

Reestructuración y restablecimiento de habilidades sociales del Hospital San Rafael de Pasto

María Alejandra Huertas López

Estudiante de Psicología

Universidad mariana



Fuente: pixabay.

Resumen

El propósito de este proyecto fue desarrollar la reestructuración cognitiva y el restablecimiento de habilidades sociales en pacientes de larga estancia del Hospital San Rafael, de allí surgieron tres objetivos específicos, el primero fue: fortalecer los procesos cognitivos de 23 pacientes de larga estancia; las actividades propuestas en este primer objetivo fueron el desarrollo de un diario de campo que contenía ejercicios para la estimulación cognitiva. El segundo objetivo fue: retomar y mantener las habilidades sociales de los 23 pacientes de larga estancia del Hospital San Rafael de Pasto de las unidades San Benito Menni y San Juan de Dios, llevando a cabo el desarrollo de actividades proyectivas como: cine-foro, cuentos, fábulas e imágenes, y una feria para poder llevar a conocer el tipo de habilidades sociales que hay que tener en cuenta, para en un futuro tener una resocialización con el contexto externo al hospital. Y en tercer lugar, se planteó un tercer objetivo: apoyo a las actividades del Hospital San Rafael de Pasto, fortaleciendo cada una de las unidades con el conocimiento adquirido en la Universidad y los que se aprendieron en la institución, donde los procesos que se realizaron fueron: intervención individual en cada una de las unidades de la institución, valoraciones psicológicas en la unidad Eugenio Ramírez y acompañamiento

en cine-foro en la unidad de Ricardo Pampuri, donde se logró adquirir habilidades terapéuticas relacionadas como el rol del profesional.

Palabras claves: habilidades sociales, Psicología clínica, reestructuración cognitiva.

Introducción

Los pacientes atendidos en la salud mental, la mayoría de los casos sufren deterioro cognoscitivo a causa del proceso de desarrollo de las enfermedades y por el tiempo que llevan hospitalizados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad; y más específicamente es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

El propósito de este proyecto fue fortalecer o mantener la reestructuración cognitiva y poder retomar las habilidades

sociales, ya que según el diagnóstico que se realizó, dio como resultado, el grado de deterioro de la población involucrada en el estudio. Es preciso decir que, la aplicación no fue nada fácil debido a que, se requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar, asimismo, se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente, y por último, la técnica no está tan pautada como otras técnicas de modificación de conducta y, por sus propias características, no puede estarlo en la misma medida.

Ha sido frecuente hablar de las denominadas terapias de reestructuración cognitiva, dentro de las que se incluye la terapia racional-emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (Bados, 2008; Carrasco, 1995; Carrasco y Espinar, 2008, citado por Bados y García, 2010, p. 2).

Valga decir que, la salud mental es un bienestar, por ello, hay que tener en cuenta y saber que los trastornos mentales, desde hace mucho tiempo han sido considerados como un problema de primera magnitud, por su elevada prevalencia que desencadena el impacto de sufrimiento y desestructuración en las personas, familias y entorno más cercano. De allí la importancia de implementar proyectos que ayuden a fortalecer la atención a la salud mental en nuestro país y en el mundo, considerándola una buena estrategia para continuar contribuyendo al bienestar de cada uno de los pacientes.

Psicología y Psicología clínica

En el proyecto se abarcaron teorías como: la psicología clínica, la diferencia de la enfermedad mental de la esquizofrenia de los dos manuales Dsm-IV y CEI- 10, la reestructuración cognitiva y las habilidades sociales con 23 pacientes diagnosticados con dos tipos de esquizofrenia, la una paranoide y la otra residual.

Según la Real Academia Española (RAE), la psicología se basa en el método científico para encontrar respuestas. La psicología clínica, además se dedica al bienestar humano, por lo tanto, se encarga del estudio, diagnóstico o tratamiento de la conducta anormal, problemas o trastornos psicológicos. Las funciones del psicólogo clínico consisten en la prevención, diagnóstico y tratamiento de todo tipo de trastornos de la conducta que pueda presentar una persona. Es así como, el psicólogo clínico está llamado a la atención e intervención clínica de personas que presentan problemas o dificultades como consecuencia de una dificultad en su personalidad, en sus relaciones o como consecuencia de una enfermedad o diagnóstico médico.

Otro concepto, según la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2003), dice que a partir de los orígenes de la psicología, se argumenta que la psicología clínica es un disciplina científico-profesional con historia e identidad propia y cuyos objetivos son la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales. Esta disciplina analiza las tres dimensiones de los mencionados procesos cognitivo, afectivo y conductual.

La Psicología Clínica coincide con la psiquiatría en que su objeto es el trastorno mental, no la enfermedad, de tal manera que las funciones profesionales de los psicólogos clínicos y de los psiquiatras convergen en gran medida; según lo mencionado, el papel del psicólogo clínico es muy importante, puesto que interviene terapéuticamente en los pacientes de la salud mental, de manera que va mejorando de acuerdo al proceso y las estrategias que se implemente en cada uno.

En segunda estancia es importante hablar de la enfermedad mental que tienen los pacientes del presente estudio, que es la esquizofrenia, según el Manual Diagnóstico CEI-10 (p. 52), se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, por tanto, este trastorno compromete las funciones esenciales que le dan a la persona normal, la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma; el enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra; es decir, se presentan alteraciones anormales en lo auditivo, ya que escuchan voces que no existen y que desestabilizan al paciente; también surgen alteraciones visuales, ya que ven cosas de fantasía, provocando alucinaciones, que es la alteración en la percepción y delirios alteración en el pensamiento.

Valga decir que, en el proyecto, los pacientes padecían dos tipos de esta enfermedad mental, había un grupo que padecía esquizofrenia paranoide, que según el Manual Diagnóstico CEI-10, su cuadro clínico se caracteriza porque predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos, además hay que tener en cuenta que este tipo de esquizofrenia no deteriora cognitivamente; el segundo grupo padecía la esquizofrenia residual, que se define como un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales, caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008, p. 57).

También es importante hacer una diferencia entre los dos Manuales Dsm-IV y CIE- 10, pues, pareciera extraño pero en Salud Mental, existe una dualidad en todo, psicólogos clínicos versus psiquiatras, test psicométricos versus escáneres cerebrales, y dos manuales nosológicos de enfermedad mental que actualmente son CIE 10 elaborado por la OMS y DSM IV por la APA. Los psicólogos clínicos utilizan en mayor medida el primero, y los psiquiatras el segundo; de manera que, se puede tomar como ejemplo la esquizofrenia paranoide que en el CIE-10, es el tipo que en el cuadro clínico predominan las ideas

delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos; y en el Dsm-IV, el tipo paranoide de esquizofrenia es un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios: preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Por otro lado, hablamos de lo que es reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva (RC) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual, sin embargo, su aplicación no es nada fácil por varios motivos. Para empezar, se requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar.

Finalmente, es preciso decir que las habilidades sociales son las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Las conductas son aspectos observables, medibles y modificables; no es un rasgo innato de un sujeto, determinado por su código genético o por su condición de discapacidad. Además, hay que tener presente que entra en juego el otro. No se refieren a habilidades de autonomía personal como lavarse los dientes o manejar el cajero automático, sino a aquellas situaciones en las que participan por lo menos dos personas, esta relación con el otro es efectiva y mutuamente satisfactoria.

Una persona con habilidades sociales defiende lo que quiere y expresa su acuerdo o desacuerdo sin generar malestar en la otra persona.

Las habilidades sociales se conocen como conducta asertiva, que consiste en pedir lo que quieres y negarte a lo que no quieres de un modo adecuado, por ejemplo, conseguir tus metas sin dañar a otros, expresar sentimientos y pensamientos, realizar elecciones personales y sentirse bien con uno mismo.

Según Prette (2002), las habilidades sociales son una teoría que determina la funcionalidad de comportamiento, es decir, su adecuación al contexto, aquí se mencionan unos tipos de habilidades sociales, entre las que se encuentran comunicación verbal, comunicación no verbal y componentes cognitivos-afectivos.

Lo anteriormente mencionado, fue importante en el presente proyecto porque contribuyó a que la población que va ser partícipe del estudio a causa de su enfermedad mental y su grado de deterioro, habían olvidado sus habilidades sociales, entre las que se encontraban por ejemplo, no saludar, no agradecer, es decir, no tener una buena comunicación en el contexto en el que se encuentran, para el caso el Hospital San Rafael de Pasto.

Trabajando para el desarrollo de la reestructuración cognitiva y restablecimiento de habilidades sociales con paciente de larga estancia del Hospital San Rafael

Desde el área de Psicología del Hospital San Rafael y con la ayuda de la practicante, se trabajó sobre el fortaleciendo de los procesos cognitivos y las habilidades sociales de los pacientes, y para lograr los resultados e impactos esperados se tuvieron en cuenta los siguientes componentes:

Una primera fase de diagnóstico, donde se llevó a cabo la revisión de historias clínica, revisión de un preproyecto donde se reflejaban las necesidades del hospital, además se aplicó una prueba para mirar el déficit cognoscitivo para poder seleccionar a los participantes del proyecto; para esta primera fase se tomó como muestra a 43 pacientes, de los cuales se seleccionaron 23, como resultado de la prueba, se identificaron aquellos que obtuvieron un déficit cognoscitivo leve y los que están cognitivamente normales.

En la segunda fase de intervención se realizaron diferentes actividades de forma individual y grupal, que se llevaron a cabo en el desarrollo de cada uno de los objetivos; para dar cumplimiento a esta fase, se tuvo en cuenta las diferentes variables como: edad, diagnóstico, grado de deterioro y medicamentos de cada paciente.

Finalmente, se realizó una tercera fase de evaluación, la cual permitió observar y analizar el grado de funcionamiento del proyecto; de manera que, se realizó un postest de la aplicación de la prueba que se la realizó al inicio, protocolo de Minimental y también la correlación con otro instrumento Moca, el cual evaluaba los mismos componentes, y donde los resultados proyectaron que las personas que tenían un déficit cognoscitivo leve se encontraban normales en la primera prueba, algunos de ellos mantuvieron los resultados y uno disminuyó; y en la segunda prueba, los que estaban normales en la primera prueba con la aplicación del Moca, estaban cognitivamente normales en la segunda, y otros tenían un déficit leve, moderado, y uno por la alta complejidad de la prueba sacó un déficit cognoscitivo grave.

La ejecución del proyecto estuvo centrada en el fortalecer y mantener los procesos cognitivos, retomar las habilidades sociales en pacientes de larga estancia del Hospital San Rafael de Pasto y apoyar en las actividades del hospital para poder fortalecer los conocimientos del área de psicología clínica y su rol como profesional.

Por otra parte, para dar cumplimiento a las acciones se realizaron diferentes actividades de forma individual y grupal, para desarrollar el primer objetivo se elaboró un diario de campo para cada uno de los participantes, donde cada semana se realizaba un ejercicio de estimulación cognitiva en los diferentes procesos como: atención, concentración, memoria de evocación, orientación, tiempo y lenguaje, obteniendo una gran acogida por partes de los pacientes; además, con la implementación del cine-foro se

pudo visualizar que los pacientes sí cuentan con una buena concentración, ya que respondieron muy bien a cada una de las películas que se presentaron.

En cuanto al segundo objetivo, sobre retomar las habilidades sociales, los resultados obtenidos de las actividades proyectivas fueron: la elaboración de folleto y realización de feria; en estas actividades los pacientes reflejaron los conocimientos y las enseñanzas de manera grupal, como por ejemplo, el mensaje que les dejó cada una de las películas presentadas en el cineforo, así como también en la realización de las lecturas y en la feria de las habilidades sociales.

Por último, el brindar apoyo al hospital fue de gran importancia, porque esa experiencia brinda la oportunidad de fortalecer los conocimientos que se han adquirido en el rol como profesional, al realizar intervención individual en esta segunda fase, y en una primera fase en actividades como: la intervención grupal en cada una de las unidades, realizar psicoeducación con padres de familia de una determinada unidad, realizar valoración psicológica, evaluando diferentes componentes como lo cognitivo, la resolución de conflictos basados en el diálogo, las relaciones sociales y su autocontrol emocional; además, hacer acompañamientos en las diferentes actividades que se realizaban en la institución. También se tuvo la oportunidad de aprender a aplicar una prueba de selección de personal y realizar los informes del mismo.

Conclusiones

Es importante valorar que, los pacientes del Hospital San Rafael de Pasto son personas capaces de participar en las actividades que se les realice por parte de los colaboradores, generando buenos resultados y permitiendo fortalecer aquellas partes que tienen cierto deterioro, logrando así, potencializar nuevas habilidades.

Haciendo alusión a los resultados del proyecto y teniendo en cuenta el objetivo principal de este estudio, se puede concluir que los pacientes han logrado fortalecer y mantener los procesos cognitivos y retomar las habilidades sociales básicas para que, en un futuro, puedan resocializarse con el contexto externo a la institución.

Con las pruebas aplicadas tanto Minimental y Moca, se logró hacer un análisis del déficit cognitivo causado por la enfermedad mental y poder así establecer las estrategias para la ejecución del proyecto, y fortalecer y mantener algunos procesos cognitivos de cada paciente.

Las variables tenidas en cuenta, permitieron que el proyecto se realizara de manera adecuada, lo cual posibilitó una visión más amplia para poder tener un acercamiento y así desarrollar las actividades establecidas en el cronograma.

Recomendaciones

Cabe hacer un llamado al Hospital San Rafael de Pasto para que se continúe realizando proyectos encaminados a fortalecer las diferentes habilidades cada uno de los pacientes.

Se recomienda a los pacientes del proyecto seguir participando de manera activa en estos procesos, igualmente, a sus colaboradores para que los apoyen y motiven.

Por último, se recomienda al Hospital San Rafael que siga promoviendo las prácticas formativas en sus diferentes programas, ya que esto permite ampliar los conocimientos de forma concreta y eficaz, abriendo caminos a los practicantes en todos los campos profesionales.

Referencias

- Bados, A. y García, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Becerra, V. (2010). *El Cine en la Esquizofrenia como dispositivo terapéutico: una mirada cognitivo-conductual*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Del Prette, Z. (2002). *Psicología de las Habilidades Sociales*. Editorial El Manual Moderno.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA). (2003). *Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Fernández, M. (2012). Programa de Habilidades Sociales con personas con trastorno mental grave en una unidad de rehabilitación psiquiátrica de media estancia.
- Goldman, H. (1996). *Psiquiatría General*. México: El Manual moderno S.A.
- Mazza, G. (2012). *Esquizofrenia y habilidades sociales*.
- Navarro, S. (2009). Entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos: validación de un programa para pacientes crónicos.
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (2013). Hospital San Rafael de Pasto. Recuperado de <http://www.ordenhospitalaria.com.co/centros-hospital-san-rafael-pasto.php>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*.