra tranquilo, es escasa su participación en las actividades académicas	Las expresiones verbal y no verbales se aprenden a través de la observación de modelos y de la ejercitación
108	Contesta cuando se le pregunta, de manera concreta, utiliza un tono de voz bajo	Poco colabora, no organiza su cuarto	Saluda, mira a la cara, se muestra muy tranquilo	Trabajamos la estrategia autorrefuerzo: le preguntamos si se merece un premio por su avance, le pedimos que haga una lista con las distintas formas en se puede premiar, que seleccione la mejor forma y que se premie lo antes posible (se muestra contento)	Se refuerzan socialmente las conductas adecuadas
109	Maneja los niveles básicos de conversación,	Sale sin decir a donde va	Sus ademanes expresivos: manos, brazos	Trabajamos la segunda sesión: hacer preguntas	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual

	mejora su tono y volumen de voz		y gestos los utiliza progresivamente	adecuadamente, le pedimos que decida que va a preguntar, a quien le va a preguntar, planifica cómo preguntar de manera adecuada, (obedece y sigue los pasos, elije a una compañera para realizar el ejercicio, se muestra tímido)	y grupal
110	Poco conversa, Comprende adecuadamente lo que se le dice	Sale con su mamá a caminar, se disgusta porque no camina rápido.	Interactúa adecuadamente con sus compañeros	Se continúa con la estrategia, se le pide que elija el momento adecuado para que realice preguntas, que consiga la atención de la profesora, que le diga lo que necesita de manera amistosa y que se muestre agradecido. (Se acerca a la profesora y le pregunta, no lo hace cuando esta todo el grupo). Realiza las tareas asignadas	Su comunicación verbal y no verbal gradualmente progresa, se muestra interesado
111	Se muestra amable no comenta nada, elige el lugar y el momento adecuado para conversar	Atiende a su mamá, la consiente	Es afectuoso con los más cercanos	Hace preguntas muy cortas (¿qué profesor dictara la clase?), se sienta y no habla, presenta lentitud en sus movimientos.	Progresivamente adquiere habilidades sociales y comunicativas que le permiten desenvolverse de mejor manera con los demás
112	Tiene escasa fluidez verbal,	Se disgusta porque le	Interactúa progresivamente	Se trabaja la estrategia: hacer	Se motiva a desarrollar las estrategias todos los

	maneja progresivamente la comunicación no verbal: sus gestos	piden que no hable de cosas de la creación	te con los demás	favores adecuadamente, se le pide que por favor lleve una razón a la unidad. (hace el ejercicio adecuadamente)	días y en los diferentes contextos sociales: hogar, barrio, universidad, calle
113	Está calmado, conversa un poco con sus compañeros	Sale sin decir a donde va	Habla poco, cuando se le pregunta algo	Se trabaja la estrategia: ayuda ante un problema, se le pide que decida a quien pedirle ayuda, que ayuda va a pedir, que se acerque a esa persona, le cuenta el problema y le pida ayuda. (eligió a una psicóloga en formación, le dice que le ayude; quiere saber si está enfermo)	Su comunicación verbal y no verbal gradualmente progresa, se muestra interesado
114	Saluda con más ánimo, hace preguntas cortas, elige el lugar y el momento adecuado para conversar	Es poco colaborador, en ocasiones esta de mal humor	Saluda, mira a la cara, se muestra muy tranquilo	Busca ayuda de los compañeros, espera que le ayuden y se aleja un poco. su participación es pasiva en clase de artes plásticas	Se refuerzan socialmente las conductas adecuadas
115	Su saludo es corto, no hace comentarios	Estuvo de mal humor con su abuela, no quiere que le cohíban nada	Saluda, mira a la cara, se muestra muy tranquilo	Se trabaja la estrategia: Seguir instrucciones, se le pide que escuche lo que se está diciendo, que haga todas las preguntas que necesite hasta que entienda claramente, que se repita las instrucciones a sí	Se configura pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores y aceptar críticas constructivas

				mismo y finalmente que complete los pasos en el orden dado. (se realiza el ejercicio exitosamente con una coreografía de baile)	
116	En ocasiones utiliza gestos para expresarse	Sale con su mamá a caminar, se disgusta porque no camina rápido.	Expresa querer tener amigos, intenta acercarse a ellos	En clase de artes se refuerza la estrategia hacer preguntas adecuadamente, el ejercicio es rellenar figuras, se anima para que pregunte. (lo hace en voz baja) Tiene interés por las actividades	Progresivamente adquiere habilidades sociales y comunicativas que le permiten desenvolverse de mejor manera con los demás
117	Maneja progresivamente el contacto visual	Permanece muy calmado en su cuarto	Desea tener amigos muy cercanos	En clase de pintura se refuerza la estrategia pedir favores adecuadamente, a sus compañeros le pide le presten materiales	Se conforma pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores
118	Contesta cuando se le pregunta, de manera concreta, utiliza un volumen de voz bajo.	En ocasiones obedece a su mamá	Saluda, mira a la cara, se muestra muy tranquilo	En clase de danzas se refuerza la estrategia pedir ayuda adecuadamente, solicita la colaboración a sus profesoras para ubicarse en el escenario	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual y grupal
119	Saluda de forma corta, mantiene contacto ocular por un corto tiempo	Le gusta asustar su abuela	Comparte únicamente con el compañero más cercano	Realiza las tareas asignadas Su movimiento corporal es lento. Se continua con la estrategia de arte	Las expresiones verbal y no verbales se aprenden a través de la observación de modelos y de la ejercitación

				terapia para que desarrolle la actividad cognitiva y motora además que ocupe el tiempo libre evitando así el aumento de delirios y alucinaciones, por medio de las danzas, el canto y la pintura	
120	Comprende adecuadamente lo que se le dice	Se disgusta porque le piden que no hable de cosas de la creación	Interactúa adecuadamente con sus compañeros	Sus movimientos espontáneos son disminuidos, escucha con atención las directrices de sus profesores, sigue las instrucciones.	Se apoya para que aprenda progresivamente a perder el miedo a determinadas situaciones
121	Se comunica progresivamente a través de formas no Verbales: gestos	Sale sin decir a donde va	Expresa que quiere tener muchos amigos	La motricidad fina esta disminuida, las líneas y trazos que realiza son entrecortados, Utiliza un tono de voz bajo	Se refuerzan socialmente las conductas adecuadas, se moldean progresivamente las conductas inapropiadas
122	Su comunicación no verbal se le hace dificultosa	Permanece muy tranquilo	Contesta adecuadamente a las preguntas que se le hacen	Participa pasivamente en clase de danzas, le gusta bailar con las profesoras y con algunas compañeras, presenta lentitud en los movimientos, hace su mejor esfuerzo para no equivocarse	Mejora progresivamente la relación interpersonal con otras personas
123	Maneja progresivamente	No atiende a los llamados	Comparte poco con los	Saluda, mira a la cara con timidez,	Se fomenta progresivamente la

	su tono de voz es bajo, elige el lugar y el momento adecuado para conversar	de atención	compañeros	se acerca para preguntar por lo que se hará en la clase de hoy, se sienta en su puesto, hasta que le ordenen ponerse de pie	capacidad de escuchar y entender a los demás
124	Maneja los niveles básicos de conversación	Sale a caminar con sus abuela, a comprar cosas	Ayuda progresivamente a resolver dificultades	Se inicia la tercera sesión: donde se le motiva a colaborar, acepta y se alegra	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas
125	Expresa a los demás que le escucha con comunicación verbal y no verbal progresiva	Obedece a sus abuelos	Sonríe e interactúa progresivamente	Saluda y se sienta, le pedimos que nos colabore con la organización del aula, coge las sillas y las coloca en orden. Luego se ubica en su puesto	Cuenta con la capacidad de colaborar con los demás para lograr un objetivo común
126	Le agrada escuchar los chistes que hacen sus compañeros	Sale con su mamá a caminar, se disgusta porque no camina rápido.	Contesta cuando se le pregunta	Le pedimos que elija algunos de sus compañeros para que junto a ellos colaboren con traer los materiales de trabajo al aula, obedece se muestra muy confiado y tranquilo	Se configura pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores y aceptar críticas
127	Maneja progresivamente la comunicación no verbal: sus gestos faciales, la postura corporal	Permanece tranquilo en su cuarto	Interactúa progresivamente con los demás	Se insiste en que mire a la cara y responda al saludo, se motiva para que ofrezca su colaboración de forma honesta. (decide colaborar	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual y grupal

				en la organización del escenario para la obra de títeres)	
128	Expresa a los demás que le escucha con comunicación verbal y no verbal progresiva	No atiende a los llamados de atención	Sus ademanes expresivos: manos, brazos y gestos los utiliza progresivamente	Se refuerzan las estrategias de colaboración en la clase de manualidades	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente
129	Utiliza progresivamente sus brazos, su postura y la distancia corporal para comunicar algo	Se disgusta por las cosas que se le dicen	Desea tener amigos muy cercanos	Se continua con la estrategia de arte terapia para que desarrolle la actividad cognitiva y motora además que ocupe el tiempo libre evitando así el aumento de delirios y alucinaciones, por medio de las danzas, el canto y la pintura	Progresivamente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal
130	Se comunica a través de formas no Verbales: expresión facial	Se disgusta porque le piden que no hable de cosas de la creación	Es afectuoso con los más cercanos	Se trabaja la estrategia: interpretar el lenguaje del cuerpo, le pedimos que nos mire a la cara y nos observe, detallando las características faciales. (lo hace, le da risa)	Se conforma pequeños grupos para jugar, hacer imitaciones realizar tareas cooperativas, pedir favores
131	Establece contacto con los demás que le permite transferir información	En ocasiones esta de mal humor	Responde al llamado, es atento	Continuamos observando la posición corporal de los demás compañeros, identificando los sentimientos, le pedimos que nos	Progresivamente mejora la capacidad de establecer lazos afectivos con otras personas

				diga que cree que está sintiendo en ese momento. (no está seguro, nos pide que le ayudemos, le gusto el ejercicio)	
132	Expresa a los demás que le escucha con comunicación verbal y no verbal progresiva	Es poco colaborador	Contesta adecuadamente a las preguntas que se le hacen	Realizamos ejercicios de imitación para reforzar la estrategia del lenguaje del cuerpo, participo pasivamente le dio mucha risa	Las expresiones verbal y no verbales se aprenden a través de la observación de modelos y de la ejercitación
133	Contesta cuando se le pregunta, de manera concreta, utiliza un tono de voz bajo	Colabora con los mandados, se demora mucho tiempo.	No habla, solo cuando se le pregunta	No participa voluntariamente en las actividades, cuando se le motiva las realiza adecuadamente	Se refuerzan socialmente las conductas adecuadas, se moldean progresivamente las conductas inapropiadas
134	Saluda de forma corta, mantiene contacto ocular por un corto tiempo	Le gusta entrar al cuarto de su mamá para que lo consienta	Presenta quietud corporal	Realiza las tareas asignadas, Se organiza un juego lotería, se revisan las reglas, se invita a que realice preguntas, comprende las reglas del juego y espera su turno	Se configura pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores y aceptar críticas
135	Elige el lugar y el momento adecuado para conversar	Algunas veces obedece a los abuelos	Comparte con los demás, se muestra un poco tímido	Se hace un juego de imitación, su movimiento corporal es lento, le pedimos que elija quien empiece, a quien le corresponde en segundo lugar y cuando el juego finalice diga algo positivo del mismo. (Dice reímos mucho).	Las expresiones verbal y no verbales se aprenden a través de la observación de modelos y de la ejercitación

136	No interrumpe al que está hablando	Colabora con los mandados, se demora mucho tiempo.	Esta distante, interactúa progresivamente con los demás	Saluda a todos, no termina las tareas asignadas. Se continua con la estrategia de arte terapia para que desarrolle la actividad cognitiva y motora además que ocupe el tiempo libre evitando así el aumento de delirios y alucinaciones, por medio de las danzas, el canto y la pintura	Cuenta con la capacidad de colaborar con los demás para lograr un objetivo común
137	Se comunica a través de formas no Verbales	Estuvo de mal genio	Responde al llamado, es atento	No hizo la tarea en casa, Hicimos una tarea grupal, trabajo con calma, apporto sus conocimientos.	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente
138	Expresa a los demás que le escucha con comunicación verbal y no verbal progresiva	Le gusta entrar al cuarto de su mamá para que lo consienta	Coopera para resolver problemas	Su participación es pasiva en clase de títeres, se ubica detrás del telón, dice el parlamento que le corresponde pero en voz muy baja.	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas
139	Formula preguntas de manera clara	En ocasiones esta de mal humor	Interactúa adecuadamente con sus compañeros	Se realizó entrenamiento en el telar para hacer bufandas	Se fomenta progresivamente la capacidad de escuchar y entender a los demás
140	Maneja progresivamente la comunicación no verbal: sus gestos faciales	Se levanta muy tarde, sale a caminar sin decir nada	Es afectuoso con sus compañeros y profesoras	Se insiste en que mire a la cara y responda al saludo, sus movimientos espontáneos son disminuidos	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual y grupal
141	Elige la persona,	Le gusta	Ayuda	Participa	Progresivamente

	el lugar y el momento adecuado para conversar	entrar al cuarto de su mamá para que lo consienta	progresivamente a resolver dificultades	pasivamente en clase de danzas, le gusta la música	interpreta conflictos y formula alternativas de solución
142	Maneja los niveles básicos de conversación	Se disgusta por las cosas que se le dicen	Presenta ánimo para conversar	Es escasa su participación en las actividades de clase, le gusta el descanso	Se refuerzan socialmente las conductas adecuadas
143	Espera su turno para expresar su opinión, es breve	Sale con su mamá a caminar, se disgusta porque no camina rápido.	Responde al llamado	Parece no escuchar las ordenes, estar distraído, pero desarrolla lo solicitado, culmina las tareas asignadas	Progresivamente aprende a desenvolverse solo, sin la ayuda de las figuras de los adultos
144	Formula preguntas de manera clara y breve	No colabora se disgusta, se levanta muy tarde	Ayuda progresivamente a resolver dificultades	Es escasa su participación en las actividades lúdicas, se fatiga a menudo, prefiere estar sentado.	Se refuerzan socialmente las conductas adecuadas, se moldean progresivamente las inapropiadas
145	No interrumpe cuando se está hablando	Le gusta asustar a su abuela	Coopera progresivamente a resolver dificultades	Se realizó entrenamiento en el telar para hacer bufandas, su motricidad fina esta disminuida	Se apoya para que aprenda progresivamente a perder el miedo a determinadas situaciones
146	Se ríe solo, sin razón aparente	Permanece tranquilo en casa		Tiene disminución marcada de interés por hacer tareas en casa	Progresivamente aprende a desenvolverse solo, sin la ayuda de las figuras de los adultos
147	Atiende a las instrucciones impartidas por sus profesoras y compañeros de clase	Se disgusta porque le piden que no hable de cosas de la creación	Es respetuoso y amable	Su participación es pasiva en clase de artes plásticas, habla únicamente con sus compañeros más cercanos	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente
148	Establece contacto con los demás que le	Atiende a los llamados de atención	Desea tener amigos cercanos	Tiene problemas de expresión, permanece	Consigue progresivamente destrezas para

	permite transferir información			callado, trabaja en el telar.	comunicarse asertivamente
149	Utiliza progresivamente sus brazos, su postura y la distancia corporal para comunicar algo	Colabora muy poco, se levanta muy tarde	Responde al llamado, es atento	Se inicia con el trabajo de la cuarta sesión: se le pide que sugiera una actividad que desee hacer. (Propone pintar vitrales). Se le pregunta ¿con quién quieres hacerla?, ¿con quienes puedes hacerla?, se le pide que decida que le va a decir, cuando y como se lo va a decir. (Acepta trabajar con dos de sus compañeros)	Se configura pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores y aceptar críticas Negativas y positivas
150	Formula preguntas de manera clara	Estuvo sereno y colaborador	Contesta adecuadamente a las preguntas que se le hacen	Se refuerza la estrategia sugerir una actividad, se le pide que sugiera una nueva actividad que desee hacer. Se le pregunta ¿con quién quieres hacerla?, ¿con quienes puedes hacerla?, se le pide que decida que le va a decir, cuando y como se lo va a decir.	Adquiere progresivamente habilidades de comunicación verbal y no verbal
151	Tiene la capacidad de comunicar mensajes a otros	Se disgusta por las cosas que se le preguntan	Presenta ánimo para conversar	Se inicia la estrategia: trabajar cooperativamente, se anima para que decida que quiere	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual y grupal

				hacer, como quiere trabajar. Se queda un tiempo en silencio, luego dice armar un rompecabezas	
152	Escucha atento a los demás y comprende lo que dicen	Se peleó con la abuela, no respeto el sueño en la noche	Comparte poco con los compañeros	Saluda, mira a la cara, se sienta, obedece las órdenes: Antes de armar el rompecabezas, se le pide que nos diga cómo quiere jugar, que escuche atentamente las opiniones de sus compañeros, que observe el lenguaje corporal y que actué con consideración.	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas
153	Utiliza progresivamente sus brazos, su postura y la distancia corporal para comunicar algo	Sale con su mamá a caminar, se disgusta porque no camina rápido.	Es tímido, se relaciona con los demás	No hizo la tarea en casa, trabajamos la estrategia: Ofrecer ayuda, Se le pide que piense si alguien necesita ayuda, si alguien quiere ayuda, piensa en lo que puedes hacer. (Dice que su abuelita, necesita de su ayuda en la casa, en las labores).	Progresivamente mejora la capacidad de establecer lazos afectivos con otras personas
154	Le agrada escuchar los chistes que hacen sus compañeros	Permanece tranquilo en su cuarto	Expresa que quiere tener amigos	Se continúa con la estrategia: se le pide que Decida cómo va a decirle que quiere ayudarlo, que elija el mejor momento	Adquiere progresivamente habilidades de comunicación verbal y no verbal

				para prestar ayuda, que le ofrezca ayuda y que en verdad la ayude. (se realiza el ejercicio en casa)	
155				No asistió	No asistió
156	Se comunica a través de formas no Verbales	Obedece a los abuelos, colabora organizando la cocina	Comparte únicamente con el compañero más cercano	Se continua con la estrategia de arte terapia para que desarrolle la actividad cognitiva y motora además que ocupe el tiempo libre evitando así el aumento de delirios y alucinaciones, por medio de las danzas, el canto y la pintura	Cuenta con la capacidad de colaborar con los demás para lograr un objetivo común
157	Es afectuoso, muestra respeto por los comentarios de los demás	Poco colabora con el aseo del hogar	Responde al llamado	Participa pasivamente en clase de danzas, le gusta bailar con sus compañeras	Mejora progresivamente la relación interpersonal con otras personas
158	Su comunicación no verbal se le hace dificultosa	Sale con su mamá a caminar, se disgusta porque no camina rápido.	Contesta adecuadamente a las preguntas que se le hacen	Se motiva para que trabaje cooperativamente, para que decida que quiere hacer, como quiere trabajar. (Se queda en silencio)	Se configura pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores y aceptar críticas
159	Maneja los niveles básicos de conversación	Estuvo de mal genio, no le gusta que le pregunten que va hacer	Coopera para resolver problemas progresivamente	Se insiste en que mire a la cara y responda al saludo, sus movimientos espontáneos son disminuidos, no utiliza gestos para	Gradualmente interpreta conflictos y formula alternativas de solución

					expresarse
160	Saluda de forma corta, mantiene contacto ocular por un corto tiempo	Permanece aislado	Interactúa progresivamente con los demás	Se adelanta trabajos de decoración Se le pregunta ¿con quién quieres trabajar?, ¿con quienes puedes trabajar?, se le pide que decida que le va a decir, cuando y como se lo va a decir. No cumplió con todas las actividades	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas
161	Tiene la capacidad de comunicar mensajes a otros	Habla con su mamá, la consiente	Responde al llamado, es atento	No hizo la tarea que fue asignada para la casa	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente
162	Progresas su fluidez verbal y velocidad del habla	En ocasiones disgusta por las cosas que se le dicen	Interactúa adecuadamente con sus compañeros	Trabajamos en campo abierto, salimos a conversar, le preguntamos sobre qué tema quiere hablar, decide contarnos de su vida, de su infancia. Comimos helado.	Adquiere progresivamente habilidades de comunicación verbal y no verbal
163	Establece nuevas relaciones e interacciones sociales con los compañeros	Se muestra muy sereno, mira televisión	Desea tener amigos cercanos	Tiene disminución marcada de interés por las actividades	Se apoya para que aprenda progresivamente a perder el miedo a determinadas situaciones
164	Establece con otros un contacto que le permite transmitir información	Poco colabora, hace aseo en el cuarto	Sus ademanes expresivos: manos, brazos y gestos los utiliza progresivamente	Trabajamos la quinta sesión, Estrategia: Decir gracias. Le pedimos que piense si alguien ha hecho algo que quiera	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente

				agradecerle, que decida las formas de hacerlo. (Piensa en su mamá, quiere expresarle su agradecimiento, pero dice sentir pena)	
165	Es afectuoso, muestra respeto por los comentarios de los demás	Colabora pero muy poco, tiende su cama.	Comparte con los compañeros	Se continúa con la estrategia, se le pide que elija la mejor forma de dar las gracias, que elija el mejor momento para agradecerse. (Dice que con un abrazo, en su casa)	Progresivamente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal
166	Sus habilidades comunicativas y corporales están progresando	Se muestra muy sereno, mira televisión	Comparte únicamente con el compañero más cercano	Se le orienta para que de las gracias de una forma amistosa y que explique por qué quiere agradecerse.	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual y grupal
167	Escucha con atención a los demás, comprende lo que dicen	En ocasiones esta de mal humor	Es cariñoso con los más cercanos	Se refuerza la estrategia en clase, eligiendo a una compañera para que desarrolle todos los pasos. (Elije a la menor de las compañeras y le da las gracias por su colaboración)	Se configura pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores y aceptar críticas
168	Utiliza progresivamente sus brazos, su postura y la distancia corporal para comunicar algo	Le gusta asustar a su abuela	Responde al llamado, es atento	Su participación es pasiva en clase de títeres, obedece las órdenes del instructor.	Se fomenta progresivamente la capacidad de escuchar y entender a los demás
169	En ocasiones	Fue	Es afectuoso y	Realiza las tareas	Se refuerzan socialmente

	utiliza gestos para expresarse mejora progresivamente su volumen de voz	irrespetuoso , sale sin decir a donde va	respetuoso	asignadas, es calmado, atiende a sus profesoras.	las conductas adecuadas
170	Establece contacto con los demás que le permite transferir información	Es poco colaborador, habla cosas sin sentido	Se muestra alegre e interactúa progresivamente	Su movimiento corporal es lento, participa pasivamente en clase de danzas	Se apoya para que aprenda progresivamente a perder el miedo a determinadas situaciones
171	Responde a lo que se le pregunta	Atiende a los llamados de atención	Responde al llamado	Se trabaja la estrategia: Hacer un cumplido Pasos: Decide qué quieres decir. Decide cómo quieres decirlo. (dice que quiere dar las gracias)	Progresivamente mejora la capacidad de establecer lazos afectivos con otras personas
172	Tiene la capacidad de comunicar mensajes a otros	Es poco colaborador, habla cosas solo, se ríe, cuando se le pregunta no contesta.	Es afectuoso con sus compañeros y profesoras	Se trabaja en elegir el momento de hacerlo. En elegir un lugar para decírselo a la profesora. Se hace el cumplido de una manera amistosa.	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente
173	Maneja los niveles básicos de conversación	Se disgusta porque le piden que no hable de cosas de la creación	En ocasiones coopera para resolver problemas	Se insiste en que mire a la cara y responda al saludo, participa en clase de artes plásticas	Gradualmente interpreta conflictos y saca alternativas de solución al mismo
174	Progresiva su fluidez verbal y velocidad del habla	Sale a caminar solo, se demora	Interactúa adecuadamente con sus compañeros	Se trabaja la Estrategia: Aceptar un cumplido Pasos: Decide si te están dando un cumplido. Responde al cumplido.	Se configura pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores y aceptar críticas

				Di: Gracias		
175	Atiende a las instrucciones impartidas por sus profesoras y compañeros de clase	Evita que lo corrijan	Hoy se encuentra tranquilo, colabora progresivamente	Se trabaja la sexta sesión Estrategia: Pedir disculpas Se le pide que decida si necesita pedir disculpas por algo. (Dice que si, a sus amigos)	Adquiere progresivamente habilidades de comunicación verbal y no verbal	
176	Establece con otros un contacto que le permite transmitir información	Permanece callado aislado	Sonríe e interactúa progresivamente	Se le pide que haga una lista de diversas formas de disculparse y que elija la mejor forma de hacerlo.(escribe que se lo va a decir personalmente, cuando estén a solas)	Se fomenta progresivamente la capacidad de escuchar y entender a los demás	
177	Se comunica a través de formas no Verbales	Sale con su mamá a caminar	Utiliza el contacto ocular progresivamente	Se le pide que elija el mejor momento para hacerlo, el mejor lugar para disculparse y que finalmente se disculpe de forma honrada. (se realiza un ejercicio en clase)	Progresivamente aprende a desenvolverse solo, sin la ayuda de las figuras de los adultos	
178	Escucha con atención a los demás, comprende lo que dicen	No colabora se disgusta	Saluda, mira a la cara con ánimo	Se refuerzan estas estrategias con ejercicios en casa y en el aula de clase	Se apoya para que aprenda progresivamente a perder el miedo a determinadas situaciones	
179	Establece nuevas relaciones e interacciones sociales con los compañeros	Fue grosero con su abuela, porque le pidió que tome los	Se muestra con falta de emotividad	Se trabaja la estrategia: Entender el impacto de mi propia conducta en los otros.	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente	

		medicamentos		Se le pide que piense qué conductas son importantes para él, si controla esas conductas. (responde el respeto, no lo controla a veces)	
180	Escucha con atención a los demás, comprende lo que dicen	Permanece en su cuarto muy sereno	Se entiende con sus compañeros adecuadamente	Se pide que piense lo que los otros pueden sentir, Piensa en lo que los otros podrían decir. (Dice que está mal, que no se debe hacer)	Gradualmente mejora la capacidad de ponerse en el lugar del otro
181	Utiliza progresivamente sus brazos, su postura y la distancia corporal para comunicar algo	Es poco colaborador	Utiliza progresivamente ademanes expresivos	Se realiza un ejercicio de refuerzo de la estrategia poniéndose en su lugar de otros. (se muestra activo, alegre)	Progresivamente mejora la capacidad de ponerse en el lugar del otro y entenderle, además utiliza ademanes expresivos
182	Es afectuoso y respetuoso con los demás, mejora progresivamente su volumen de voz	A veces atiende a los llamados de atención de su abuela	Contesta adecuadamente a las preguntas que se le hacen	Se trabaja la estrategia: Demostrar la habilidad para entender la conducta de los otros Se le pide que escuche lo que las otras personas dicen, Observa, también, qué hacen. (atento sigue las instrucciones)	Progresivamente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal
183	Sus habilidades comunicativas y corporales están progresando	Se disgusta porque le piden que no hable de	Su saludo es corto pero claro	Se continúa con la estrategia: escucha las razones que las	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual y grupal

		cosas de la creación		personas dicen y qué sienten luego elige la mejor razón. (se realiza un trabajo practico fuera del aula)	
184	Su tono de Voz es menos bajo	Permanece callado aislado	Interactúa adecuadamente con sus compañeros	Se trabaja en que decida si necesita decir o hacer algo, por ejemplo, sugerir otra actividad, etc. Se motiva a que siga adelante.	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente
185	Hace uso progresivo de su expresión corporal para comunicarse	Se disgusta por las cosas que se le dicen	Si responde al llamado	Se trabaja en reforzar las estrategias a través del juego de roles, su participación es activa.	Mejora progresivamente la relación interpersonal con otras personas
186	Su comunicación no verbal se le hace dificultosa	Se muestra muy sereno, mira televisión	Es respetuoso y amable	Mejora su capacidad de expresarse, se manifiesta menos tímido, menos retraído	Se refuerzan socialmente las conductas adecuadas
187	Saluda de forma corta, mantiene contacto ocular por un corto tiempo	Estuvo de mal humor con sus mamá	Expresa querer tener amigos, se acerca lentamente a ellos	Tiene mayor grado de espontaneidad, manifiesta sus emociones con facilidad: cariño, tristeza.	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas
188	Conoce sus propios sentimientos, comprender los sentimientos de los demás y puede autorrencompensarse	Es poco colaborador	Responde al llamado, es atento	Cuenta con la capacidad de mantener un cierto grado de independencia en las acciones y tareas	Adquiere progresivamente habilidades de comunicación verbal y no verbal
189	Comparte y pide	Permanece	Comparte muy	Expresa con	Se fomenta

	ayuda a sus compañeros	callado aislado	poco con los compañeros	algunos gestos sus emociones, mantiene el contacto ocular pero por un corto tiempo	progresivamente la capacidad de escuchar y entender a los demás
190	Formula preguntas de manera clara	No obedece a los abuelos	Es afectuoso con los más cercanos	Muestra interés por las actividades lúdicas y académicas	Se apoya para que aprenda progresivamente a perder el miedo a determinadas situaciones
191	Escucha atento a los demás y comprende lo que dicen	Organiza con su abuela el jardín	Saluda, mira a la cara con ánimo	Saluda mirando a la cara, su contacto visual es progresivo. Participa pasivamente en clase de danzas, le gusta la música	Cuenta con la capacidad de colaborar con los demás para lograr un objetivo común
192	Pide permiso, comparte y pide ayuda a sus compañeros	En ocasiones se enoja, no quiere que le pregunten que va hacer	Comparte únicamente con el compañero más cercano	Maneja un tono de voz menos bajo, atiende a las sugerencias de la postura corporal adecuada. Realiza las tareas asignadas	Se conforma pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores
193	Respeto las ideas de los demás	Permanece callado aislado	evita hablar con los demás	Atiende a las órdenes impuestas, es obediente, no sobre pasa los limites, espera su turno, es sereno.	Progresivamente aprende a desenvolverse solo, sin la ayuda de las figuras de los adultos
194	Cuenta con la capacidad de seguir adecuadamente directrices	Se disgusta por las cosas que se le dicen	Se entiende con sus compañeros adecuadamente	Solicita favores adecuadamente, utiliza palabras cordiales, es tranquilo y afectuoso	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente
195	Tiene la capacidad de comunicar mensajes a otros	Se muestra muy sereno, mira televisión	Expresa que quiere tener amigos	Puede diferenciar comportamientos adecuados e inadecuados, de auto conocerse y de entrenar las	Se fomenta progresivamente la capacidad de escuchar, entender y apoyar a los demás

				habilidades sociales que le propusimos.	
196				No asistió	No asistió
197	Le agrada escuchar los chistes que hacen sus compañeros	No colabora	Habla a menudo con sus compañeros y profesoras	Maneja un tono de voz menos bajo, atiende a las sugerencias de la postura corporal adecuada, es muy tranquilo	Adquiere progresivamente habilidades de comunicación verbal y no verbal
198	Atiende a las instrucciones impartidas por sus profesoras y compañeros de clase	Sale con su mamá a caminar	Poco sonríe e interactúa	Su participación es pasiva en clase de títeres, se aprende el parlamento que le corresponde, mejora su autoconfianza para hablar en público	Se refuerzan socialmente las conductas adecuadas
199	Maneja los niveles básicos de conversación, mejora progresivamente su volumen de voz	Le gusta asustar a su abuela	Saluda con ánimo	Mantiene conversaciones cara a cara por un tiempo más prolongado, se muestra menos tímido.	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas
200	Tiene la capacidad de dar respuestas asertivas	Atiende a los llamados de atención	Tiene falta de emotividad	Se trabaja en reforzar las estrategias a través del juego de roles, su participación es activa.	Progresivamente obtiene habilidades de comunicación verbal y no verbal
201	Hace uso progresivo de su expresión corporal para comunicarse	En ocasiones se enoja, no quiere que le pregunten que va hacer	Se muestra animado, desea preguntar cosas a sus compañeros	Tiene lentitud en los movimientos, participa en la clase de danzas, baila con sus profesoras y se alegra	Se fomenta progresivamente la capacidad de escuchar y entender a los demás
202	Establece nuevas relaciones e	Salió a pasear solo,	Comparte poco con los	Trabajamos en campo abierto,	Se apoya para que aprenda a perder el

	interacciones sociales con los compañeros	compro golosinas	compañeros	salimos a caminar, recogimos flores y hojas secas, corrimos, se fatiga con facilidad.	miedo a determinadas situaciones
203	Es afectuoso y respetuoso con los demás	En ocasiones es ofensivo con la abuela	Interactúa adecuadamente con sus compañeros	Utiliza sus manos para expresarse, mueve su cuerpo lentamente	Progresivamente aprende a desenvolverse solo, sin la ayuda de las figuras de los adultos
204	Progresiva su fluidez verbal y velocidad del habla	Se disgusta por las preguntas que le hacen	Sus ademanes expresivos: manos, brazos y gestos los utiliza progresivamente	Su participación es pasiva en clase de artes plásticas, interactúa con los demás, pide favores, solicita materiales de trabajo	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual y grupal
205	Su comunicación no verbal es entendible, hace uso de su cuerpo para expresarse	Permanece en su cuarto escuchando música	Sonríe e interactúa progresivamente	Contesta a las preguntas que le hacen, es capaz de opinar sobre sus propios conocimientos	Gradualmente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal
206	Formula preguntas de manera clara, espera respuestas comprensibles	Es poco colaborador	Ayuda progresivamente a resolver dificultades	Realiza las tareas asignadas, está atento a las actividades que se plantean, trabaja cooperativamente, no es agresivo	Mejora progresivamente la relación interpersonal con otras personas
207	Escucha atento a los demás y comprende lo que dicen	Se levanta muy tarde, sale a caminar sin decir nada	Es afectuoso con sus compañeros y profesoras	Cuenta con la capacidad de mantener un cierto grado de independencia en las acciones y tareas	Gradualmente mejora el autoestima y el auto concepto de sí mismo
208	Establece con otros un contacto que le permite transmitir información	En ocasiones se enoja, no quiere que le pregunten que va hacer	Se entiende con sus compañeros adecuadamente	Tiene la capacidad de comunicar sus necesidades y sus opiniones, busca la oportunidad de	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas

				conversar en privado acerca de su enfermedad	
209	Se comunica a través de formas no Verbales, mejora progresivamente su volumen de voz	Sale con su mamá a caminar, se disgusta porque no camina rápido	Sonríe e interactúa progresivamente	Mejora la espontaneidad de su comportamiento se muestra menos temeroso y ansioso.	Adquiere progresivamente habilidades de comunicación verbal y no verbal
210	Tiene la capacidad de comunicar mensajes a otros	Se disgusta porque le piden que no hable de cosas de la creación	Es respetuoso y colaborador con sus profesoras	Su movimiento corporal es lento, gradualmente mejora su postura corporal, algunas veces se sonroja	Se refuerzan socialmente las conductas adecuadas
211	Respeto las ideas de los demás	Le gusta asustar su abuela	Responde al llamado	Cuenta con la capacidad de mantener cierto grado de autonomía en las labores y actividades	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente
212	Pide permiso, comparte y pide ayuda a sus compañeros	Permanece muy calmado	Habla a menudo con sus compañeros y profesoras	Inicia una conversación, pide que por favor lo escuchen, se muestra interesado en el tema, hace preguntas, cuando no entiende las respuestas pide que le expliquen	Se fomenta progresivamente la capacidad de escuchar y entender a los demás
213	Cuenta con la capacidad de seguir adecuadamente directrices	Es colaborador , lava la losa	Es respetuoso y colaborador con sus profesoras	Se trabaja en reforzar las estrategias a través del juego de roles, su participación es activa.	Se conforma pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, pedir favores
214	Escucha con atención a los demás, comprende lo que	Obedece a los abuelos	Es un poco tímido, habla brevemente	Su participación en las actividades académicas es propicia, mejora	Progresivamente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal

	dicen			su autoconfianza para hablar en público	
215	Hace uso progresivo de su expresión corporal para comunicarse	Se peleó con la abuela, no respeto el sueño en la noche	Comparte poco con los compañeros	Pide favores, solicita materiales de trabajo, le gusta el trabajo en equipo, puede darse cuenta de los aspectos positivos de la realidad que lo rodea	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas
216	Establece con otros un contacto que le permite transmitir información	Colabora muy poco	Sonríe e interactúa progresivamente	Expresa con algunos gestos sus emociones, mantiene el contacto ocular por un tiempo más prolongado	Se apoya para que aprenda a perder el miedo a determinadas situaciones
217	Atiende a las instrucciones impartidas por sus profesoras y compañeros de clase	Atiende a los llamados de atención, horarios de los medicamentos	Responde al llamado, es atento	Cumple con las actividades académicas, se continua con la estrategia de arte terapia para que desarrolle la actividad cognitiva y motora además que ocupe el tiempo libre evitando así el aumento de delirios y alucinaciones, por medio de las danzas, el canto y la pintura	Se refuerzan socialmente las conductas adecuadas, se moldean las conductas inapropiadas
218	Maneja adecuadamente los niveles básicos de conversación	Permanece muy tranquilo	Sonríe e interactúa progresivamente	Ofrece disculpas por sus errores, da las gracias continuamente, desarrolla sus tareas en casa con ayuda de sus	Gradualmente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal

familiares					
119	Hace uso progresivo de su expresión corporal para comunicarse	Estuvo de mal genio	Sus ademanes expresivos: manos, brazos y gestos los utiliza progresivamente	Expresa sus opiniones, sus preguntas y respuestas son cortas pero claras	Adquiere progresivamente habilidades de comunicación verbal y no verbal
220	Establece contacto con los demás que le permite transferir información	Es poco colaborador	Se relaciona adecuadamente con los demás	Atiende a las órdenes impuestas, es obediente, no sobre pasa los límites, espera su turno, es sereno.	Se configuran habilidades conversacionales a nivel individual y grupal
221	Sus habilidades comunicativas y corporales han ido progresando, mejora su volumen y tono de voz	Permanece callado, sereno	Su saludo es corto pero claro	Se continua con la estrategia de arte terapia para que desarrolle la actividad cognitiva y motora además que ocupe el tiempo libre evitando así el aumento de delirios y alucinaciones, por medio de las danzas, el canto y la pintura	Progresivamente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal
222	Progresas su fluidez verbal y velocidad del habla	Sale a comprar las cosas del almuerzo con sus abuela	Es afectuoso con los más cercanos	Su contacto ocular ha sido progresivo, las continuas conversaciones y las estrategias utilizadas le permiten estar más seguro	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas
223	Maneja adecuadamente los niveles básicos de conversación	Obedece a sus abuelos	Coopera progresivamente a sus compañeros	Se siente cómodo al conversar con las psicólogas en formación le gusta que lo puedan escuchar	Progresivamente mejora el autoestima y el auto concepto de sí mismo

				y sentirse escuchado	
224	Es afectuoso y respetuoso con los demás	Es colaborador, limpia su cuarto	Se entiende con sus compañeros adecuadamente	Sus procesos de comunicación son eficaces tiene la capacidad para enviar y recibir mensajes tanto verbales como no verbales	Adquiere progresivamente habilidades de comunicación verbal y no verbal
225	Tiene la capacidad de comunicar mensajes a otros	En ocasiones ofende a la abuela	Se relaciona afectuosamente con los demás	Le interesan los juegos a través de los que se puedan expresar o manifestar lo que le agrada y desagrada	Gradualmente mejora la capacidad de ponerse en el lugar del otro y entenderle
226	Respeto las ideas de los demás	Colabora lavando la losa	Es respetuoso	Realiza las tareas asignadas, le gusta el trabajo en equipo, colabora a sus profesoras, en ocasiones por iniciativa propia en otras por solicitud.	Mejora progresivamente la relación interpersonal con otras personas
227	Su comunicación no verbal es entendible, hace uso de su cuerpo para expresarse	Permanece en la casa escuchando música	Tiene falta de emotividad	Mantiene conversaciones cara a cara por un tiempo más prolongado, se muestra menos tímido.	Gradualmente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal
228				No asistió	No asistió
229	Conoce sus propios sentimientos, comprender los sentimientos de los demás y puede autorrecompensarse	Respeto a sus abuelos	Se relaciona adecuadamente con los demás	Está atento a las actividades que se plantean, trabaja cooperativamente, no es agresivo	Consigue progresivamente destrezas para comunicarse asertivamente
230	Escucha atento a	Atiende a	Si responde al	Su expresión	Tiene la capacidad de dar

	los demás y comprende lo que dicen	los llamados de atención	llamado, es atento	verbal es más fluida, algunas veces se sonroja	respuestas asertivas
231	Responde a lo que se le pregunta en forma muy corta	Se disgustó por que le piden que tome sus medicamentos	Es afectuoso con sus compañeros y profesoras	Su movimiento corporal es lento, gradualmente mejora su postura corporal.	Gradualmente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal
232	Pide permiso, comparte y pide ayuda a sus compañeros	Permanece en su cuarto, tranquilo	Expresa que quiere tener amigos	Tiene la capacidad de comunicar sus necesidades y sus opiniones, busca la oportunidad de conversar en privado	Se generan habilidades conversacionales a nivel individual y grupal
233	Se comunica a través de formas no Verbales	Le gusta consentir a su mamá	Sus ademanes expresivos: manos, brazos y gestos los utiliza progresivamente	Cuenta con la capacidad de mantener un cierto grado de independencia en las acciones y tareas	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas.
234	Cuenta con la capacidad de seguir adecuadamente directrices	colabora poco se disgusta	Es respetuoso y amable	Solicita favores adecuadamente, utiliza palabras cordiales, es tranquilo y afectuoso	Progresivamente mejora la capacidad de establecer lazos afectivos con otras personas
235	Su tono de voz es bajo, ha ido progresando	Permanece en casa muy tranquilo, colabora con el aseo	Hoy se encuentra muy sereno, habla poco	Contesta a las preguntas que le hacen, es capaz de opinar sobre sus propios conocimientos	Cuenta con la capacidad de colaborar con los demás para lograr un objetivo común
236	Es afectuoso y respetuoso con los demás, mejora progresivamente su tono y volumen de voz	Se levanta muy tarde, sale a caminar sin decir nada	Comparte progresivamente con los compañeros	Inicia una conversación, pide que por favor lo escuchen, se muestra interesado en el tema, hace preguntas sobre el mismo, cuando no entiende las	Gradualmente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal

				respuesta pide que le expliquen con ejemplos	
237	Responde a lo que se le pregunta en forma muy corta	A veces es ofensivo con la abuela, ella es la encargada de sus medicamentos	Tiene iniciativa, está un poco distante	Puede diferenciar comportamientos adecuados e inadecuados, de autoconocerse y de entrenar las habilidades sociales que le propusimos	Se fomenta progresivamente la capacidad de escuchar y entender a los demás
238	Escucha con atención a los demás y comprende lo que dicen	Es colaborador	Se relaciona adecuadamente con los demás	Maneja un tono de voz menos bajo, atiende a las sugerencias de la postura corporal adecuada	Progresivamente mejora el autoestima y el auto concepto de sí mismo
239	Formula preguntas de manera clara, espera respuestas comprensibles	Estuvo un poco enojado, no quiere que le pregunten a donde va	Habla progresivamente con personas conocidas, que le generan confianza	Espera su turno para hablar, hace algún comentario corto, su expresión facial se muestra alegre	Gradualmente adquiere habilidades de comunicación verbal y no verbal
240	Tiene la capacidad de dar respuestas asertivas	Permanece callado, colabora con el aseo de su cuarto	Habla a menudo con sus compañeros y profesoras	Expresa sus opiniones, sus preguntas y respuestas son cortas pero claras	Progresivamente adquiere capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones e ideas.

Apéndice 6: Historia Clínica

HISTORIA CLINICA

DATOS DE FILIACION E IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
NOMBRE Y APELLIDOS			
FECHA DE NACIMIENTO	16/04/1984	IDENTIFICACION	C.C
EDAD	30 años	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL	soltero		
LUGAR DE ORIGEN	TUNJA	DIRECCION	
ESTUDIOS REALIZADOS	6 semestres de Economía UPTC <input type="checkbox"/> Ingeniería Industrial UNAD	Universitario <input checked="" type="checkbox"/>	
SITUACION LABORAL Y ECONOMICA			
PROFESION		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
TRABAJA ACTUALMENTE	NO		
RELIGION	Católica		
MOTIVO DE CONSULTA			
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ENFERMEDAD ACTUAL			
<p>Esquizofrenia: Es una enfermedad mental de carácter crónico caracterizada por un conjunto de síntomas positivos y negativos, que hacen que en cada paciente se manifieste de una forma específica, esta enfermedad precisa de un tratamiento y un seguimiento individualizado. La esquizofrenia Paranoide se caracteriza por el predominio de los síntomas positivos con ideas delirantes que implican la sensación de ser observado, vigilado o perseguido.</p> <p>Inicio de los Síntomas: Ausentismo, alucinaciones, ideas delirantes de ser víctima de su familia; que le hacen daño, distorsión de la realidad</p> <p>FARMACOS: Haloperidol x 1mg - Biperideno clorhidrato x 2mg - Valórico Acido x 250mg - Difenhidramina Clorhidrato x 50 mg - Invega.</p>			

FACTORES PRECIPITANTES

La muerte del Papá, el hermano mayor se fue de la casa porque consiguió empleo, mudanza a un nuevo barrio.

FACTORES DE RIESGO

Vulnerabilidad Genética: la madre diagnosticada con TAB trastorno bipolar, Esquizofrenia, Alzheimer, estresantes ambientales.

FACTORES PROTECTORES

La relación familiar, atención de los abuelos, el bajo nivel de crítica, la protección emocional.

FACTORES AGRAVANTES

Dormir mal, inactividad física, sedentarismo.

FACTORES PERPETUANTES

Aislamiento social, abuso del internet.

ANTECEDENTES PERSONALES

1. HISTORIA PRENATAL Y PERINATAL

EMBARAZO DESEADO

SI NO PARTO NORMAL X

PATOLOGIA MATERNA O FETAL

SI NO ¿CUALES? Madre medicada por TAB

OTROS ASPECTOS DURANTE LA GESTION

2. PRIMERA INFANCIA (0 A 3 AÑOS)

RELACION MADRE HIJO

Armonía, aunque a veces pelean, Carlos Javier no fue adecuadamente estimulado en su niñez.

RELACION PADRE HIJO

Armonía, mientras vivió

COMER SOLO EDAD 10 meses

CONTROL ESFINTERES EDAD 18 meses

3. INFANCIA MEDIA (3 A 11 AÑOS)

¿CASTIGOS? SI NO ¿QUIENES?

OTROS ASPECTOS
Fue poco estimulado

4. INFANCIA TARDIA

Joven pasivo y muy tímido, en el colegio le decían que era especial, pero él lo tomo como ser superior, retraído y aislado.

5. EDAD ADULTA

Tiene pocas relaciones de amistad, no tiene novia, maneja dos cuentas de correo electrónico: envía mensajes pero nadie le responde por que en muchas ocasiones son groseras, en colegio y universidad es víctima de bullying

ANTECEDENTES MORBIDOS

ENFERMEDADES MEDICAS SI NO NOMBRELAS

TIPO	FECHA				
Esquizofrenia	2010				
Alergias al polvo	2001				
Tos permanente	2005				

INTERVENCION QUIRURGICOS SI NO NOMBRELAS

TIPO	FECHA				
Apendicitis	2000				
Fractura del cubito	2006				

ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NOMBRELAS			
----------------------------	--	-----------------------------	-----------	--	--	--

TIPO	FECHA				
Esquizofrenia Paranoide	2013				

HABITOS

MEDICAMENTOS QUE CONSUME Haloperidol x 1mg - Biperideno clorhidrato x 2mg - Valproico Acido x 250mg, Invega.

Difenhidramina Clorhidrato x 50 mg.

¿FUMA?

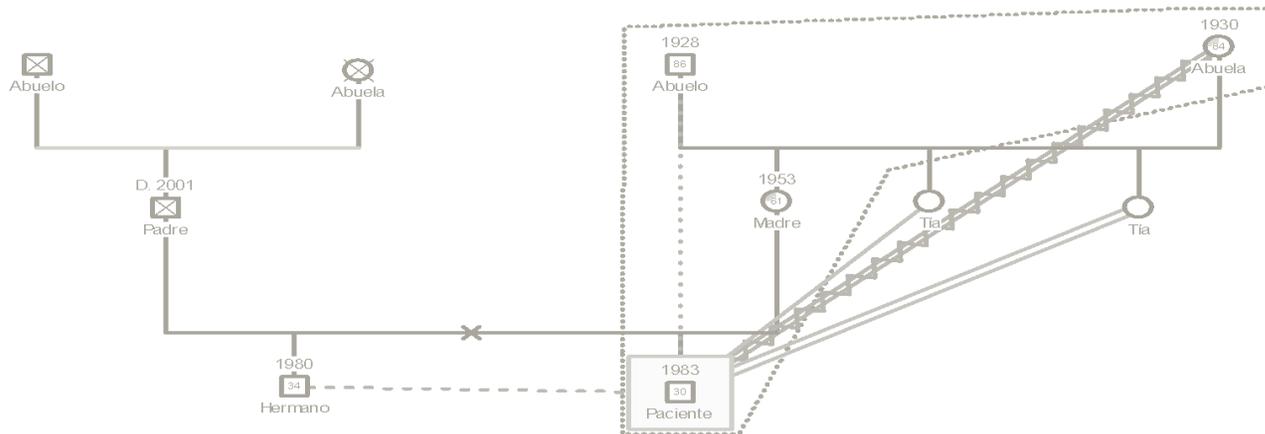
SI NO FRECUENCIA

TOMA DE ALCOHOL

SI NO FRECUENCIA

ANTECEDENTES FAMILIARES

NUCLEO FAMILIAR ACTUAL (GENOGRAMA)



SUICIDIOS ANTERIORES

SI NO

TRASTORNOS EN LA FAMILIA TIPOS Madre: TAB, Esquizofrenia, alzhéimer Padre: Neuróticas	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES				
ENFERMEDADES MEDICAS	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
RECLUSIONES	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CRIB				
<hr/>				
EXPLORACION PSICOPATOLOGICA				
1. DESCRIPCION GENERAL				
ASPECTO:				
CONDUCTA EXPLICITA Y ACTIVIDAD PSICOMOTORA				
Falta de espontaneidad, gestos limitados, hipo actividad: lentitud psicomotriz.				
ACTITUD				
Negativismo: actitud de no cooperación sin motivo aparente, desinterés, ausencia de proyectos, falta de energía, abulia o apatía. Motivación disminuida, activa evasión social, estado emocional aplanado, perdida de la vitalidad.				
2. HUMOR Y AFECTIVIDAD				
HUMOR:				
Risas inmotivadas, retraimiento social, pasibilidad, se muestra ausente, indiferente, sus respuestas emocionales son restringidas, pobreza de gestos y de contacto visual.				
AFECTO:				
Disminuida su capacidad de expresión afectiva: la capacidad de expresar sentimiento y estados emocionales es limitada.				
GRADO DE ADECUACION AL AFECTO:				
Aplanamiento afectivo, embotamiento afectivo: disminución de la respuesta emocional y la expresividad				

<p>3. CARACTERISTICAS DEL LENGUAJE</p> <p>Alteraciones del lenguaje: pobreza Paráfrasis: dificultad para elegir el termino adecuado Respuestas breves: latencia de respuesta incrementada; tarda más tiempo de lo normal en responder a las preguntas, falta de fluidez en la conversación Voz baja y lenta.</p>
<p>4. PERCEPCION</p> <p>Nivel de percepción absurda: de ser controlado por fuerzas extrañas, alucinaciones (principalmente auditivas en forma de voces).</p>
<p>5. CONTENIDO DEL PENSAMIENTO Y TENDENCIAS MENTALES</p> <p>Ideas extrañas sobrenaturales de muerte, creencias e ideas extrañas, disfunción del pensamiento, pensamiento pobre, des realismo: actividad mental que no concuerda con la lógica o la experiencia.</p> <p>CONTENIDO DEL PENSAMIENTO Alogia: empobrecimiento del pensamiento se manifiesta a través de la pobreza del lenguaje: bloqueo Delirios de contenido persecutorios: de daño y religiosos. Pensamiento confundido Delirios de grandeza, de conspiración de su familia.</p>
<p>6. CONTROL DEL PENSAMIENTO</p> <p>SENSORIO Y COGNICION: Orientación en el tiempo adecuado</p> <p>CONCIENCIA Alteraciones de la conciencia, obnubilación: conciencia incompleta con trastornos en la percepción y actitudes.</p> <p>ORIENTACION Y MEMORIA Adecuada valoración temporo-espacial Memoria reciente y remota conservada Capacidad de calculo Fabulación: creencias imaginarias /irreales</p>

<p>CONCENTRACION Y ATENCION Distrabilidad</p> <p>Solo es capaz de concentrarse esporádicamente, se distrae en medio de una actividad o conversación, baja la mirada, se interesa poco por el tema expuesto.</p>
<p>PENSAMIENTO ABSTRACTO</p> <p>Capacidad de pensamiento abstracto empobrecido, dificultad en la manera en que conceptualiza y maneja las ideas.</p>
<p>INFORMACION E INTELIGENCIA</p> <p>C.I = 85 Normal Lento</p>
<p>7. IMPULSIVIDAD</p> <p>Falta de energía, de impulso, lentitud y apariencia cansada, introversión.</p>
<p>EXPLORACION FISCA Y NEUROLOGICA</p>
<p>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (FISCAS Y PSICOMETRICAS)</p>
<p>WAIS</p>
<p>Lista de chequeo de las habilidades sociales de Goldstein</p>
<p>Wartteg</p>

Apéndice 7. Consentimiento Informado

DOCUMENTO CONFIDENCIAL/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO
LONGITUDINAL EN PERSONA CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE PERTENECIENTE
A LA UNID- UNAD CEAD TUNJA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación: Estudio longitudinal en persona con Esquizofrenia Paranoide perteneciente a la unidad Tunja

El presente consentimiento informado manifiesta la LIBRE VOLUNTAD- paciente y sus familiares y de los profesionales en salud- DE PARTICIPAR Y RETIRARSE de este proyecto en el momento que lo desee.

Manifiesta la CLARA COMPRENSIÓN DEL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN Y DE LOS COMPROMISOS ETICOS Y DE COLABORACIÓN QUE ADQUIERE CADA PARTICIPANTE. Tiene como fin expresar y ratificar por escrito el proceso de información llevado a cabo para poder participar ha sido plenamente realizado, comprendido y que se han resuelto todas sus inquietudes personales satisfactoriamente.

Este documento también manifiesta que cualquiera tiene la posibilidad de retirarse en el momento que lo exprese y, especialmente, que se guardará CONFIDENCIALIDAD en todo respecto a la información obtenida y posteriormente publicable.

En concordancia con lo anterior, el artículo 25 de la ley 1090 del 2006, se establecen dentro de la investigación los parámetros de aplicación del consentimiento informado. Es de anotar que los principios que preceptúa esta normatividad, son aplicables al ejercicio de la profesión de la psicología, a partir de la existencia de una realidad que hace parte del sistema (Congreso de la República, 2006).

En consecuencia, se invita a los participantes a leer el resultado de este proyecto, previamente considerado de forma personal, para que firme ante dos testigos, y ratifique su deseo de participar.

Agradecemos de antemano su deseo de colaboración con el desarrollo de este proyecto.

Atentamente;

Nancy Rocio Espinosa Cruz

Dora Marleny Juan de Dios Mancipe

Investigadoras Principales.

Nombre del paciente _____ Firma _____

Nombre de la Madre _____ Firma _____

Nombre del padre _____ Firma _____

Testigo _____ Firma _____