

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2014

Calidad de vida en personas con padecimiento psíquico crónico

Di Santo, Ana Julia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/269>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

***Calidad de vida en
personas con
padecimiento psíquico
crónico***

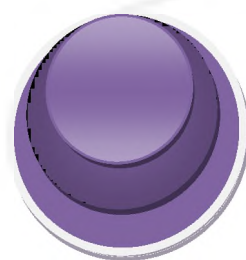
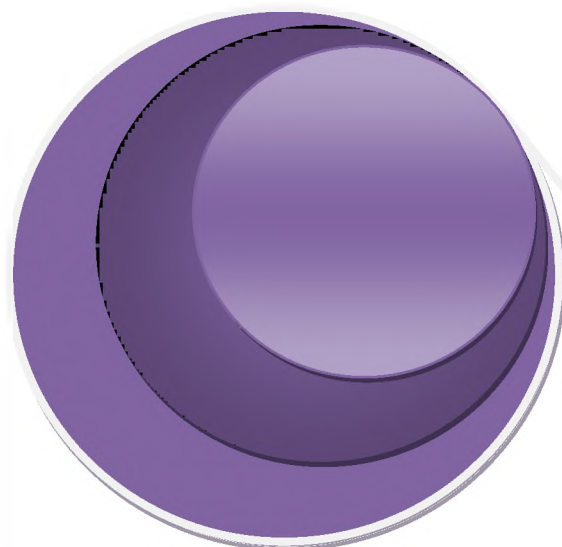
**Universidad Nacional de
Mar del Plata**

**Facultad de Ciencias de la
Salud y Servicio Social**

**Tesis presentada para optar al
título de Licenciatura en
Terapia Ocupacional**

- ✓ ***Di Santo, Ana Julia***
- ✓ ***Kreiker, Noralí***
- ✓ ***Menéndez García Jorgelina
Andrea***

**Mar del Plata, Buenos Aires,
Argentina
2014**



AGRADECIMIENTOS:

DIRECTORA:

LIC. EN T.O SITJAR, ROSANA _____

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO:

ASIGNATURA: TALLER DE TRABAJO FINAL. DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO. LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL.

ASESORAMIENTO ESTADÍSTICO:

MG. LIC. EN PSICOLOGIA CLAUDIA ARIAS _____

AUTORAS:

DI SANTO, ANA JULIA
D.N.I: 28.013.754 _____

KREIKER, NORALÍ
D.N.I: 28.297.918 _____

MENÉNDEZ GARCIA,
JORGELINA ANDREA
D.N.I: 28.728.770 _____

ÍNDICE

	Página
DIRECCIÓN Y ASESORAMIENTO.....	4
INTRODUCCIÓN.....	10
ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.....	15
 MARCO TEÓRICO:	
 <u>CAPÍTULO I:</u>	
• La locura y su concepción histórica.....	39
• Psicosis - Padecimiento Psíquico.....	55
<i>Esquizofrenia.....</i>	60
 <u>CAPÍTULO II:</u>	
• Proceso de Desmanicomialización.....	74
• Rehabilitación Psicosocial.....	81
• Salud Mental y Derechos Humanos.....	90
 <u>CAPITULO III:</u>	
• Calidad de Vida.....	108
<i>Calidad de vida y salud mental.....</i>	111
<i>Evaluación de la calidad de vida.....</i>	114

CAPÍTULO IV:

- **Cuestionario Sevilla de calidad de Vida (CSCV).....115**
 - Construcción del cuestionario.....115*
 - Forma de administración.....122*
 - Puntuación e interpretación de los resultados.....123*
 - Propiedades psicométricas.....125*

CAPÍTULO V:

- **Calidad de vida, Padecimiento Psíquico y
Terapia Ocupacional.....128**

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tema.....	137
Problema.....	138
Objetivo general y específicos.....	138
Variable de estudio:.....	139
<i>Definición científica.....</i>	<i>139</i>
<i>Definición operacional.....</i>	<i>139</i>
Definición conceptual de los factores de la Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F).....	140
Definición operacional de los factores de la Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F).....	141
Definición conceptual de los factores de la Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D).....	142

Definición operacional de los factores de la Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D)	143
Dimensionamiento de la variable	146
Variables intervinientes	153
Enfoque de investigación	154
Tipo de estudio	154
Diseño	154
Población	154
Muestra y unidad de análisis	154
Método de selección de la muestra	154
Criterios de selección de la muestra	155
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	156
Procedimiento de recolección de datos	156
Técnica de medición	157
<i>Forma de administración</i>	158
Prueba piloto	159
Análisis y presentación de los datos	160
Caracterización de la muestra	160
RESULTADOS	163
CONCLUSIÓN	195
BIBLIOGRAFÍA	204
ANEXO I: Contexto de la Investigación	
<i>Centro de Promoción Social- AIPe</i>	212

- Reseña histórica.....	212
- Propuesta terapéutica del CPS.....	212
- Fundamentación.....	214
- Población destinataria.....	215
- Objetivos.....	215
- Actividades generales.....	216
- Centro de día.....	216
o Definición.....	216
o Objetivos.....	217
o Admisión.....	217
o Ingreso.....	217
o Etapas y Taller Integrado del Centro de día.....	219

ANEXO II

Instrumento: Cuestionario Sevilla Calidad de Vida

- Hoja de administración.....	226
- Hoja de resultados.....	230

Ficha de recopilación documental.....

Consentimiento Informado.....

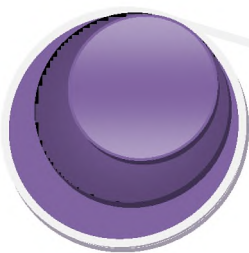
231

232

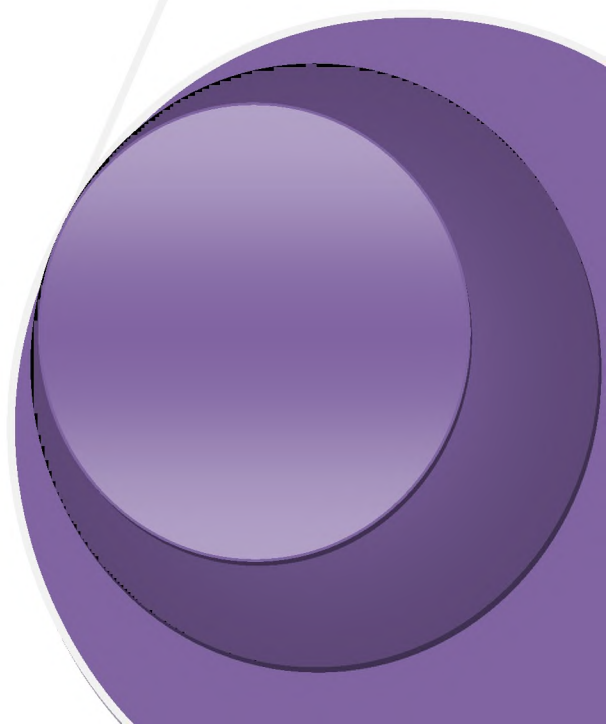
ANEXO III

Permiso y Correspondencias.....

234



Introducción



INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo principal explorar la percepción de la *Calidad de Vida* (CV) de las personas con padecimiento psíquico crónico que concurren a los talleres de Terapia Ocupacional del Centro de Promoción Social (CPS) en la ciudad de Mar del Plata. Para ello, se implementará el *Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida*, un instrumento específicamente diseñado para personas con esquizofrenia, capaz de evaluar la CV desde una perspectiva individual y subjetiva.

El interés por la CV ha existido desde tiempos inmemorables. En tanto, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo, es relativamente reciente.

La *Terapia Ocupacional* (T.O) enfatizó la CV mucho antes que la expresión fuera de uso corriente. Ya en la década del '70, se destacaba que una persona se encuentra saludable o enferma de acuerdo a las actividades o funciones que cada uno se propone y puede realizar, resaltando la relación recíproca entre conducta y salud.¹

El concepto de CV es utilizado en ámbitos muy diversos, como la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. Se trata de un concepto dinámico, que ha evolucionado con el transcurso del tiempo, y al ser integrador y multidimensional comprende todas las áreas de la vida, haciendo referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos de la vida de una persona.

En función de ello, muchos estudios han explorado las condiciones de vida, definiendo indicadores objetivos de CV. En tanto otros modelos conceptuales se orientaron hacia dimensiones subjetivas, a nivel psicológico, como la satisfacción vital, los logros y la aceptación de la situación de

1 Chirstiansen, C. "Gerenciamiento: Oportunidades y cambios para la Terapia Ocupacional en los sistemas emergentes de siglo XXI", AJOT, junio 1996.

enfermedad; razón por la cual, aún hoy no existe consenso sobre su definición y evaluación.

Podemos decir, en líneas generales, que la CV es el resultado de un proceso, en el que intervienen diferentes aspectos, objetivos y subjetivos, los cuales varían con el transcurso del tiempo y las circunstancias vitales.

El interés por la misma en el área de la salud mental, adquirió particular relevancia alrededor de la década del '70, cuando se inició el proceso de desmanicomialización de personas con padecimiento psíquico hacia la comunidad.

Las condiciones de pobreza, vivienda inadecuada, falta de seguridad, aislamiento social, en que habían quedado muchos de ellos, llevaron a cuestionamientos en relación con los resultados de este proceso y la CV resultante. Por lo cual, se consideraba importante su evaluación por ser un aspecto claramente deteriorado y causa de gran insatisfacción.

Se propició el interés por la CV de estas personas como uno de los indicadores críticos para la evaluación de los programas comunitarios, dirigidos a aquellos con padecimiento psíquico crónico, en función de su impacto sobre la CV de los mismos, los efectos sobre su estado de salud general y mental, de sus familias y la comunidad.

Progresivamente, la tendencia de evaluar la CV se extendió al resto de los usuarios de los servicios de salud mental, no sólo a los desintitucionalizados, abarcando prácticamente a todos los padecimientos psíquicos.

De esta misma corriente, también surge la concepción ideológica de persona con *padecimiento psíquico*, que contempla la dimensión subjetiva de su sufrimiento, más allá del diagnóstico, evitando considerar los conflictos que devienen de la vida cotidiana y de las interrelaciones sociales, en términos de patología.

Así pues, considerar esta dimensión subjetiva, tanto del padecer como del bienestar con que estas personas perciben su situación, mediada por las condiciones objetivas de vida, necesidades, expectativas, logros y valores, implica obtener una apreciación global de su CV.

En general, investigaciones realizadas, suelen reportar una CV descendida en las personas con padecimiento psíquico respecto a personas con otras enfermedades. Sin embargo, la satisfacción vital reportada por estas personas, no suele coincidir con la visión de los propios familiares, o los profesionales, que suelen considerar los síntomas como indicadores objetivos de mala CV, relativizando, de este modo, el impacto cognitivo y afectivo, que dichos síntomas tienen sobre el sujeto, que es lo que finalmente constituye su percepción subjetiva de la CV.

Como es obvio, distintos modelos conceptuales llevan inevitablemente a priorizar aspectos diferentes de la CV, lo cual se refleja en la elección del instrumento para evaluarla.

Si bien es posible el uso de evaluaciones genéricas, aplicables a la población general, se tiende a preferir el uso de instrumentos específicos que reflejen adecuadamente las particularidades de las personas aquejadas por diferentes trastornos.

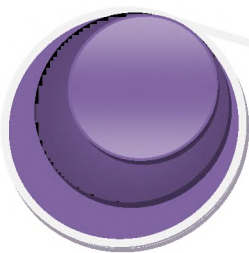
Por ello, emplearemos el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) un instrumento de evaluación específico para personas con esquizofrenia, desarrollado en idioma español, capaz de determinar la CV subjetiva de las personas tal y como éstas la perciben. El mismo es de aplicación autoadministrada, y cuenta con dos escalas, la Escala de Aspectos Favorables, constituida por los factores agradables, satisfactorios o positivos de la CV; y la Escala de Aspectos Desfavorables que configura la dimensión desagradable insatisfactoria o negativa de la CV.

Se trata de un instrumento con buenas propiedades psicométricas, demostrada por diversos estudios, expuestos en esta investigación, que avalan su validez y confiabilidad.

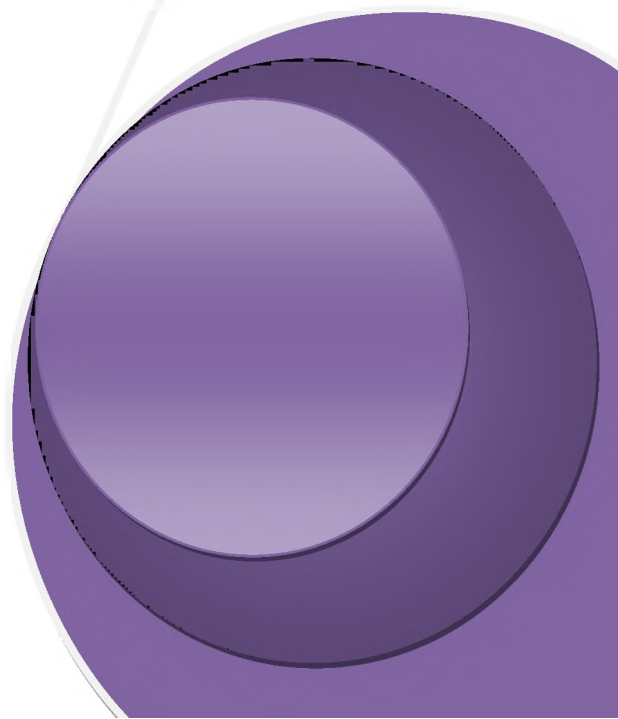
En este sentido, cobra cada vez mayor interés, el estudio de la perspectiva de la persona con padecimiento psíquico, afirmando que su percepción subjetiva debe ser incluida en toda evaluación de CV, y que del mismo modo, dicha evaluación resulte en una medición útil para determinar la respuesta al tratamiento de Terapia Ocupacional, facilitando un medio que permita considerar su propia vivencia en las acciones que son planificadas e

implementadas junto al profesional, asumiendo un rol activo en el proceso terapéutico.

En definitiva, la CV de las personas es para la disciplina de la Terapia Ocupacional una preocupación central, por lo que consideramos que su evaluación constituye una valiosa herramienta, para quienes en su trabajo cotidiano se empeñan en mejorar la CV de quienes de ellos dependen.



Estado actual de la cuestión



ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Se realizó rastreo bibliográfico de los siguientes ejes temáticos: Calidad de Vida (CV), Padecimiento psíquico, Esquizofrenia, Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV), a través de PubMed, Ebsco, Springer, Googler Scholar, Md Consult en la Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata y base de datos de Tesis de Grado de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), de los cuales resultaron relevantes para la investigación los siguientes:

Lopizzo, G., Rodriguez, N. “Calidad de Vida en Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico y Artritis Reumatoidea”. Tesis de Grado Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social UNMDP. 2002.

Las autoras mencionan el término Calidad de Vida como “un concepto subjetivo y multidimensional. Es subjetivo porque va a depender de cada individuo en particular en relación a su proceso de maduración y socialización, expectativas y logros. De esta forma cada sujeto configura su propio estilo de vida, entendiendo que las condiciones son diferentes de un individuo a otro. La percepción de la CV va cambiando a través del tiempo ya que las personas modifican sus aspiraciones y valores adaptándolas a las circunstancias. En cuanto a lo multidimensional, está constituida por las áreas física, mental, sociocultural y espiritual”. (pág. 54-55).

Auzmendis Ana L., “Terapia Ocupacional. Evaluación de la Calidad de Vida en Adultos Mayores Institucionalizados”. Tesis de Grado Lic. para Graduados en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social .UNMDP. Diciembre 2004.

El objetivo del estudio es conocer la Calidad de Vida Global y Percepción de Salud de los Adultos Mayores Institucionalizados, mediante la utilización del instrumento WHOQOL, creado por la OMS, que consta de seis

dominios, cada uno de los cuales comprende facetas o áreas específicas que resumen cada dominio en particular (Capacidad Física, Psicológico, Nivel de Independencia, Relaciones Sociales, Medio Ambiente y Espiritualidad/ Creencias Personales). “Debido a que enfoca principalmente la calidad de vida “percibida”, no se espera que funcione como un medio para medir los síntomas, enfermedad, o condiciones de una manera detallada, ni para juzgar objetivamente una discapacidad, sino como una herramienta para evaluar los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones en salud sobre la calidad de vida del individuo”. (pág. 22).

El instrumento de evaluación se correlaciona con el marco de referencia que emplea la autora, el “Modelo de Performance Estilo de Vida”², basado en la interrelación de la persona, el ambiente, el perfil de actividad y la calidad de vida. “Esta dinámica interrelación es una manera de hacer posible la planificación e implementación de intervenciones que permitan establecer las motivaciones internas, que persiguen desarrollar un estilo de vida óptimo, satisfactorio y significativo para él mismo y los otros.” (pág. 2-3)

La autora, expone una concepción multidimensional del término Calidad de Vida, refiriéndose a una evaluación subjetiva, inmersa en un contexto cultural, social y medioambiental, remarcando que calidad de vida no puede ser equiparada con los términos “estado de salud”, “estilo de vida”, “satisfacción con la vida”, “estado mental” o “bienestar”.

Passerini, Amalia. “Impacto sobre la CV de las personas de edad que han desarrollado el Síndrome Doloroso Regional Complejo Tipo I”. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 2005

El objetivo del trabajo es realizar un estudio del impacto del Síndrome Doloroso Regional Complejo Tipo I en pacientes que han sufrido una fractura

2 Fidler, Gail S., “La Performance Estilo de Vida. Desde un Modelo Conceptual”. AJOT. Vol. 50, Number 2., Pp.139-147. February, 1996.

del extremo distal del radio y que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional, mediante la utilización del instrumento WHOQOL, creado por la OMS. La autora, vincula la Calidad de Vida a los estudios relacionados con la salud, la “medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es una novedosa tecnología comunicativa que toma en cuenta el punto de vista del paciente, permitiéndole participar del proceso terapéutico. Por esta razón, la CVRS es más que una nueva tecnología ligada a la salud; lleva implícita en su interior una nueva concepción filosófica de la forma en que ha de practicarse la medicina, revalorizando el punto de vista de la percepción subjetiva del paciente.” (pag.7).

Cané, S., Di Tulio, M. y Martínez, A. J., “Calidad de vida en niños y adolescentes con mielomeningocele”, Tesis de Grado Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. Diciembre de 2011.

La finalidad del estudio fue conocer la percepción de la calidad de vida en niños y adolescentes con diagnóstico de mielomeningocele según su propia perspectiva y la de sus padres. El método utilizado fue el cuestionario PedsQL 4.0, que evalúa cuatro esferas del funcionamiento de niños y adolescentes que tienen su correlato con las aéreas de desempeño ocupacional, las mismas son: funcionamiento físico, funcionamiento social, funcionamiento escolar y funcionamiento emocional.

En esta investigación las tesisas adhieren a la definición propuesta por la OMS: Calidad de Vida es “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas normas y preocupaciones”³

En relación al instrumento **Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)** resultaron relevantes las siguientes investigaciones:

3 WHO. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra. 1998. Pág. 28. Disponible en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

“Psicopatología y calidad de vida”. Leal, C., Cervera, S., Giner, J., Ibáñez, E., Baca, E., y Bobes, J. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 25, Supl. 2 (32-36), 1997

El objetivo del trabajo consistió en valorar el impacto de la psicopatología sobre la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. Se dispuso de una muestra de 234 pacientes de acuerdo a la clasificación del CIE-10 que fueron estudiados por medio del Sistema de la Asociación para la Metodología y la Documentación en Psiquiatría (AMDP) y la escala PANSS; la CV fue evaluada mediante el CSCV, encuesta auto aplicada, en que el sujeto manifiesta su grado de acuerdo, según una escala de Likert de 5 valores, desde 1 (completo desacuerdo) a 5 (completo acuerdo), compuesto por dos escalas con 59 proposiciones referentes a Aspectos Favorables (satisfacción vital, autoestima, armonía) y Desfavorables (falta de aprehensión y expresión cognitiva, pérdida de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, extrañamiento, miedo a la pérdida de control, hostilidad, y automatismo) de la vivencia cotidiana de los pacientes. Se obtienen dos puntuaciones, la de los factores que constituyen la Sub-escala de Aspectos Favorables de la CV y la de la Sub-escala de Aspectos Desfavorables. No existen puntos de corte, a mayor puntaje favorable, mejor calidad de vida y viceversa.

Los resultados de la investigación demostraron que en cuanto a las correlaciones existentes entre CV y los síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia valorados por las escala PANSS, los Aspectos Favorables de la CV no correlacionan de forma estadísticamente significativa con el síndrome positivo de la esquizofrenia, mientras que los factores de satisfacción vital, autoestima y la puntuación global de dicha escala si correlacionan de forma estadísticamente significativa con el síndrome negativo. Esto significaría, que la CV del enfermo esquizofrénico se ve más afectada por los síntomas típicos del síndrome negativo que por los síntomas positivos característicos de este tipo de enfermos.

De acuerdo a éstos resultados, la CV del paciente esquizofrénico, no sólo depende de los síntomas negativos sino también de los positivos y de la psicopatología general. Se observó que prácticamente todos los Aspectos

Desfavorables de la CV correlacionaron más alto con el síndrome negativo, salvo los factores de dificultad de expresión emocional y de hostilidad contenida, es decir, que los enfermos con síndrome positivo verían alterada su CV por la presencia de una gran dificultad de expresión emocional y una alta hostilidad contenida. Es decir, la mayor o menor CV de los pacientes esquizofrénicos, caracterizados por un síndrome positivo está relacionada directamente con lo que los autores denominan “afectividad negativa”, mientras que la CV de los pacientes con síndrome negativo depende más de los “aspectos cognitivos”.

En función de las correlaciones entre la AMDP y el CSCV se observó que aquellos pacientes que presentan alteraciones de la atención y la memoria tienen peor satisfacción vital ($x=2,99$) que los que no las tienen ($x=3,41$). De igual modo, se destaca que los que presentan alteraciones formales del pensamiento, síntomas obsesivos y/o fóbicos, delusiones, trastornos de los impulsos y de la psicomotricidad presentan no solo peor CV en los Aspectos Favorables de la misma, sino también peor satisfacción vital, menos autoestima y menos armonía. Finalmente, los que tiene trastornos sensorceptivos tienen menor autoestima y menor CV favorable.

Se concluyó que cada una de las facetas de la CV se ve afectada por distintos tipos de trastornos y en general, los sujetos que tienen los síntomas más clásicos de la esquizofrenia (trastornos formales del pensamiento y delirios) ven afectada su CV en todas sus facetas. Sin embargo, en contra de lo señalado por otros autores (Lehman, 1996 y Sullivan, et. al., 1992) no se observó que la existencia de trastornos afectivos en los pacientes afecte a su CV, al menos en los enfermos esquizofrénicos.

Respecto a los Aspectos Desfavorables de la CV, se observó que tanto la presencia de trastornos de memoria, trastornos formales del pensamiento, ideas delirantes, trastornos de la sensorcepción, trastornos de la vivencia del yo y trastornos psicomotores, presentan diferencias significativas con la puntuación total de la Sub-escala de Aspectos Desfavorables del CSCV.

“Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia” Giner, J; Ibañez, E; Cervera, S; San Martín, A y Caballero, R. Actas Esp. Psiquiatría 2001; 29 (4): 233-242.

El objetivo de este trabajo fue evaluar diferentes aspectos del CSCV en relación con la experiencia subjetiva del enfermo esquizofrénico acerca de su psicopatología. En primer lugar, comprobar si el cuestionario era capaz de agrupar o establecer categorías de un conjunto de enfermos esquizofrénicos, dependiendo de la CV de éstos; agrupaciones que podían ser cuantitativas (mayor o menor puntuación total en CV), pero también cualitativas al existir la posibilidad de establecer diferentes tipologías (utilizando dos puntuaciones, la favorable y la desfavorable). En segundo lugar, averiguar cuál era el alcance o el valor de cada uno de los diferentes factores del CSCV en esas agrupaciones.

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron para la investigación consistieron en el CSCV, la Escala de los Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) y el Sistema de la Asociación para la Metodología y la Documentación en Psiquiatría (AMDP).

La muestra estuvo constituida por 222 pacientes que cumplían criterios CIE-10 para el diagnóstico de esquizofrenia, con una edad media de 31,57 (DT de 9,93) y en su mayor parte varones 69,8%, mujeres 30,2%.

Los resultados obtenidos de diferenciar dos grupos de CV, obtenidos mediante el análisis Cluster, corresponde al Grupo I, con 81 enfermos esquizofrénicos con peor CV, puesto que alcanzó las puntuaciones más bajas en los factores favorables y las más altas en los desfavorables. Lo contrario ocurre en el Grupo 2, con 108 enfermos de mejor CV. Hubo 33 enfermos que no pudieron incluirse en ninguno de los dos grupos.

En el grupo de peor CV se observó como la Falta de aprehensión cognitiva, el Extrañamiento, el Miedo a la pérdida de control y la Hostilidad contenida, presentan una puntuación inferior a la de la Puntuación Total Desfavorable. El hecho de ser estos cuatro factores los que presentan menor puntuación, supone que su presencia en el Cluster tiene mayor peso, puesto que influyen como los demás pero con menor puntuación que ellos. Es decir,

que el impacto de estos factores sobre la peor CV es mayor que el de los otros factores, porque necesitan estar presentes en menor cantidad para producir modificaciones en la CV.

Los resultados de la PANSS, demuestran que el grupo de peor CV presentó una mayor puntuación tanto en el Síndrome Negativo (N), como en el Síndrome Positivo (P) de la esquizofrenia y en la escala de Psicopatología General (PG).

En todos los ítems de la PANSS N hay diferencias significativas en el sentido de que la peor CV tiene puntuaciones más altas. En la PANSS P no existen diferencias significativas en Excitación, Grandiosidad y Hostilidad, y en la PANSS PG no aparecen diferencias en Ausencia de juicio y en Desorientación.

No es extraño hallar estos resultados si se tiene en cuenta que al estudiar la capacidad psicométrica del cuestionario (Giner, et. al 1997), se encuentra que las puntuaciones totales de la PANSS tenían una baja correlación con los factores favorables del CSCV, mientras que con los nueve factores desfavorables mostraron una correlación alta (0,42 con la PANSS PG, 0,41 con la PANSS N y 0,33 con la PANSS P).

En cuanto a los resultados del Sistema AMDP, el bloque de la patología afectiva del AMDP incluye un gran número de síntomas que influyen de forma significativa sobre la peor CV de los esquizofrénicos, y abarcan al déficit afectivo, depresivo y ansioso.

Por lo tanto sobre la CV del esquizofrénico parecen intervenir de forma negativa las dificultades de relación, cognitivas y afectivas y también los síntomas afectivos menos psicóticos, como los depresivos y ansiosos.

Otro aspecto diferencial de la CV que puede medirse y obtenerse con el CSCV, lo constituye el intento de establecer diferentes tipologías de CV. Teniendo en cuenta la clasificación dicotómica de peor y mejor CV, se pudo ubicar a los diferentes sujetos en cada una de las categorías, atendiendo a la puntuación favorable y desfavorable en CV.

Es evidente que cuando la puntuación desfavorable es superior a la favorable, la CV es mala y viceversa, pero cuando hay igualdad en la

puntuación, la situación no es tan clara. Es decir, que los factores desfavorables son los que están más impregnados de psicopatología, de modo que una puntuación elevada inclinará la balanza hacia una peor CV, independientemente de que también pueda tener una puntuación elevada en la sub-escala de Aspectos Favorables.

En conclusión, para el CSCV es muy importante la autoevaluación de la experiencia subjetiva de la psicopatología. Cuando la percepción subjetiva de la psicopatología (CV Desfavorable) es lo suficientemente alta, la CV es mala a pesar de la puntuación que obtenga el sujeto en la sub-escala de Aspectos Favorables. En caso contrario, los factores favorables pueden hacer que el sujeto esté aceptablemente bien con él mismo.

En definitiva, el CSCV no sólo ha mostrado poseer una buena fiabilidad y viabilidad a niveles estadísticos sino que, además, como se ha puesto de manifiesto en esta investigación, presenta una buena fiabilidad y validez clínica.

“Estudio Psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la calidad de vida en personas con trastornos mentales severos, en una muestra Chilena”. Rubén Alvarado, M. y Katya Muñoz L. Revista Chilena Neuro-Psiquiatría 2006; 44 (4):249-257.

El objetivo del estudio consistió en describir las propiedades psicométricas del CSCV en una muestra chilena de personas con un diagnóstico de trastorno mental severo.

Antes de la aplicación del CSCV se solicitó a 10 jueces, profesionales de la salud que trabajan con personas que padecen un trastorno mental severo (médicos psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales) que realicen un análisis del cuestionario para verificar su comprensibilidad y aplicabilidad, su adecuación semántica y validez de contenido. Hubo consenso respecto de los contenidos, pero se hicieron pequeñas modificaciones semánticas al instrumento original para adecuarlo a las expresiones que se usan en dicho país.

Posteriormente, se aplicó a una muestra de 183 personas con diagnóstico de algún trastorno mental severo (178 con diagnóstico de esquizofrenia, 3 de trastorno bipolar y 2 de psicosis de base orgánica). La misma constituida por 104 varones y 79 mujeres. El rango de edad en el grupo fue de 16 a 74 años, con un promedio en $40,2 \pm 12,0$ años.

Los resultados obtenidos demostraron que el instrumento tiene una buena validez de contenido, ya que los jueces estimaron por consenso que las preguntas del cuestionario incluían aspectos relevantes para la CV de estas personas.

El análisis psicométrico basado en el estudio de las dos Sub-escalas del CSCV resultó muy favorable. Se encontró una buena correlación ítem-dimensión para todos los reactivos del cuestionario y muy buenos valores de consistencia interna, con cifras incluso más elevadas que las reportadas por los autores en el estudio original. La Sub-escala de Aspectos Favorables mostró un alfa de Cronbach de 0,89 y la Sub-escala de Aspectos Desfavorables un alfa de 0,95. Los valores del alfa se distribuyeron desde los que muestran valores elevados (como los factores de pérdida de energía y dificultad de expresión cognitiva con cifras de alfa de 0,82 y 0,80 respectivamente) hasta los que obtuvieron cifras bajas (como el factor de hostilidad contenida con un alfa de 0,35). Los tres factores de la Sub-escala de Aspectos Favorables presentan valores de alfa moderadamente elevados, en contraste con los factores de la Sub-escala de Aspectos Desfavorables donde se apreció una gran variabilidad. El análisis factorial de componentes principales para la Sub-escala de Aspectos Desfavorables encontró 11 factores que cumplen el criterio de la raíz latente y que explican un 62,9% de la varianza de esta Sub-escala. Dentro de estos factores, los dos primeros contienen el 64% de la varianza explicada (con 31,8% el primero y 32,3% el segundo).

En el caso de la sub-escala de Aspectos Favorables se obtuvieron dos factores que explican el 53,5% de la varianza, donde el primero de ellos corresponde al 90,4% de esta varianza.

Dado que la magnitud de la varianza explicada es media-baja para el conjunto de factores obtenidos en ambas dimensiones, se concluye que es preferible utilizar sólo las dos sub-escalas globales del CSCV.

Se realizó un análisis separado para las dos sub-escalas. En el caso de la Sub-escala de Aspectos Desfavorables, las puntuaciones fluctuaron entre 48 y 220, con una mediana en 106 puntos, el percentil 25 en 81 puntos y el percentil 75 en 154 puntos. El promedio observado fue de 116,5 puntos, con una desviación estándar de 42,7 puntos.

Para la Sub-escala de Aspectos Favorables el rango de las puntuaciones fluctuó entre los 13 y 65 puntos. El promedio fue de 44,2 puntos, con una desviación estándar de 14,4. La mediana se ubicó en 48 puntos, el percentil 25 en 33 puntos y el percentil 75 en los 56 puntos.

En conclusión, el CSCV parece ser un instrumento útil para medir la CV en personas que padecen un trastorno mental severo (especialmente esquizofrenia) y con buenas propiedades psicométricas. Se recomienda utilizarlo considerando sólo la valoración de sus dos Sub-escalas.

“Comparación de la Calidad de Vida en personas con trastornos mentales severos que han tenido o no intervenciones de rehabilitación psicosocial en la Región Metropolitana, 1998.” Katya Muñoz León, Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública, marzo de 2006, Universidad de Chile.

La investigación tuvo como objetivo verificar si las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales severos cambian su nivel de CV luego de participar en programas de rehabilitación psicosocial. El propósito de este estudio consistió en sumar evidencia respecto del aporte que los programas de rehabilitación psicosocial hacen a la vida de personas que sufren de este tipo de trastornos.

Se trabajó con datos secundarios provenientes de un estudio previo sobre personas con trastorno mental severo y CV realizada en población chilena, en el cual se aplicó un instrumento para medir la CV en personas que

sufren de esquizofrenia (Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida). A partir de estos datos se contrastaron los resultados entre un grupo de personas con diagnóstico de esquizofrenia que participaron en programas de rehabilitación y otro grupo que, teniendo el mismo diagnóstico, no ha tenido acceso a estas actividades (y que han sido tratados solo con neurolépticos orales). Este estudio se realizó bajo la hipótesis de que los sujetos que si han ingresado a este tipo de programas tendrán puntajes significativamente mayores en todas las dimensiones que son medidas por este cuestionario.

Para efectos de esta investigación, la muestra fue dividida en dos subconjuntos: (1) personas con diagnóstico de trastorno mental severo que han participado en programas de rehabilitación, y (2) personas con diagnóstico de trastorno mental severo con tratamiento médico farmacológico que no han participado en programas de rehabilitación. La muestra final se constituyó por 177 sujetos en total, de los cuales 91 (51.4%) pertenecen al grupo sin tratamiento, y 86 (48.6%), al grupo que ha participado en programas de rehabilitación. Respecto al sexo, la muestra se compuso de un 44.1% de mujeres y un 55.9% de hombres. En cuanto a la edad, la muestra tuvo un promedio de 39.99 ($s = 11.9$), con un mínimo de 16 y un máximo de 74 años.

El grupo con rehabilitación psicosocial fue seleccionado entre los asistentes a programas de rehabilitación en instituciones de la Región Metropolitana, con el método de afijación proporcional de acuerdo a la cantidad de plazas ofrecidas en cada una de ellas.

El grupo sin rehabilitación psicosocial fue seleccionado entre aquellos pacientes que, padeciendo trastornos mentales severos similares a los del grupo anterior, no habían participado en programas de rehabilitación psicosocial al momento de la evaluación, sino que recibían exclusivamente tratamiento farmacológico.

Al analizar los resultados obtenidos, se advirtió que las personas con trastornos mentales severos que habían recibido rehabilitación psicosocial tenían una puntuación mayor en el CSCV respecto de las personas que padecen estos trastornos y que sólo recibieron tratamiento farmacológico. A pesar de las limitaciones del estudio, las muestras contrastadas son

equivalentes en sexo y edad, pues no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas variables.

“Autoevaluación de personas enfermas de esquizofrenia, empleando el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)” Mónica Valdebenito V., Marcelo Valdebenito V. y Álvaro Cavieres F. Revista Chilena Neuro-Psiquiatría. 2008; 46 (4): 255-262. Chile

El objetivo de la investigación es conocer la percepción subjetiva de CV de un grupo de personas enfermas de esquizofrenia empleando el CSCV y analizar su relación con variables clínicas y neuropsicológicas.

Se evalúa a 50 personas enfermas de esquizofrenia (30 varones, edad promedio 26 años, escolaridad promedio 12 años), atendidas en forma ambulatoria en el Policlínico del Hospital del Salvador de Valparaíso, Chile, de acuerdo a los siguientes criterios: 1) diagnóstico de esquizofrenia según DSM IV; 2) edad entre 25 y 50 años; 3) cuadro clínico estabilizado y ausencia de cambios significativos en su tratamiento durante los últimos tres meses y sin hospitalizaciones en el último año; 4) sin antecedentes de retardo mental, daño orgánico cerebral, trastorno por abuso de alcohol o drogas u otra co-morbilidad psiquiátrica o médica mayor; 5) efectos adversos del medicamento leves o moderados; 6) entregar consentimiento informado por escrito.

Los sujetos de la investigación respondieron individualmente el CSCV y también fueron evaluados empleando una batería de pruebas neuropsicológicas, para la medición de las siguientes funciones: atención, memoria de trabajo, memoria y aprendizaje verbal, fluidez verbal fonológica y semántica, y función ejecutiva; la EEAG (Evaluación de la Actividad Global) y PANSS (Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia).

Los resultados de la investigación arrojan que la mayoría de los pacientes se manifestó conforme con su CV. El mayor porcentaje de acuerdo lo recibe el ítem armonía, factor de la Sub-escala de Aspectos Favorables del CSCV mientras que el mayor desacuerdo lo recogen dificultad de expresión

cognitiva, miedo a la pérdida de control y hostilidad contenida, factores de la Sub-escala de Aspectos desfavorables de CSCV.

Las funciones evaluadas en la batería neuropsicológica, no se relacionaron, de un modo estadísticamente significativo, con ninguna de las sub-escalas del CSCV. Tampoco se observó una correlación entre los puntajes en los ítems de aprehensión y expresión cognitiva y los rendimientos de los pacientes en las pruebas evaluadas.

Existe una relación inversa, estadísticamente significativa, entre los puntajes en la escala EEAG y la Sub-escala de Aspectos Desfavorables del CSCV, esto es, a mejor grado de funcionamiento psicosocial, menos disconformes se mostraron los pacientes con su CV. No hay relaciones estadísticamente significativas con la Sub-escala de Aspectos Favorables.

Los síntomas psicóticos y el déficit cognitivo no tuvieron mayor impacto en la CV reportada por los sujetos de la muestra.

No se observan correlaciones entre los síntomas positivos y los puntajes del CSCV. Los síntomas negativos y de psicopatología general de la PANSS se relacionaron de manera estadísticamente significativa, con la Sub-escala de Aspectos Desfavorables, pero no con la Sub-escala de Aspectos Favorables del CSCV. El ítem de Insight de la PANSS, está relacionado de manera inversa con la Sub-escala de Aspectos Desfavorables. Una mayor conciencia de estar enfermo y de los síntomas de la enfermedad, se asocia con síntomas depresivos y un menor bienestar subjetivo, mientras que el reconocimiento de la necesidad de la medicación se asocia a una mejor CV.

Es llamativa la falta de correlación entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y el nivel de satisfacción vital expresado por los sujetos, y en particular, con la evaluación que los pacientes hacen de su propio desempeño cognitivo en actividades cotidianas (expresión y aprehensión cognitiva). Además de la dificultad de los pacientes para percibir el déficit, estos hallazgos podrían explicarse, por una mayor conformidad de los pacientes con sus limitaciones y logros o por otros factores, como el uso de funciones suplementarias, la búsqueda de ayuda o el acceso facilitado a los recursos.

Esta investigación, permite concluir que las personas enfermas de esquizofrenia, pueden informar respecto a su CV, utilizando adecuadamente instrumentos como el CSCV.

“Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana” Alejandra Caqueo Urizar y Serafín Lemos Giráldez. *Psicothema* 2008 Vol. 20 N° 4, pp 577-582. Chile.

El objetivo de la investigación consistió en evaluar la calidad de vida y el funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia que reciben atención en la ciudad de Arica, Chile.

La muestra estuvo constituida por 49 pacientes con esquizofrenia y 70 familiares, atendidos en los Servicios de Salud Mental. En relación con la etnia, 8 de los pacientes indicaron ser Aymaras. La muestra de familiares estuvo conformada por 45 mujeres y 25 varones.

Los instrumentos de medición utilizados fueron el CSCV (Cuestionario Sevilla Calidad de Vida), el GHQ-12 (Cuestionario de Salud General de Goldberg) y el APGAR-Familiar (Cuestionario de Función Familiar).

El CSCV ha sido validado en Chile, presentando una elevada consistencia interna dentro de cada Sub-escala (alpha de Cronbach de 0,89 y de 0,95 en las dimensiones de Aspectos Desfavorables y Favorables) (Alvarado y Muñoz, 2006).

En cuanto a los resultados se encontró que en el CSCV los pacientes obtuvieron un promedio de 108.80 (DT=37.25; Rango=1-230) en la Sub-escala de Aspectos Desfavorables (SAD) y de 47.49 (DT=12.10; Rango=1-65) en la Sub-escala de Aspectos Favorables (SAF).

Las correlaciones entre los instrumentos aplicados en pacientes fueron altamente significativas. Se observa que la percepción de funcionamiento familiar presenta una correlación significativa con las Sub-escalas Favorable y Desfavorable de la CV, del mismo modo que con el factor de salud general.

Esto indica que a mayor funcionalidad familiar percibida, mayor es la CV y mejor percepción de la salud general del paciente.

Se aprecia una correlación significativa entre la salud general, factor salud general y factor funcionamiento social adecuado, y la CV Sub-escalas de Aspectos Favorables y Desfavorables; por lo que una alta CV va de la mano con una menor severidad del trastorno. Por otra parte, y también en relación con la percepción del funcionamiento familiar, se encontró que quienes tenían una ocupación laboral fuera del hogar (Media=8.35, DT=1.80) obtuvieron puntuaciones más altas que quienes no la tenían (Media=6.59, DT=2.66).

En el análisis por variables ordinales del paciente (Edad, Nivel educacional, Años con la enfermedad, Número de hospitalizaciones en los últimos 3 años y Número de hospitalizaciones en total) no se encontraron correlaciones significativas con los cuestionarios aplicados.

Los autores de la presente investigación concluyen que no se encontró deterioro en la CV en los pacientes con esquizofrenia de esta muestra, ni diferencias por características sociodemográficas y clínicas. Sin embargo se observó que la CV está relacionada con la funcionalidad familiar percibida por el paciente.

La ocupación laboral del paciente, los Aspectos Favorables en su CV y su percepción de salud general son las variables que conforman el modelo más significativo que mejor explica la varianza del funcionamiento familiar.

En relación con la percepción del funcionamiento familiar por parte del cuidador no hay consistencia, al igual que en otras investigaciones, entre los resultados obtenidos en pacientes y cuidadores, debido posiblemente a las características del trastorno. El funcionamiento familiar del cuidador disminuye con el número de años con los que el paciente ha estado con el trastorno, lo que probablemente responde a un alto nivel de sobrecarga experimentado por el cuidador o familiar.

“Calidad de vida subjetiva y síntomas psicóticos básicos en pacientes con esquizofrenia en distintos recursos asistenciales: un estudio preliminar.” Sañudo Corrales, J.I.; Herrero Remuzgo, S.; Lamas Bosque, F. J.; y Franco Fernández, M. D. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud; 6 (2010): 67-72.

El objetivo de este estudio consistió en medir la relación entre la CV subjetiva y la sintomatología psicótica básica en pacientes con esquizofrenia y atendidos en distintos recursos asistenciales pertenecientes a una red de Salud Mental.

La muestra se conformó de 50 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, mayores de 18 años, solamente hombres y con una evolución de la enfermedad superior a 10 años.

Para el estudio se utilizaron el Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3) y el CSCV. El FBF-3 se trata de un cuestionario autoaplicado de 98 ítems en el que el paciente valora la presencia de quejas subjetivas en 10 escalas clínicas (pérdida de control, percepción simple, percepción compleja, lenguaje, cognición y pensamiento, memoria, motricidad, pérdida de automatismos, anhedonia y angustia e irritabilidad por sobrestimulación).

El trabajo encontró una estrecha relación entre la sintomatología básica (experiencia subjetiva) y la CV subjetiva. Esta relación se evidenció en una relación positiva entre la puntuación total en el FBF-3 y la puntuación en la Sub-escala de Aspectos Desfavorables del CSCV, mientras que existió una relación negativa entre la puntuación en el FBF-3 y la que se mostró en la Sub-escala de Aspectos Favorables de CSCV. Es decir, aquellas personas que presentaron una menor sintomatología básica se mostraron con una mayor satisfacción vital, una mayor autoestima, y una mayor armonía. En cambio, aquellas personas que mostraron una mayor puntuación en el FBF-3 presentaron a su vez, menor satisfacción vital, autoestima, y armonía, al mismo tiempo que una mayor falta de aprehensión cognitiva, falta de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, dificultad de expresión cognitiva, extrañamiento, miedo a la pérdida de control, hostilidad contenida y automatismo.

Se concluyó que existe una clara relación entre la CV y la sintomatología psicótica básica (experiencia subjetiva) en la esquizofrenia, de manera que, a mayor sintomatología peor será la CV expresada por la persona que padece la enfermedad y que no existe una relación significativa entre la CV, sintomatología psicótica básica y el recurso asistencial, a diferencia de lo observado en otros estudios (Mínguez et al., 2005; Barry y Zissi, 1997; Bjorkman y Hansson, 2002; Goodwin y Madell, 2002) que encuentran una asociación entre CV y lugar de residencia, de manera que aquellas personas que viven en la comunidad tienen mayor CV que las que viven en una institución.

**“Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores”
José Gutierrez- Maldonado, Alejandra Caqueo- Urizar, Marta Ferrer- Garcia y Paula Fernández- Dávila. *Psicothema* 2012. Vol. 24 N°2, pp. 255-262. Chile**

Se describe la percepción de apoyo y el funcionamiento social de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores principales, y su relación con la calidad de vida.

Participaron del estudio 45 pacientes con esquizofrenia, atendidos en el Servicio de Salud Mental de Arica Chile y 45 cuidadores. El 57,8% de los pacientes que participaron en el estudio eran varones y su rango de edad oscilaba entre los 18 y 78 años (M= 40,7; DT=13,9). La muestra de cuidadores estuvo formada por 29 mujeres y 16 hombres, de entre 20 y 80 años (M=54,2; DT=18,1). El promedio de años conviviendo con el paciente oscilaba entre 2 y 51 años (M=2,9; DT=13).

Los instrumentos que se emplearon fueron MSPSS Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social, el CSCV Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, la PANNS Escala de Síntomas Positivos y Negativos, SFS Escala de Funcionamiento Social y finalmente, Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Los resultados del estudio demuestran que tanto los pacientes como sus cuidadores atribuyen a las personas con esquizofrenia un nivel de funcionamiento social global medio. Asimismo, tanto unos como otros perciben a los pacientes como más competentes en sus interacciones sociales intrafamiliares que en las relaciones sociales que establecen con personas ajenas al entorno familiar. En cuanto al apoyo social, las personas con esquizofrenia perciben que éste les viene dado principalmente por su familia.

Se correlacionaron las puntuaciones obtenidas en el CSCV con los resultados de la Escala de Funcionamiento Social (SFS) Y de Percepción de Apoyo Social (MSPSS). Se encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la escala Percepción de Apoyo Social, tanto en la dimensión amigos, como en la dimensión familiares- otros significativos, y la Sub-escala de Aspectos Favorables del CSCV. Asimismo, se encontró una correlación negativa y significativa entre la dimensión de percepción de apoyo social brindada por familiares y la Sub-escala de Aspectos Desfavorables del CSCV. Las personas que perciben menos apoyo por parte de su familia son las que muestran una función más desfavorable.

No se encontraron niveles bajos de CV de los pacientes, lo que concuerda con el estudio mencionado anteriormente en la misma localidad de Arica, Chile (Caqueo- Urizar y Lemos- Giraldes, 2008). Estos resultados se contraponen a los que suelen obtenerse en estudios llevados a cabo en países desarrollados donde la CV de los pacientes se percibe peor (Addington y addington, 2008; Bodzikas et al., 2006 Burns y Patrick, 2007).

Los aspectos satisfactorios de la CV de los pacientes están estrechamente relacionados con el apoyo social percibido, tanto por parte de amigos como familiares y otros significativos. Los pacientes que mostraron mayor percepción de apoyo social presentaron más aspectos positivos o agradables según el CSCV. A su vez, aquellos aspectos desagradables o insatisfactorios para la CV se relacionaron con la percepción de recibir poco apoyo social.

Los investigadores concluyeron que los pacientes con esquizofrenia presentan una pobre integración social y actividad funcional a pesar de mostrar

adecuadas capacidades para desenvolverse dentro de su ambiente familiar. La percepción de falta de apoyo social y la sensación de aislamiento disminuyen la CV de los pacientes.

“Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile.” Alejandra Caqueo-Urizar, José Gutiérrez-Maldonado, Marta Ferrer-García y Paula Fernández-Dávila. Rev. Psiquiatría y Salud Mental, Barcelona 2012; 5 (2):121-126.

El objetivo del estudio consistió en describir la CV en pacientes con esquizofrenia con ascendencia aymara (Franja pre cordillerana y altiplánica de Chile, una de las dos regiones con mayor prevalencia de esquizofrenia), analizando la presencia de diferencias con pacientes de ascendencia no originaria, ya que la mayoría de las personas pertenecientes a una minoría étnica presentan menos apoyo social, menor información respecto a recursos comunitarios, barreras lingüísticas, además de un bajo nivel socio-económico. Dado que la mayoría de las investigaciones provienen de países desarrollados, con características socio-económicas diferentes a las características del pueblo aymara se consideró necesario profundizar en la CV de pacientes psicóticos pertenecientes a la mencionada minoría étnica.

Participaron en el estudio 45 pacientes atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica Chile, divididos en dos grupos: etnia aymara (N=26) y etnia no originaria (N=19).

Los instrumentos de medición utilizados fueron la PANSS (Escala de Síntomas Positivos y Negativos) y CSCV (Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida).

Los resultados referentes a los pacientes aymaras en el CSCV arrojaron una media de 103,5 (DT=38,2 ; Rango=45-179) en la Sub-escala de Aspectos Desfavorables y de 49,6 (DT=10,80; Rango=23-65) en la Sub-escala de Aspectos Favorables. Por su parte, los resultados para los pacientes con ascendencia no originaria, arrojaron una media de 107,2 (DT=36,02; Rango=54-197) en la Sub-escala de Aspectos Desfavorables y de 47,6

(DT=13,6; Rango=24-65) en las Sub-escala de Aspectos Favorables. La puntuación total de la escala de CSCV clasificó a ambos grupos de pacientes en un nivel moderado de CV.

Con el propósito de analizar la relación entre las Sub-escalas de la PANSS y los Aspectos Favorables y Desfavorables del CSCV, se aplicó una prueba de independencia Chi-Cuadrado de Pearson que contrasta si las diferencias observadas en dos grupos son atribuibles al azar. La Sub-escala de Aspectos Favorables únicamente mostró relación con la puntuación en la Sub-escala Negativa del PANSS. Por su parte la Sub-escala de Aspectos Desfavorables solo mostró relación con la puntuación en la Sub-escala Psicopatología General del PANSS.

Para analizar la existencia de diferencias significativas en la CV de los pacientes en función de su etnia, se aplicó una prueba de U de Man-Whitney que contrasta si los valores obtenidos en una variable son similares en los distintos grupos. No observando diferencias entre los pacientes aymaras y los no aymaras tanto en la Sub-escala de Aspectos Favorables ($U=224,5$; $p=0,6$) como la Sub-escala de Aspectos Desfavorables ($U=236$; $p=0,8$).

Los pacientes que conformaron la muestra de estudio presentaron un predominio de sintomatología negativa, relacionada con un curso más desfavorable del trastorno, periodos más largos de hospitalización, retraso en la recuperación y pobres resultados en el tratamiento.

Estos síntomas están asociados a disfunciones económicas, profesionales y sociales que merman la CV percibida de los pacientes en diferentes áreas de su vida.

Asimismo, los participantes mostraron elevados índices de psicopatología general, específicamente síntomas de depresión y ansiedad, ambos asociados también a los Aspectos Desfavorables de la CV.

A pesar de la sintomatología encontrada, los participantes presentaron niveles moderados de CV, no apreciándose diferencias derivadas del origen étnico de los mismos. Así pues, parece que el contexto social y cultural en el cual están inmersos puede ejercer influencias importantes en el curso del trastorno.

Asimismo, existe evidencia de que los sujetos que presentan una ocupación poseen mayores redes sociales y mayor apoyo social derivado de estas, asociándose positivamente a su bienestar subjetivo. El funcionamiento social definido como la capacidad para adoptar roles sociales como cónyuge o trabajador, se constituye como el principal predictor para la CV de los pacientes.

“Estudio de seguimiento a cinco años de la psicosis aguda: evolución diagnóstica y adaptación psicosocial.” A. Pedrós Roselló; J.M Tenías Burillo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (114), 261-270.

El objetivo de éste trabajo de investigación consistió en analizar la evolución diagnóstica y funcionamiento a los cinco años de pacientes diagnosticados al inicio de psicosis aguda e identificar factores que puedan influir en el diagnóstico.

La muestra constó de 41 pacientes (n=41), 28 hombres (68,3%) y 13 mujeres (31,7%), con una edad media de 32.8 años (DE: 8,6 años, rango de 22 a 60 años).

La valoración del estado mental se realizó mediante entrevista clínica abierta, aplicación de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y la PANSS (Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia). El diagnóstico definitivo se realizó con criterios DSM-IV, realizándose un agrupamiento sindrómico para el análisis estadístico (psicosis crónica, afectivo crónico y psicosis aguda).

Para el estudio del funcionamiento del paciente se abordaron distintos aspectos como: funcionamiento general (escala heteroaplicada OMS-DAS: total, cuidado personal, ocupacional, familiar y social), adaptación social (escala autoaplicada SASS) y calidad de vida (cuestionario autoaplicado CSCV).

A los cinco años un 73,2 % de los pacientes recibió un diagnóstico de proceso psicótico o afectivo crónico, mientras que un 26,8% continuó manteniendo el diagnóstico de psicosis aguda inicial.

Se analizaron tres variables que podían tener influencia en la evolución del diagnóstico (edad, género y acontecimientos vitales previos al inicio de la psicosis). La edad al inicio del episodio psicótico agudo no pareció influir en el diagnóstico a los cinco años. En los hombres se observó, una mayor tendencia a sufrir una enfermedad psicótica crónica (en su mayoría esquizofrenia y esquizoafectivo), aunque sin significación estadística ($p = 0.11$).

La sintomatología psicótica positiva y negativa en los pacientes con proceso psicótico o afectivo crónico y los diagnosticados de psicosis aguda presentaron diferencias estadísticamente significativas, sobre todo cuando se analiza el síndrome negativo ($p < 0.001$). Al estudiar el funcionamiento de los pacientes, se obtuvieron tres niveles de adaptación/satisfacción claramente delimitados. Los pacientes con diagnóstico de psicosis crónica, presentaron un mayor nivel de discapacidad (personal, ocupacional, familiar y social), un nivel de adaptación social menor y un nivel de calidad de vida más desfavorable que los pacientes con diagnóstico de bipolar. Los pacientes que a los cinco años mantuvieron un diagnóstico de psicosis aguda (remitida) mostraron el mejor nivel de adaptación social, con un menor grado de discapacidad y una valoración más favorable de su calidad de vida.

La sintomatología psicótica positiva y negativa presentó una correlación positiva y significativa con la discapacidad, adaptación social y valoración desfavorable de la calidad de vida de los pacientes. ($Rho > 0.72$ en todos los casos; $p < 0.01$). Asimismo, los síntomas psicóticos positivos se correlacionaron de forma positiva con los síntomas negativos ($Rho = 0.79$; $p < 0.01$). La adaptación social de los pacientes se correlacionó de forma positiva y significativa con una valoración favorable de su calidad de vida y de manera negativa con la valoración desfavorable de su calidad de vida ($Rho = -0.61$; $p < 0.01$).

En cuanto a los reingresos psiquiátricos como indicador de evolución se obtuvo una diferencia significativa ($p = 0.01$) entre los grupos diagnósticos. El 60% ($n = 15$) de los pacientes diagnosticados de psicosis crónica reingresó durante el seguimiento, frente al 20% ($n = 1$) de los pacientes con trastorno

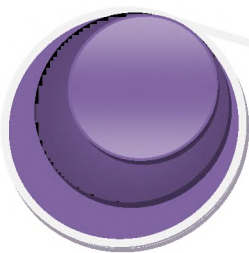
bipolar y tan sólo el 9.1% (n = 1) de los pacientes que mantuvieron el diagnóstico de psicosis aguda.

La edad al inicio del episodio psicótico no reflejó ninguna correlación con la sintomatología psicótica existente a los cinco años, así como en su adaptación social, discapacidad o calidad de vida. (Rho, todos los valores no significativos, $p > 0.05$).

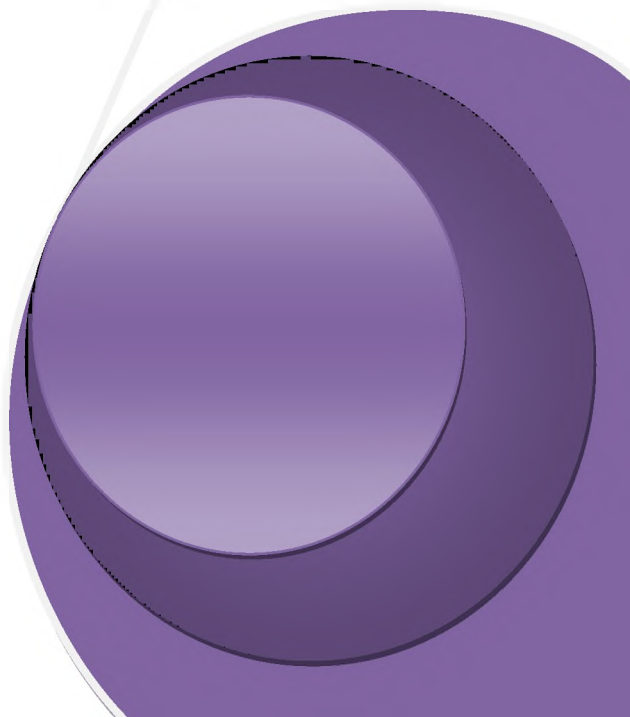
Al analizar las diferencias por género, se obtuvo que los hombres presentaron mayor sintomatología psicótica (positiva y negativa) a los cinco años ($p = 0.09$ y $p=0.05$, respectivamente). El nivel de adaptación social fue menor en los hombres ($p = 0.01$). El grado de discapacidad fue mayor en los hombres que en las mujeres, siendo la diferencia significativa en cuidado personal ($p = 0.047$). Finalmente, las mujeres realizaron una valoración más favorable de su calidad de vida y los hombres la describieron de forma más desfavorable, aunque en ambos casos sin presentar significación a nivel estadístico.

No se apreciaron diferencias destacables en la evolución diagnóstica respecto a género o edad de inicio. Los resultados mostraron, tres funcionamientos bien diferenciados. Aquellos que mantuvieron el diagnóstico original de psicosis aguda mostraron a los cinco años una mayor satisfacción con su vida, menor discapacidad funcional y mayor calidad de vida al contrario de los diagnosticados de psicosis crónica, generalmente trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo. En una situación intermedia se encontraron aquellos pacientes que presentaban una evolución hacia enfermedades afectivas crónicas como el trastorno bipolar.

Los autores del estudio afirman, que el diagnóstico a los cinco años fue idéntico entre hombres y mujeres, pero el funcionamiento, adaptación y satisfacción con la vida y por lo tanto un pronóstico más favorable fue mayor en el sexo femenino.



Marco Teórico



CAPÍTULO I

La “locura”* y su concepción histórica

La forma de definir “la locura”, ha variado con el transcurrir del tiempo y las transformaciones sociales. El concepto de “locura” fue empleado históricamente en diferentes contextos con diferentes significados, que retrospectivamente se sabe correspondían a fenómenos distintos, que en la historia de la medicina se encuentran pobremente definidos y que en ocasiones eran incluso contradictorios. La cuestión de qué variaciones respecto a la norma eran aceptadas como "extravagancias" y cuáles como “locura” dependían de la región, la época o las circunstancias sociales del sujeto.

Diversos personajes históricos contribuyeron a la designación del concepto: filósofos, médicos, religiosos, artistas, que desde su disciplina trataron de explicar algunas manifestaciones de la conducta humana que en el momento no tenían explicación, incluyéndolas bajo el concepto de “locura”. No fue hasta la aplicación de la nosología moderna cuando se delimitaron los diferentes fenómenos denominados hasta entonces con este concepto.

Las concepciones han evolucionado “de lo mítico a lo científico; del azote a la asistencia; de la institucionalización a la desinstitucionalización; de lo demoníaco a la etiopatogenia; de hechiceros y exorcizadores a psiquiatras y psicólogos”.⁴ Por esta razón, el campo de la Salud Mental ha sido vinculado históricamente con varios aspectos: el campo legal, sociocultural, económico, político, entre otros, dado que la “locura” es una problemática del comportamiento humano individual que afecta a la sociedad.

4 Huleche, A y Delgado, L. “La función social de la locura. Una mirada desde el poder”. Ed. Espacio. 1998.

Podría decirse que una persona es designada con éste término no sólo por las alteraciones de su comportamiento, sino por las actitudes que la sociedad tome respecto de esas alteraciones.

Desde siempre, la “locura” como enigma, como cuestionamiento se ha refugiado interrogando al ser humano: ¿En qué consiste y qué se puede hacer con ella? ¿Qué es un “loco”?.

El “loco” siempre ha existido, justificado mediante explicaciones sobrenaturales, como las posesiones, lo demoníaco. No es hasta el siglo XVIII que se los acepta como “enfermos”. Los motivos eran más sociales que de salud.

El miedo a lo desconocido, el contagio de enfermedades, que tiene su origen en la lepra, hace que se los aleje de las ciudades, se los excluya y sean aislados por ser considerados lastre social. Este aislamiento hace que se mezclen sujetos con diferentes padecimientos y otros simplemente indigentes, pobres o enfermos aquejados de enfermedades propias de la época.

Michel Foucault en su obra “Historia de la locura en la época clásica” plantea que “...la Psiquiatría no nace de los problemas planteados por la libertad, sino por las tensiones a las que la Sociedad somete al individuo que aliena, o, en todo caso, al que encierra, para desembarazarse de todos los desviados que ofenden la moral y la razón.”⁵

“En la Edad Antigua, se consideraba la locura como obra de los dioses o dáimones. Tres dioses de la mitología griega estaban asociados a la locura: Até, Manía, y Dionisos. Las divinidades enviaban la locura, como castigo o venganza. En esta época las personas no eran culpabilizadas por su trastorno; eran más bien consideradas como víctimas inocentes de fuerzas sobre las que no tenían control alguno”⁶.

5 Ey, H. “Tratado de Psiquiatría”. Ed. Masson, S.A. Pág. 53.

6 Dimauro, M. “Salud mental y sociedad. Más allá de lo endógeno: Principios marco para una psiquiatría humanística”. Pág. 5. Ed. El Ateneo. 1995

“En las épocas donde el cono de sombra de la demonología y la hechicería signaban la oscuridad del desconocimiento, se pensó que la anormalidad en la conducta involucraba al hombre en su totalidad. Por lo tanto, sólo los métodos apoyados en la crueldad podían disuadir a esas fuerzas desconocidas y demoníacas de perseverar en su acción. Las trepanaciones de cráneo servirían para que estas fuerzas se liberaran, mientras que la tortura se convertiría en la práctica más eficaz para dominarlas. Lo sustancial de estos modelos perceptuales era la delimitación de un peligro irracional desconocido, seguido de un ataque para destruirlo”.⁷

Con el advenimiento del Cristianismo, “la locura” fue conceptualizada como sinónimo de pecado, “defecto moral”. Se la consideró como el resultado de una posesión o un pacto con el diablo, como un efecto de la brujería. El “loco” era alguien controlado por las fuerzas del mal. Por ello, el tratamiento es mayoritariamente ejercitado por clérigos. Estos criterios influenciados por la iglesia y claramente demonológicos conllevan las prácticas exorcistas, exhortando a los clérigos a usar todos los medios para evitar la brujería.

Una constante de la medicina de entonces fue la actitud dual de los médicos, quienes vivieron dramáticamente el conflicto entre los intereses escolásticos propulsados por la iglesia y los de orden estrictamente científico.

A fines de la Edad Media surge un enfoque “médico” de la “locura”. Se cree que los “locos” tienen una piedra en la cabeza, la “piedra de la locura”, que origina su mal, y se realizan intervenciones quirúrgicas para extraerla.

Con la llegada del Renacimiento se acaban los exorcismos y las trepanaciones de cráneos. Se opta por erradicar a los “locos”, sacarlos de la ciudad, de las calles, del espacio público. Se les deja recorrer los campos apartados y otros son librados a su suerte en un barco sin timón, “Stultifera Navis”. Los “locos” eran llevados en número considerable por marineros y

7 Ibid.

mercaderes y allí se “perdían”, librando así de su presencia a la ciudad de donde venían.⁸

Luego de vencer grandes resistencias se comenzó a aceptar la idea de que las brujas y los poseídos podían sufrir una enfermedad natural. Dejaron de ser endemoniados o poseídos, pero continuaron aislados y confinados en hospitales psiquiátricos deplorables. Durante el transcurso de los siglos XVI y XVII la medicina mental fue conquistando su campo de acción.

En 1625, comienza una gran crisis económica que se extiende por toda Europa. La práctica del internamiento va a designar una nueva reacción a la miseria.

En 1656 surgen los hospitales psiquiátricos, cuando se crea por decreto de Luis XIII el Hospital General de París, denominando Foucault a esta época como “el gran encierro”. En ese momento era un lugar de reclusión y de exclusión con fines caritativos. Se confinaba al mismo tanto a desocupados, vagabundos, depravados, suicidas, alienados, homosexuales, prostitutas y pobres. Este “asistencialismo” genera una conciencia social que excluye al pobre y lo deja sin derechos. El desocupado no va a ser castigado ni expulsado, sino que será internado y sufrirá la pérdida de su libertad individual a cambio de ser alimentado.

“...Al individuo institucionalizado nada le es permitido conservar como propiedad, o reconocida ésta como jerarquización; su circulación controlada y la exigencia de hablar ya que todo trato requiere de esta renuncia a la privacidad; intimidad impedida (el baño sin puertas, las puertas sin su control, las funciones corporales a la vista, el baño en común, etc.) y la pérdida de su singularidad como individuo (desde el número o el diagnóstico que reemplaza al nombre propio, la pérdida de los derechos individuales, etc.).”⁹

“...El manicomio no es precisamente un espacio público, como algunos confunden, ninguno de sus rasgos se asemejan. Se trata de un privado

8 Foucault, M., “Historia de la Locura en la Época Clásica”. Ed Paidós. 1980

9 Galende y cols. “Políticas en salud mental”. Lugar Editorial S.A. 1994. Pág. 66.

monstruoso, porque es una masificación del individuo, de la abolición de su intimidad, donde lo privado toma el sentido de privación, privación de lo privado. Es la estrategia social para hacer controlable, regulable, la locura o el desecho, el muro que establece un exterior libre de ellos, limpio, razonable. La masa del interior, perdida su condición de individuos, de su libertad, de sus derechos civiles, de sus responsabilidades penales pasa a constituir un interior privado, masificado por una identidad de trato y de destino...”¹⁰

El objetivo del internamiento es reformar la moral del individuo. Sólo se señala la causa sobresaliente de la conducta, como justificación del encierro.

Ésta fue, según Galende, la función del asilo en la modernidad. La conservación de un espacio público limpio de lo degradado y lo desagradable, mantenimiento de una socialidad que requería de la expulsión- reclusión de lo interior.

Posteriormente apareció la Psiquiatría como disciplina científica, a partir de la demanda social que requería una solución a ese problema. La medicina mental legitimó al hospicio; bien o mal se intentaba hacer de él algo terapéutico. Los especialistas que más lo intentaron fueron los primeros en girar su atención hacia el internamiento mismo y pasaron a denunciarlo. Sin embargo, no fueron sus crisis, su ineficacia demostrada, su horror en quienes lo habitaban o visitaban, suficientes para realizar su abolición. La sociedad misma los defendió cuando psiquiatras reformadores pretendieron abrir sus puertas.

Con el advenimiento de la Revolución Francesa, las casas de confinamiento habían multiplicado sus internos bajo condiciones de hacinamiento, razón por la cual se inicia un proceso que intenta reducir las internaciones, tratando de identificar las verdaderas causas que conllevan a las mismas.

10 *Ibíd.* Pág. 68.

En marzo de 1790, se decreta la libertad de todos los internados que no sean delincuentes o “locos”.

Se aparta todo lo que antes rodeaba a “la locura”; la miseria y la sinrazón se alejan, todo este proceso de separación forma lentamente la noción moderna de “locura”, que la hace aparecer aislada condenada a la exclusión nuevamente. Comienza a reducirse la internación en forma indiscriminada, pero permanece inamovible en referencia a la “locura” misma, sin existir estructuras de internación para albergar exclusivamente “alienados”. Es decir, que esta desaparición del internamiento masivo deja a la “locura” sin inserción en el espacio social. El pensamiento médico no está adaptado todavía a los problemas propios de “la locura”.

Se trata de proyectar una forma de encierro en donde la exclusión y la función médica actúen conjuntamente, que el internamiento se transforme en un espacio de curación. Se constituirán nuevos valores con un sentido terapéutico.

El advenimiento de la Reforma Psiquiátrica, tuvo relación con un contexto social, político y cultural que hizo posible su existencia y propagación. Dadas estas condiciones históricas, dicha reforma habría de aparecer casi inevitablemente en forma independiente del lugar y de sus autores materiales. No caben dudas que en las últimas décadas del siglo XVIII la población mostró una suerte de sensibilización e indignación acerca del trato que se les daba a las personas institucionalizadas, que en definitiva, no dejaban de ser parte de la comunidad. Precisamente, este cambio en la sensibilidad social permitió la implementación de algunas investigaciones oficiales en los manicomios, durante los primeros años del siglo XIX, debido a que los familiares de las personas internadas se quejaban mucho más a menudo ante las autoridades al ver la forma inhumana en que eran tratadas.

“Se decide cambiar la denominación de Hospital General, dado su desprestigio, por la de Asilos. Así sucede en París con Bicêtre (asilo para hombres) y con Salpêtrière (asilo para mujeres).

De esta manera, junto a éstas medidas, tiene lugar un reordenamiento de la “locura”: respecto a la libertad del “loco”, al conocimiento de la “locura” y de la legislación.

Philippe Pinel (1745-1826), quién recibe una herencia ilustrada por los ideales de la Revolución Francesa y nombrado por el gobierno para dirigir Bicêtre en 1793 y posteriormente Salpêtrière en 1795, emprende una reforma de las condiciones del internamiento, eliminando las cadenas que sujetaban a los internados a un muro y reformando las celdas.

Su aporte más valioso a la psiquiatría fue el “Tratamiento Moral” de los “enfermos”, reconociendo la utilidad de la ocupación para el mantenimiento de la salud. Tuvo la convicción de que las “enfermedades mentales” eran el resultado de desconocidas alteraciones anatómicas en el cerebro, considerando al síntoma como signo de la lesión y manteniéndolo como la clave para la clasificación de las entidades nosológicas, sumado a la indudable acción de la herencia y las circunstancias de la vida. Éste sería el antecedente más serio de la Teoría de las series complementarias de Freud y de los propios enfoques epidemiológicos más modernos.¹¹

Publica la “Nosografía Filosófica” en 1798 y su obra cumbre, el “Tratado Médico Filosófico sobre la Manía” en 1801, que marca el comienzo científico de la Psiquiatría. También plasma en éste último libro un análisis histórico de la evolución de los conocimientos médicos en psiquiatría, dando lugar al primer intento científico de hacer una historia de la psiquiatría. Aplica la estadística a la medicina basada en la observación sobre el cálculo de probabilidades de curación de la “enfermedad mental”.

Para Pinel, la mente es una manifestación del funcionamiento del cerebro y “las relaciones de lo físico y lo moral del hombre”.

11 Derito, M. N. “Breve consideración histórica sobre la nosografía psiquiátrica”. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 13, Nº 3, noviembre de 2006.

Los métodos que empleó, han sido observacionistas por excelencia. La convivencia con los internados era una consigna central en su doctrina, para llegar a comprender con claridad la intimidad de sus padecimientos y la explicación de sus comportamientos.

Se basaba en los viejos ritos de orden, autoridad y castigo. “El aislamiento es curativo, para apartar de lo que enferma, pero esencialmente porque refuerza la autoridad del médico, que puede controlar todos los aspectos de la vida de su paciente, sometiendo al enfermo a una disciplina severa que Pinel llama “Paternal”. Las amenazas, recompensas, castigos y consuelos van creando en el enfermo un policía interior que vigilará sus pasiones. El chaleco de fuerza permitirá que los enfermos deambulen por el asilo, usándose el trato de los enfermeros y las celdas como premio o castigo, dulzura y comprensión o severidad y encierro”.¹²

En ésta etapa adquiere gran relevancia la figura del psiquiatra, quien dentro del asilo da lugar a las relaciones de poder, en palabras de Foucault: “Si el personaje del médico puede asilar la locura no es porque la conozca, sino porque la domina”.

Algunos aportes de Pinel, teniendo en cuenta lo desarrollado en los párrafos previos, son:

- Consideró al Hospital Psiquiátrico como un lugar terapéutico antes que de reclusión custodiada. Sostuvo que los padecimientos eran transitorios, reconociendo que el paso del tiempo era el principal agente curativo. A esto le sumó una buena atención física y un ambiente terapéutico adecuado y humanitario, con la libertad y seguridad necesarias para cada interno.
- Rechazó las prácticas populares, la excesiva administración de drogas y el uso de medidas punitivas.

12 Galende, E., “Psicoanálisis y Salud Mental”. Ed. Paidós. Bs. As. 1994

- Introdujo un enfoque científico de los padecimientos psíquicos, desarrolló un sistema de clasificación de los mismos, implementando un registro detallado de su desarrollo y seguimiento.
- Reconoció los factores emocionales como importantes en la etiología de los cuadros nosológicos, al igual que los factores psicógenos.

Si bien sus métodos terapéuticos no diferían de los utilizados en los siglos pasados, su trabajo propició un cambio de la imagen del sujeto en la comunidad y en el seno del ambiente médico. “El loco” deja de ser considerado un *“insensato”*, al cual no hay que escuchar ni atender, para ser concebido como un *“alienado”*.

Este abordaje de Pinel de “la locura”, desde una perspectiva ética y social, produce una cierta reforma política en la naciente Psiquiatría. El momento en que la jurisprudencia de la alienación se convierte en condición previa de todo internamiento, es también el momento en que con Pinel nace una Psiquiatría que pretende tratar al “loco” por primera vez como ser humano.

Como consecuencia de la labor de Pinel, el “Tratamiento Moral”, como se lo denominaba entonces, fue adoptado por otros establecimientos en distintos países, particularmente en Inglaterra por William Tuke, Robert Hill y John Conolly, en Italia por Pietro Pisani, Vincenzo Chiarugi entre otros, y llegando a Moscú de la mano de Sergio Korsakov.

Dentro de los sistemas humanizados, como los descriptos precedentemente, la calidez y la firmeza fueron una constante totalmente compatible con el orden y la organización de la vida hospitalaria, tal como se concibe hoy en los regímenes sustentados en la Terapia Ambiental.

“Un capítulo polémico de la historia de la Psiquiatría lo constituye la labor de Johan Christian Reil (1759-1813), quien en 1803 publicó el primer tratado de enfermedades de la mente, denominado “Rapsodias sobre la aplicación de psicoterapia a los trastornos mentales”. El mismo llevó adelante un tratamiento psicológico al que denominó “tortura no lesionante”, y consistía en el empleo

de prácticas atemorizantes, como exponer al ruido de cañones, rugidos de fieras, palabras amenazantes, o al silencio en los revoltosos, etc.; creyendo que el paciente habría de modificar su comportamiento enfermo sometiéndolo a todo aquello que genera su aversión”.¹³

Reil ideó muchas ingeniosas maneras de abordar las manifestaciones clínicas. Podría suponerse que se trataba de una simple tortura, uno de los tantos métodos flagelantes empleados desde siempre, pero no es así. La diferencia está en que usaba inteligentemente éstos métodos, ajustándolos a cada caso en particular. No los usaba nunca en procura de castigo o de inferir un daño. Apoyaba su aplicación en lo que él creía que era el conflicto básico de cada caso, utilizando para ello la participación del interno después de la aplicación del drama. Se sentaban al finalizar la representación, discutiendo lo ocurrido, verbalizándose los sentimientos y emociones, para delinear lo mejor posible la trama de los oscuros conflictos que dieron lugar a las manifestaciones clínicas.

Su sistema de aplicación de castigos y gratificaciones fue conscientemente dirigido siempre en la búsqueda de un propósito terapéutico, aunque los resultados estuvieron lejos de ser buenos. Como los médicos no estaban todavía capacitados para relacionar conductas y motivos de un modo racional, estas prácticas bien intencionadas e intuitivas causaban generalmente efectos contrarios a los buscados. Por ejemplo, se sometía al ruido de un cañonazo a un individuo silencioso, sin saber si acaso ese silencio no era una respuesta defensiva del mismo por haber sufrido sus experiencias traumáticas en una batalla. La asociación de éstas técnicas dramáticas con otras medidas ambientales, como el uso de la música y la terapia a través del trabajo, hace que Reil merezca, a pesar de las limitaciones científicas de su método, cierto reconocimiento por su espíritu innovador dentro del campo de la incipiente Psiquiatría, inclusive por haber rozado en algunos aspectos técnicas

13 Dimauro, M. op. cit

psicoterapéuticas actuales, como el psicodrama y la psicoterapia analítica directa de Rosen para la esquizofrenia.

Otro de los reformistas más notorios del siglo XIX, fue Jean Etienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, quien organizó significativamente la especialidad, profundizó la reforma iniciada por sus maestros y predecesores y apuntó a sistematizar la recolección de datos semiológicos, trasladando sus beneficios hacia el nacimiento de una estadística médica incipiente. Sostuvo que la "locura" era consecuencia de alteraciones del funcionamiento del cerebro, preocupándose por la evolución y pronóstico de la misma, definiéndola como "una afección cerebral ordinariamente crónica, sin fiebre, caracterizada por desordenes de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad".

Puso el acento en las causas físicas y morales. En cuanto a las causas físicas, destacó el papel de la herencia separándola en causas predisponentes y precipitantes. Como Pinel, consideró la sede de "la locura", especialmente la de causas morales en el sistema visceral: el sistema nervioso y el aparato digestivo, el hígado y sus dependencias.

Profundizó el estudio de la clínica y consiguió una mayor distinción entre los síndromes psicopatológicos, atribuyendo importancia a la atención voluntaria que consigue el dominio del yo sobre los automatismos psicológicos.

Defendió, al igual que el Dr. Ferrus, colega contemporáneo y discípulo de Pinel, la teoría de que los delincuentes eran producto de las circunstancias ambientales y, por lo tanto, sujetos de terapia antes que de castigo.

A pesar de haber carecido en esos tiempos de los conocimientos necesarios como para poder comprender racionalmente los motivos de la conducta humana y en consecuencia de los conocimientos psicodinámicos básicos, mostraron una aproximación importante al tema y establecieron un antecedente claro para modificar un comportamiento jurídico y médico legal, desde una concepción finalista y determinística, a otra más humana, justa y racional de connotación causalista, posiciones estas que aún en nuestros

sistemas judiciales no dejan de ser un punto de encuentro de opiniones divergentes lejos de estar conciliadas.

En este mismo contexto era un hecho corriente, como todavía lo sigue siendo en alguna medida, ver en los hospitales psiquiátricos la presencia de criminales y delincuentes comunes, a la vez que muchos sujetos con padecimientos psíquicos habrían de ir a las cárceles comunes, entre delincuentes.¹⁴

A mediados del siglo XIX los conocimientos anatómicos, fisiológicos y las observaciones clínicas fueron modificando las concepciones imperantes. La Psiquiatría del Asilo fue reemplazada por La Psiquiatría Universitaria, y es Wilhenl Griesinger (1817-1869) quien desde los claustros universitarios de Alemania introduce la Psiquiatría Clínica Orgánica.

“Si bien toma mucho de la Escuela Somatista, adopta una posición original, es el introductor de las ideas de Pinel en Alemania, inaugurando la tradición clínica y médico-experimental en su país. Respetó la postura materialista de sus antecesores, considerando la importancia de las alteraciones anatómicas e histológicas del cerebro en los enfermos mentales, pero sin dejar de lado conceptos psicodinámicos fundamentales en la actualidad para el abordaje y tratamiento de aquellos. Se dio cuenta de la coexistencia de partes sanas que subyacen debajo de las que han sido afectadas por la enfermedad, y estableció que es de suma importancia para la curación de los pacientes que el psiquiatra apunte a restituir las partes sanas que han sido reprimidas, uniéndolas al resto y fortaleciéndolas”.¹⁵

Para Griesinger la psicosis siempre comenzaba con anomalías del sentimiento de sí mismo y del humor, y con los estados emocionales resultantes de ello, porque las nuevas ideas y tendencias que se producen como resultado de la afección cerebral y esos nuevos elementos que vienen a

14 Dimauro, M. op.cit. Pág. 21.

15 Derito, M. N. op. cit.

invadir el yo, son sentidos en un principio como una modificación general de las disposiciones de ánimo. Atribuye que las causas del padecimiento psíquico son las morales, las mixtas y las físicas, pero que *las predisposiciones* tienen una influencia mucho más real, más frecuente y más grave sobre el desarrollo de la “locura” que las causas ocasionales.¹⁶

Siguiendo la concepción de Esquirol de psicosis única, refirió que sus diferentes formas o estadios se debían a cómo reaccionaba el cerebro.

Según su pensamiento, la terapia debía contener una combinación de recursos físicos, como baños y medicamentos, asociados a recursos terapéuticos, psicológicos y ocupacionales, propiciándose en su esquema de trabajo el adiestramiento social a través de las actividades lúdicas, los paseos, las reuniones entre las personas en tratamiento y el terapeuta, la musicoterapia, las fiestas y las diversiones. Esta reunión singular de organicismo, psicologismo y terapia ambiental, junto a las actitudes que apuntaban a jerarquizar la profesión como una actividad medicoprofesional, hará de Griesinger una gigantesca figura, de incuestionable valor.¹⁷

Entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX se pueden observar dos concepciones diferentes de la enfermedad mental y su tratamiento:

Una Concepción Biologisista: que atribuye a los padecimientos psíquicos causas principalmente biológicas y genéticas.

Su mayor exponente, Emil Kraepelin (1856-1926) creó una nosología que tiene validez hasta nuestros días. El pensamiento de Griesinger fue su punto de partida, pero su labor descolló con mayor notoriedad en la gigantesca tarea de recopilar miles de historias clínicas, registrando, agrupando y sistematizando síntomas y signos, con lo cual sentó también las bases de la estadística psiquiátrica.¹⁸ “Su sistema reconoce la existencia de Psicosis exógenas y endógenas. Las primeras comprenden los trastornos psíquicos que

16 Derito, M. N. op.cit.

17 Dimauro, M. op.cit. Pág. 24 - 25

18 Ibíd. Pág. 25.

aparecen por trastornos metabólicos, estados febriles, agotamiento, envenenamiento, infecciones y tumores cerebrales, también comprende a la demencia precoz a la que consideraba como una secuela de autointoxicación. Las psicosis endógenas comprenden las psicosis de involución, la locura maniaco-depresiva, la paranoia, los estados psicopáticos, la idiocia y la imbecilidad".¹⁹

Eugene Bleuler (1857-1939) tuvo el acierto de nominar a la Demencia Precoz de Kraepelin con el término "Esquizofrenia" con el que trató de traducir lo que consideraba la esencia de la enfermedad (división de la mente).

Una Concepción Psicologista: que concibe a los padecimientos mentales como propiamente psíquicos. Como desequilibrios que han de ser tratados con medios psicoterapéuticos, aunque puedan tener una base biológica.

Sigmund Freud (1856-1939) es uno de los mayores referentes de esta corriente. Y es quien incorporó un nuevo papel en el médico y una nueva actitud, al escuchar al sujeto y buscar el sentido de sus síntomas. Generó un avance en aspectos relacionados con la investigación etiopatogénica y los aspectos psicodinámicos de los padecimientos, proporcionando las herramientas psicológico-motivacionales tan largamente esperadas y requeridas por la clínica y la terapéutica psiquiátrica.

Las concepciones kraepelianas, clásicas u organicistas, y las freudianas, psicologistas o dinámicas, nutrieron escuelas que se caracterizaron por la oposición y el desencuentro. Unos y otros derramaron tantos esfuerzos en fortalecer y universalizar sus posiciones, como en demostrar persistentemente la falacia del desarrollo oponente. Solamente con el promediar del siglo XX, la teoría y la práctica se centrarían en el esfuerzo cooperativo de ambas corrientes de pensamiento, al que se sumarían los invalorable aportes de la Sociología y la Antropología.²⁰

19 Derito, M. N. op.cit.

20 Dimauro, M. op.cit. Pág. 26.

En 1951 se produce el advenimiento de la Psicofarmacología con el descubrimiento de la Clorpromazina. También en esa fecha se realiza el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría. Ambos sucesos imponen la necesidad de un lenguaje diagnóstico común a todos los psiquiatras, con el objetivo de poder realizar investigaciones en psicofarmacología y comunicarlas a la comunidad internacional.

Este nuevo enfoque neuropsicofarmacológico permitió elaborar otro tipo de acercamiento a la clínica a través de la fisiopatología. Teniendo presente los mecanismos de acción de las drogas se han podido elaborar teorías y delimitar conceptos y entidades nosológicas.²¹

En los años 60' surge un movimiento de Antipsiquiatría que rechaza la Psiquiatría Tradicional, al considerar que pese a los avances de la Psiquiatría Moderna, los sujetos con padecimiento psíquico seguían sufriendo un proceso de discriminación social.

Referentes de la Antipsiquiatría como David Cooper (1931-1986), Ronald Laing (1927-1989) y Thomas Szasz (1920-2012) se opusieron a métodos terapéuticos como el electroshock, los comas insulínicos o la lobotomía, y al maltrato en general de los "enfermos mentales" en los hospitales. Rechazando el hecho mismo de su encierro. Subrayando una génesis fundamentalmente social, basada en una estructura familiar patológica y como producto de un trauma padecido durante la infancia temprana.

Tras un largo período de desencuentro la Psiquiatría oficial y la Antipsiquiatría confluyeron en una corriente psiquiátrica que finalmente se desentendió de la mayor parte de los tratamientos criticados por esta última (actualmente sólo persisten unas indicaciones muy limitadas y restrictivas para el empleo del electroshock, habiendo desaparecido en psiquiatría el resto de terapias antes mencionadas), y que admitió la pertinencia de incorporar a las personas con sufrimiento psíquico en ambientes sociales más integradores y menos aislantes como un camino hacia su "normalización". Este fenómeno,

21 Derito, M. N. op.cit.

conocido como "Desmanicomialización" ha llevado al cierre masivo de los antiguos manicomios en muchos países occidentales desde la década de los `70 hasta la actualidad, abogándose actualmente por Unidades Hospitalarias de Procesos Agudos y reservando las estancias en Unidades de Crónicos (o larga estancia) sólo aquellos casos de muy difícil integración o sin un soporte social adecuado para la misma.²²

22 Shorter, E.(1997). A "History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac". Nueva York: John Wiley. Pág. 280.

*** Vale aclarar que los términos "locura", "loco", "insensato", "alienado", etc aluden una concepción socio cultural que refleja el pensamiento de una época sobre las personas con padecimiento psíquico, no respondiendo los mismos a una valoración ideológica de quienes realizamos éste trabajo.**

Psicosis - Padecimiento Psíquico

Para comenzar con este apartado, consideramos apropiado definir, o aproximarnos a los conceptos de **normal** y **patológico**.

Desde las ciencias naturales, normal equivale al promedio. Es normal lo que se manifiesta con cierta frecuencia en la población total, según su edad, sexo, raza, procedencia, etc. En contraposición, lo anormal es una desviación cuantitativa en más o en menos de la norma. Ahora bien, esta concepción aplicada al hombre ocasiona dificultades inevitables, por lo que siguen siendo conceptos equívocos, ya que con este método estadístico llegaríamos a confundir lo normal con lo habitual, con la mayoría y viceversa, podríamos pasar por alto algunos hallazgos que no por comunes dejan de tener connotaciones patológicas; ya que cuando se pasa del plano físico al psicológico la complejidad sube de punto porque las manifestaciones de la actividad anímica no son reductibles a una medición.

Podemos decir entonces que cada civilización, cada grupo dispone de su propio sistema de reglas. Ninguna conducta humana es normal o anormal en absoluto: la misma conducta puede ser normal en una cultura y anormal en otra. Este relativismo cultural es en parte, responsable de las ambigüedades que aún prevalecen en las bases de la psiquiatría.

Aún no hay una definición científica certera de normalidad. Quizás la solución esté dada por la aparición de una psicología comprensiva, no explicativa y centrada en el desarrollo personal, lo cual requiere de un mayor ahondamiento en aspectos ideológicos éticos y epistemológicos.

El hombre es constitutivamente discriminativo y normativo, y vive en un mundo lleno de polaridades: normal, anormal, salud y enfermedad, orden y desorden, justicia e injusticia, necesarios para llevar a cabo la dura empresa de ser persona.

Según Michel Foucault, en el siglo XIX surge el concepto de “enfermedad mental”. Dice el autor: “**Alienación mental** no debe confundirse con *alienación social*, ni se debe identificar al conflicto psicológico con las contradicciones históricas del medio”. Para él la alienación social es la condición de la alienación mental, es la condición misma de la enfermedad mental. La alienación mental es una consecuencia mítica de la alienación social. Pretender desligar al hombre alienado de sus condiciones de existencia es mantenerlo en su existencia de alienado. La psicología, como toda ciencia del hombre, debe tener por finalidad desalienar al hombre.

El “hombre alienado” se siente a sí mismo como un extraño porque la sociedad no lo reconoce, porque la sociedad no se reconoce en su enfermedad y lo excluye. El “alienado” es la prueba viviente de que, a pesar de ser un ciudadano libre, el hombre puede encontrar la manera de perder esa libertad.

Para Foucault “alienación” es sinónimo de “enfermedad mental”. El sujeto se siente a sí mismo como un extraño y denuncia la confiscación de su voluntad y de su pensamiento. El “alienado mental” es aquel que ha perdido el uso de las libertades que le ha conferido la revolución burguesa. Es por eso que su voluntad puede ser sustituida por la voluntad abusiva de un tercero, es decir que su voluntad es anulada. Otro puede ejercer sus derechos y gozar de sus bienes en su lugar.

“La idea de alienación, como la locura en el devenir del hombre, surge en la conciencia espontánea antes de finales del siglo XIII. Se piensa que el medio social enloquece. El hombre se enajena de sus costumbres, de sus objetos, pierde su propia verdad, se hace extraño a sí mismo. Poco después la filosofía produce el concepto de alienación. Las ideas de alienación, enajenación, provenientes de la filosofía, son incorporadas en el siglo XIX por la psiquiatría y transformadas en el equivalente de locura”.²³

La noción de **psicosis** es comprendida desde la psiquiatría de modo diverso, definida según Laplanche- Pontalis de un modo más intuitivo que

23 Galende, E. “Psicoanálisis y Salud Mental”. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1994.

sistemático.²⁴ Ese concepto, aparece en el siglo XIX introducido por el psiquiatra austríaco Ernst Von Feuchtersleben (1806-1849) en 1845 para sustituir el de “locura” y referirse a las manifestaciones psíquicas en general, desde una perspectiva psiquiátrica y meramente descriptiva. El nuevo concepto no es opuesto a “neurosis” o “enfermedad mental”, lejos de excluirse mutuamente, Feuchtersleben los mezcla. El concepto se refirió primero al conjunto de enfermedades llamadas “mentales” (fueran orgánicas -como la parálisis general- o no) y más tarde se limitó a las tres formas modernas de “la locura”: esquizofrenia, paranoia y psicosis maniaco-depresiva.

W. Griesinger (1817-1868) fue de los primeros que se sirvió del nuevo concepto que incluyó en su “Patología y terapéutica de las enfermedades mentales” de 1845. Emil Kraepelin (1856-1926), fue quien estableció el panorama nosográfico de la psicosis, vigente hoy día, oponiendo a la psicosis maniaco-depresiva, la demencia precoz. Separó las dos enfermedades de acuerdo a sus supuestas diferencias de etiología, síntomas, curso y pronóstico.

En función de lo dicho anteriormente, se puede apreciar que el progreso de la Psiquiatría se ha sustentado en la objetividad de los mecanismos biológicos y su medición cuantitativa, resultando esta cuestión en la diferencia entre esta rama de la medicina, que se pretende científico-objetiva, y la concepción de salud, que incorpora al sujeto como capaz de valoraciones e interpretaciones. Así pues, la *Salud Mental* se propone un enfoque amplio en el cual la subjetividad del individuo que padece, la sociedad y la cultura en que habita y los dispositivos de atención, forman un complejo en el cual debe interpretarse el proceso de salud y enfermedad. Es decir, la Salud Mental incluye el conocimiento objetivo de los procesos biológicos a la vez que amplía este conocimiento a una comprensión del sujeto que padece y de las condiciones de su existencia social en las que emerge y se expresa su padecimiento.

24 Laplanche, J.; Pontalis, J. B. “Diccionario de Psicoanálisis”. 1ra ed. 6° reimp. Editorial Paidós. Buenos Aires 2004. Pág.322.

El concepto de **Salud Mental**, según Vicente Galli, se define como “un proceso colectivo de integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, con crisis registrables subjetiva y objetivamente y una de cuyas principales expresiones es la participación de las personas en sus propios cambios y en los de su entorno.”

La forma de definir “locura” y clasificarla nosográficamente en diferentes cuadros patológicos, ha evolucionado históricamente, conjuntamente se atiende a diversos factores intervinientes en el proceso de enfermar, posibilitando, de este modo, una comprensión integral del padecimiento de un sujeto.

Así pues, el concepto de **Padecimiento Psíquico** surge de la corriente de la desmanicomialización y se define como “un trastorno mental de distintos grados de complejidad, de duración prolongada que conlleva a un grado variable de discapacidad y disfunción social, afectando negativamente la *calidad de vida* de quien lo padece”²⁵. Este concepto, se encuentra dentro del de salud mental ya expuesto, dado que todo padecimiento psíquico denota un proceso de integración de elementos conflictivos que conllevan un grado variable de disfunción social y discapacidad. La inclusión de este nuevo concepto no supone la superación del anterior, sino que forma parte de una dialéctica conformada por el actual concepto de salud mental en un sentido ampliado. Este concepto admite incorporar la dimensión subjetiva del proceso de enfermar, permitiendo no reducirla a fenómenos orgánicos, ni puramente psicológicos ni puramente sociales. De ningún modo se trata de desconocer la importancia o la urgencia que reviste la patología, pero en el campo de la salud mental se presentan múltiples expresiones que indicando sufrimiento o malestar no pueden encuadrarse en la categoría de enfermedad. Los umbrales de percepción y tolerancia subjetiva del dolor psíquico son difíciles de estandarizar a través de parámetros universales, siendo imprescindible también

25 Artola, S.; Fernández, S. y Sosa, T. “Adolescentes con padecimiento psíquico y salud mental: atribuciones y significados de los actores sociales involucrados”. UNMDP. Fac. Cs. de la Salud y S.S. Lic. en S.S. Tesis de grado 2005

profundizar el debate en torno a los parámetros técnicos que diferencien el punto en que el sufrimiento psíquico permite destacar y reconocer la dimensión subjetiva que constituye el proceso mismo de enfermar.²⁶

La aceptación del concepto de padecimiento psíquico no excluye a la clasificación diagnóstica, importante a la hora de definir el tipo y severidad del cuadro clínico, tanto como para el pronóstico y seguimiento básicos de su atención como para establecer un discurso común entre los profesionales de salud.

El concepto es superador en cuanto exige cuatro condiciones:

- Variabilidad en la presentación, evolución y pronóstico.
- Vulnerabilidad derivada de la desventaja que supone.
- Capacidad diferente para afrontar la vida cotidiana.
- Susceptibilidad progresiva y generadora de desventaja.

La conceptualización de padecimiento psíquico al igual que el concepto de Calidad de Vida al que adherimos, puntualiza en la *dimensión subjetiva*, al contemplar la visión que toda persona tiene de su situación en la vida y que remite tanto a su sentimiento de bienestar o malestar con el que se percibe en cada momento. Por lo tanto, resulta fundamental rescatar esta percepción de sí mismo y no reducir la valoración de la calidad de vida a factores objetivables generalizables o supeditarlos a la apreciación de otro. El padecimiento psíquico lleva implícita una afectación particular para la persona que enferma y consecuentemente la idea de sufrimiento psíquico asociado al sufrimiento social que cada uno vivenciará según su circunstancia.

26 Ausburguer, A. C. "La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología". *Psicología & Sociedades*; 16(2): 71-80; mayo-agosto. 2004.

Esquizofrenia

Caracterizamos dentro de las psicosis, el grupo de las esquizofrenias, dado que el instrumento utilizado en esta investigación ha sido desarrollado para personas con este padecimiento, con el propósito de evaluar su calidad de vida subjetiva.

Eugen Bleuler (1857-1939) fue quien acuñó el término de **Esquizofrenia**. Publicó la obra “Dementia praecox: el grupo de las esquizofrenias” en 1911 refiriéndose a un conjunto de trastornos ya conocidos y que conducían a un proceso psíquico degenerativo (catatonía, hebefrenia y paranoia).

El concepto de esquizofrenia se ha ido delimitando llegando sus características principales a ser una mezcla de signos y síntomas.

“Más allá de la sintomatología clínica de los pacientes (distorsiones en los procesos de pensamiento, de percepción y alteraciones de la afectividad) (OMS 2001), quienes padecen este trastorno sufren un enorme costo económico y social; en particular, un alto grado de estigmatización, siendo la esquizofrenia la condición que más a menudo se identifica con la enfermedad mental, y la afección considerada más seria por parte de la comunidad (De Toledo y Blay, 2004). Por ello, es previsible que la calidad de vida de los pacientes y el funcionamiento familiar resulten seriamente alterados”.²⁷

La esquizofrenia es una entidad nosológica grave que afecta a millones de personas en todo el mundo. Normalmente aparece en la adolescencia o juventud, y afecta a la persona durante todo el curso de su vida. Por su gravedad y por la incapacidad que provoca se considera un problema importante con consecuencias económicas y sociales. Y esto porque requiere tanto, cuidados constantes por parte de la familia de la persona, como por parte de los servicios de salud mental y la sociedad.

27 Caqueo Urizar, A. Lemos Giraldez, S. “Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana”. *Psicothema* 2008 Vol. 20. Nº 4. Pp.557-582. Chile. Disponible en: www.psicothema.com. Fecha de consulta: 13 de agosto de 2013.

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes durante el período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.

Según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4th edition, DSM- IV; American Psychiatric Assosiation, 1994), para diagnosticar a una persona con el trastorno esquizofrénico se deben cumplir los siguientes criterios:

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) Ideas delirantes.
- (2) Alucinaciones.
- (3) Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- (5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta

continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral:* Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración:* Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.

Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.* El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica.* El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.* Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el

diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los **positivos** y los **negativos**. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales.

Los **síntomas positivos** incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (*ideas delirantes*), la percepción (*alucinaciones*), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (*comportamiento gravemente desorganizado o catatónico*). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «*dimensión psicótica*» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «*dimensión de desorganización*» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados.

Los **síntomas negativos** comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (*aplanamiento afectivo*), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (*alogia*), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (*abulia*).

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej., de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están

especialmente dirigidos a ella. La distinción entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente resulta a veces difícil de establecer, y depende del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario.

Si bien las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia, la «rareza» puede ser difícil de juzgar, especialmente a través de diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Generalmente, se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo (p. ej., las incluidas entre la lista de «síntomas de primer rango» de Schneider), éstas incluyen la creencia de que los pensamientos han sido captados por alguna fuerza exterior («robo del pensamiento»), que pensamientos externos han sido introducidos en la propia mente («inserción del pensamiento») o que el cuerpo o los actos son controlados o manipulados por alguna fuerza exterior («ideas delirantes de control»).

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las auditivas son, las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Algunos tipos de alucinaciones auditivas son, dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto. Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial; las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) se consideran dentro del abanico de las experiencias normales. Las experiencias aisladas de oírse llamado por el nombre o las experiencias que carecen de la cualidad de una percepción externa (p. ej., zumbidos en la cabeza) tampoco son consideradas

como alucinaciones típicas de la esquizofrenia. También pueden ser una parte normal de las experiencias religiosas en ciertos contextos culturales.

El pensamiento desorganizado («*trastorno formal del pensamiento*», «*pérdida de las asociaciones*») ha sido considerado por algunos autores (en particular Bleuler) como la característica simple más importante de la esquizofrenia. El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro («*descarrilamiento*» o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas («*tangencialidad*»); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística («*incoherencia*»). Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación. Durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o el lenguaje menos grave.

El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (p.ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. ej., gritar o insultar). El comportamiento gravemente desorganizado debe distinguirse del comportamiento simplemente carente de sentido o, en general, sin un propósito concreto y del comportamiento organizado que está motivado por creencias delirantes. Igualmente, unos pocos episodios de inquietud, ira o

comportamiento agitado no deben considerarse una prueba de esquizofrenia, especialmente si existe una motivación comprensible.

Los comportamientos motores catatónicos incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica).

Los **síntomas negativos** de la esquizofrenia constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno.

Tres síntomas negativos son considerados primordiales: —*aplanamiento afectivo, alogia y abulia*—.

El *aplanamiento afectivo* es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Si bien, en ocasiones, puede sonreír y mostrarse cálida, la mayoría del tiempo el abanico de su expresividad emocional está claramente disminuido. Para determinar si el aplanamiento afectivo es suficientemente persistente para cumplir el criterio, es útil observar al sujeto interactuando con sus prójimos.

La *alogia* (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla. Esto hay que diferenciarlo de la falta de ganas de hablar.

La *abulia* está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

A pesar de su ubicuidad en la esquizofrenia, los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en continuidad con la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debidos a varios otros factores (p. ej., ser consecuencia de los síntomas positivos, efectos secundarios de la medicación, un trastorno del estado de ánimo, hipoestimulación ambiental o desmoralización).

El aislamiento social o el lenguaje empobrecido pueden no considerarse síntomas negativos cuando son consecuencia de un síntoma positivo (p. ej., una idea delirante paranoide o una alucinación importante). El comportamiento de un sujeto que tiene la creencia delirante de que va a estar en peligro si sale de su habitación o si habla con alguien puede simular la alogia y la abulia. Lo mismo ocurre con los medicamentos neurolépticos que producen con frecuencia síntomas extrapiramidales que se parecen mucho al aplanamiento afectivo o la abulia. Finalmente, la hipoestimulación ambiental crónica o la desmoralización pueden ocasionar una apatía y abulia aprendidas.

La difícil distinción entre los síntomas negativos y los síntomas depresivos puede resolverse a través de los demás síntomas acompañantes y por el hecho de que los sujetos con síntomas de depresión experimentan un estado de ánimo intensamente penoso, mientras que los sujetos con esquizofrenia tienen una afectividad pobre o vacío afectivo. Quizá la mejor prueba para establecer la presencia de los síntomas negativos, es su persistencia durante un período de tiempo considerable, a pesar de los esfuerzos dirigidos a resolver cada una de las causas potenciales descritas anteriormente. Se ha sugerido que los síntomas negativos persistentes deben denominarse síntomas «deficitarios».

El Criterio A para la esquizofrenia requiere que al menos dos de los cinco ítems estén presentes de forma simultánea durante como mínimo 1 mes. Sin embargo, si las ideas delirantes son extrañas o las alucinaciones implican «voces que comentan» o «voces que conversan», entonces sólo se requiere un único ítem. La presencia de esta agrupación relativamente grave de signos y síntomas se denomina «fase activa».

En aquellas situaciones en las que los síntomas de la fase activa remiten antes de 1 mes en respuesta al tratamiento, aún puede considerarse que se ha cumplido el Criterio A si el clínico juzga que los síntomas habrían persistido durante 1 mes en ausencia de un tratamiento eficaz. En los niños, la evaluación de los síntomas característicos debe tener en cuenta la presencia de otros trastornos o de dificultades del desarrollo. Por ejemplo, el lenguaje desorganizado de un niño con un trastorno de la comunicación, no debe servir para el diagnóstico de esquizofrenia a menos que el grado de desorganización sea significativamente mayor del que sería esperable sólo en el trastorno de la comunicación.

La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad (p. ej., las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo) (Criterio B). Típicamente, el funcionamiento es claramente inferior al que se habría alcanzado antes del inicio de los síntomas. Sin embargo, si la alteración empieza en la infancia o la adolescencia, más que un deterioro de la actividad puede existir un fracaso en la consecución de lo que sería esperable para el sujeto. Para llegar a esta conclusión puede ser útil comparar al sujeto con sus hermanos no afectados. El progreso educativo está frecuentemente alterado y el sujeto puede ser incapaz de finalizar la escolaridad. Muchos sujetos son incapaces de mantener un trabajo durante períodos largos de tiempo y sus empleos tienen un nivel inferior al de sus padres. La mayoría (60-70 %) de los sujetos con esquizofrenia no se casan y tienen contactos sociales relativamente limitados. La disfunción persiste durante una parte sustancial del curso del trastorno y no parece ser resultado directo de un síntoma en particular.

Algunos signos de la alteración deben persistir durante un período continuo de por lo menos 6 meses (Criterio C). A lo largo de este período de tiempo, debe haber al menos 1 mes (o menos de 1 mes si los síntomas han sido tratados con éxito) de síntomas que cumplan el Criterio A de esquizofrenia (la fase activa). Los síntomas prodrómicos suelen estar presentes antes de la fase activa y los síntomas residuales aparecen a continuación. Algunos síntomas prodrómicos y residuales son formas relativamente leves o

subumbrales de los síntomas positivos especificados en el Criterio A. Los sujetos pueden expresar diversas creencias inhabituales o raras que no alcanzan una proporción delirante (p. ej., ideas de autorreferencia o pensamiento mágico); pueden tener experiencias perceptivas poco habituales (p. ej., sentir la presencia de una persona o fuerza invisible en ausencia de verdaderas alucinaciones; su lenguaje puede ser generalmente comprensible, pero disgresivo, vago o excesivamente abstracto o concretista; y su comportamiento puede ser peculiar, pero no gravemente desorganizado (p. ej., murmurar para uno mismo, almacenar objetos extraños y sin valor aparente). Además de estos síntomas similares a los positivos, en las fases prodrómicas y residuales son especialmente frecuentes los síntomas negativos, que en ocasiones presentan bastante gravedad. Sujetos que habían sido socialmente activos pueden volverse como ausentes; pierden interés en actividades previamente placenteras; pueden volverse menos habladores y no hacer nunca preguntas, y pueden pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Estos síntomas negativos a menudo son los primeros signos que nota la familia de que algo va mal.

Curso:

La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej., aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira).

La edad de inicio puede tener significado tanto fisiopatológico como pronóstico. Los sujetos con un inicio a una edad más temprana suelen ser varones y tienen peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías cerebrales estructurales, signos y síntomas

negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución. Por el contrario, los sujetos con un inicio más tardío son más a menudo mujeres, muestran menor evidencia de anormalidades cerebrales estructurales o deterioro cognoscitivo y presentan una mejor evolución.

El curso es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos. Debido a la variabilidad de la definición y la evaluación no es posible disponer de unas conclusiones precisas en cuanto a la evolución a largo plazo de la esquizofrenia. Probablemente, la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual en este trastorno. De los que siguen presentando la enfermedad, algunos parecen tener un curso relativamente estable, mientras que otros muestran un empeoramiento progresivo asociado a una incapacidad grave.

Numerosos estudios han señalado un grupo de factores que están asociados con un mejor pronóstico. Estos incluyen: el buen ajuste premórbido, el inicio agudo, una edad más avanzada de inicio, sexo femenino, acontecimientos precipitantes, alteraciones del estado de ánimo asociadas, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anormalidades cerebrales estructurales, función neurológica normal, historia familiar de trastorno del estado de ánimo y no tener historia familiar de esquizofrenia.

Subtipos:

- Tipo paranoide: Su característica principal es la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también pueden presentarse ideas delirantes con otra temática (p. ej., celos, religiosidad o somatización). Las ideas

delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Habitualmente, estos sujetos muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los tests cognoscitivos. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

- Tipo desorganizado: Las características principales son: el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental (p. ej., falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p. ej., ducharse, vestirse o preparar la comida). No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y tests

cognoscitivos. Habitualmente, este subtipo también está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina *hebefrénico*.

- Tipo catatónico: La característica principal es una marcada alteración psicomotora que puede incluir: inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den. Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. Otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlona. Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones.
- Tipo indiferenciado: La característica esencial es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
- Tipo residual: debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados). Hay manifestaciones

continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (p. ej., afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej., comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras). Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

CAPÍTULO II

Proceso de desmanicomialización en Argentina y el mundo

“Para comenzar hablar de desmanicomialización, primero deberíamos empezar por destrabalengüizar el término...”

Proceso de transformación que implica la ruptura a la vez de una organización instituida (manicomio), como la del orden social que lo contiene, y que resume un pensamiento histórico sobre el padecimiento psíquico.

Este proceso puede interpretarse de dos formas, ya sea como el cierre inmediato del manicomio y la externación masiva; o como el proceso a través del cual se van creando estructuras de atención alternativas que culminarían con el cierre progresivo de las instituciones psiquiátricas y con la resocialización de las personas que estuvieron en situación de internación.

La desmanicomialización surge de la necesidad de transformar teorías y prácticas preexistentes para así poder evolucionar en el abordaje del padecimiento psíquico. Siendo los procesos de salud y enfermedad abordados como fenómenos sociales y colectivos.

La actividad asistencial, pasa a tener mayor desarrollo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, generando nuevas tendencias y nuevas alternativas terapéuticas que brindan otras posibilidades de atención y asistencia frente al padecimiento psíquico, buscando efectividad en el tratamiento, apuntando no solo a la protección de la comunidad sino a la protección y resocialización de quienes padecen sufrimiento mental.

A principios del siglo pasado comienzan a aparecer lineamientos de carácter humanitario que cuestionan al sistema asilar manicomial. Se plantean

tanto el cierre de las instituciones manicomiales (*desmanicomialización*), como el mejoramiento de las instituciones y la creación de espacios intermedios entre la internación y la externación (*hospital de día, comunidad terapéutica*).

En el año 1950 comienza a surgir un cambio acerca de la conciencia social y el padecimiento psíquico en el mundo. En estados Unidos aparecen las socioterapias y las comunidades terapéuticas. En Francia se promulga la reforma sanitaria y en Italia, el Frente Democrático reconstruye el sistema de salud que desemboca con el Dr. Basaglia en el cierre del Hospital de Trieste junto a la nueva Ley de Salud Mental.

Ya no se habla de Psiquiatría sino de **Salud Mental**, ya que se incorporan al tratamiento otras prácticas no médicas, perfeccionando sus instituciones hacia una perspectiva comunitaria. Se produce una nueva categorización de las concepciones teóricas, prácticas e institucionales de la psiquiatría.

El pasaje del abordaje de la psiquiatría clásica a las nuevas políticas de salud mental, surge a partir de los problemas humanitarios generados por las secuelas de la postguerra, que exceden el abordaje psiquiátrico y el reconocimiento de la problemática por parte del poder político de ese momento histórico.

La postguerra genera un reacomodamiento de la estructura social. Esto implica desalojos, desocupación, marginación, dejando a los grupos sociales en riesgo.

Los acontecimientos imponen la modificación de las prácticas de salud mental. Estos nuevos conflictos sociales, ponen en evidencia las carencias del modelo de la psiquiatría clásica al momento de dar respuesta a las nuevas problemáticas. Por esta razón, dentro del campo de la salud mental comienzan a incluirse teorías sociológicas, culturalistas y políticas, propias de una psiquiatría comunitaria. La nueva tendencia es la descentralización, junto con la creación de centros con fines preventivos y terapéuticos, evitando la derivación de las personas a los viejos hospicios.

Paulatinamente comienza a imponerse un criterio multidisciplinario que recoge experiencias y perspectivas valiosas para trabajar en contra del encierro impuesto por la ya “cuestionada” psiquiatría manicomial. Se cambia la mentalidad, combinando la medicina tradicional con otras ciencias al servicio de la persona con padecimiento psíquico. Toda vez que la demanda de salud es concebida como una necesidad de la población general y los equipos logran insertarse en la comunidad (Centros de Salud Mental, Consultorios periféricos, Hospital de día) se pone en marcha una concepción diferente de la Salud Mental. La meta ya no será sólo asistencialista sino que se propone como programas de salud.

Estas reformas que empiezan en los años '50 tienen dos dificultades: una es cómo salir de estos hospitales, cómo se reemplazan estos hospitales, cómo se cierran los hospitales psiquiátricos; y el otro problema que se empieza a visualizar es que eso no alcanza, porque la institucionalización tiene efectos duraderos que se prolongan más allá de que la persona esté viviendo fuera del hospital. Por esta razón, el siguiente desafío es lograr estos cambios en la subjetividad, que permitan que estos sujetos recuperen capacidades sociales que les permitan vivir en el afuera del hospital. Esa es la doble tarea.

Hay un problema serio en *la relación psiquiatra versus persona con padecimiento psíquico*, puesto que las relaciones de poder que se generan entre ellos no se terminan dentro del hospital psiquiátrico; en los consultorios el psiquiatra sigue teniendo un cierto poder y una autoridad respecto a la vida de estas personas: la prescripción, el tratamiento compulsivo, etc.; es un problema difícil de modificar.

Otro es *el orden judicial especial*, la legislación especial que decide sobre incapacidad e internación de estas personas. De manera tal que la internación llamada compulsiva u obligatoria no tiene en cuenta la voluntad ni la decisión de la persona misma.²⁸

28 Galende, E., Conferencia: “Desmanicomialización Institucional y Subjetiva” Psicoanálisis - Vol. XXX - Nº 2/3 - 2008 - Pp. 395-427

No menos importante, es el problema que se plantea a *nivel epistemológico y ético*, dado que estas personas han sido tratadas como objetos durante doscientos años, por ende la dificultad en recuperar una dimensión subjetiva. Es decir, volverlos a situar para el conocimiento, en una posición de sujeto, de semejante, nos obliga a replantear epistemológicamente todo lo que creemos saber o conocer sobre estos problemas. Por lo tanto la psiquiatría misma entra en crisis como sistema nosográfico, ya que de lo que se trata es del desafío de encontrar otros modos de entender estos problemas, porque de esos modos de entender se van a desprender los modos de tratarlos.²⁹

En Argentina, desde 1985, el Dr. Cohen llevó adelante en la provincia de Río Negro la experiencia de la desmanicomialización. Se promulgó la ley provincial 2.240 sancionando el cierre de los hospitales psiquiátricos, prohibiendo la internación en lo público y en lo privado, socializando el poder de decisión en el equipo.

Se mantiene un programa de Psiquiatría comunitaria, en el cual se realizan:

- Tratamiento en hospitales generales.
- Reinserción laboral: creación de Empresas Sociales, cursos para la capacitación de oficios, talleres artísticos, alfabetización.
- Intervenciones terapéuticas al usuario y personas cercanas (familiares, vecinos, amigos, eferentes laborales, etc.), a otras personas de la institución de salud (mucamas, cocineras, personal administrativo, enfermeros, porteros), otras instituciones o sectores sociales.
- Abordajes domiciliarios.
- Atención en casas de medio camino, hogares de tránsito.
- Trabajo en equipos interdisciplinarios.
- Trabajo intersectorial. Creación de asociaciones de familiares y usuarios de los servicios de salud mental.

29 *Ibíd.* Pp. 395-427

En Chubut en 2003 comenzó la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, *primera residencia de Salud Mental en la provincia*, la cual tiene como sede el Hospital Zonal de Trelew. Se trabaja desde un modelo orientado a la comunidad para el desarrollo de actividades centradas en la promoción de la salud y en el abordaje de problemáticas psicosociales. Se realizan actividades en Centros de salud, en el Departamento de Salud mental y Comunitarias en áreas predeterminadas. Desde el año 2005 funcionan Casas de Convivencia.

En Buenos Aires, dentro de los programas del Hospital Alejandro Korn, gracias al trabajo de las Dras. López Santi y Uribarri funciona una casa de pre-alta en la ciudad de La Plata con recursos asignados a la sede del hospital psiquiátrico en la localidad de Melchor Romero. La casa de pre-alta es la referencia de salud y de soporte social de pacientes externados. En la casa acceden a alimentación diurna, a los controles psiquiátricos, a talleres coordinados por terapeutas ocupacionales u otros profesionales. Las personas externados suelen residir con sus propias familias o en pensiones de la ciudad.

Con las mismas profesionales, impulsadas por el Dr. Gilabert se organizaron en la década del '90 emprendimientos productivos agrícolas, algunos de ellos aún en vigencia.

La gestión actual de la Colonia Montes de Oca se encuentra realizando un relevamiento de las personas internadas para realizar la derivación a residencias protegidas u hogares.

La Seguridad Social actual en la Argentina contempla en sus prestaciones las residencias protegidas para personas con discapacidad intelectual pero no para personas con Padecimiento Psíquico Crónico.

Desde el Hospital José A. Esteves, el Dr. Linero viene alentando la implementación del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA, 2009), instrumentado en algunos Hospitales de Salud Mental de la Provincia de Bs.As. Dicho programa se propone la externación y reinserción social de personas de mediana y larga internación a través de la promoción,

organización e instauración de dispositivos alternativos de atención a desarrollarse en la comunidad, adecuados a los recursos de salud existentes en la misma.

Se definen como Unidades Funcionales de Rehabilitación, a aquellos dispositivos coordinados que sirven de base a la implementación del programa:

- Dispositivos de evaluación, diagnóstico y pronóstico.
- Dispositivos escuela.
- Dispositivos de base terapéutico-ocupacional y laboral (centro de día, micro emprendimientos productivos)
- Dispositivos de base social (clubes, etc.)
- Dispositivos de base residencial (unidades habitacionales familiares, casas de convivencia).
- Dispositivos de continuidad de tratamiento.
- Dispositivos de capacitación (grupales y a través de material escrito).

La Curaduría Oficial De Alienados, promueve desde 1984 la Ley 10.315, régimen de Prestaciones Asistenciales, destinada a posibilitar la externación de personas internadas en establecimientos psiquiátricos cuando las mismas se vean impedidas por carencias de recursos económicos. Años después la Ley 11.317 amplía la posibilidad de otorgar esta prestación a personas que sostienen su tratamiento en forma ambulatoria.

El cierre de los manicomios puso en juego dificultades y planteamientos éticos con respecto a la responsabilidad social de las personas externadas, de los agentes de salud, de la comunidad y del Estado. Se generó una grieta entre los conceptos ideológicos que determinan la eliminación del tratamiento institucional por un lado, y la realidad de las oportunidades de reinserción sociocomunitaria para las personas externalizadas por el otro.

“En muchos casos, las legislaturas estatales y los comisionados de salud mental adoptaban en forma entusiasta la filosofía de la deshospitalización

porque significaba una disminución importante en la población de internos de sus sistemas, por tanto, en la carga económica para los gobiernos estatales. El resultado fue una extraña alianza entre las legislaturas preocupadas por lo económico y los administradores psiquiátricos, por una parte, y los psiquiatras idealistas de salud mental de la comunidad, por la otra. Y cuando decenas de miles de pacientes fueron literalmente expulsados de las grandes instituciones hacia las comunidades locales sin sistemas de apoyo adecuados, estas comunidades protestaron. De 1975 a 1980 numerosas encuestas e informes revelaron las tristes condiciones de vida de los antiguos pacientes mentales desinstitucionalizados. Se hizo evidente que un efecto de la desinstitucionalización había sido una trans-institucionalización; los enfermos crónicos habían sido completamente tirados de la sartén al fuego. Ahora vivían en asilos de bajo nivel, mal diseñados, supervisados en forma inadecuada y en otros lugares indeseables.”³⁰

Por todo esto, tanto los profesionales de la salud, como la comunidad en general, deben ser preparados para recibir, sostener y reinserir a las personas externadas. Esto implica la instauración de cambios, generados por una estrategia global a nivel terapéutico y social, donde la asistencia y el trabajo terapéutico apunten a la rehabilitación psicosocial de las personas con padecimiento psíquico.

30 Kenberg, O. “Trastornos graves de la Personalidad”. Editorial Manual Moderno. 1992. Pág. 203.

Rehabilitación Psicosocial

Las personas con padecimiento psíquico crónico, han sufrido una larga historia de marginación y de estigmatización, siendo la base de la atención, hasta hace muy poco tiempo, la institucionalización durante un tiempo más o menos prolongado (incluso de por vida) en hospitales psiquiátricos.³¹

A partir de los años 60' y 70' se inicia en diversos países europeos y americanos toda una corriente crítica hacia los excesos de la práctica psiquiátrica tradicional que va a traer consigo la denominada *Reforma Psiquiátrica*, con el consecuente desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, y la aparición de los procesos de *Rehabilitación Psicosocial*, volviendo en núcleo de atención a la *Comunidad*.

Es en este contexto de cambio en el que se ponen en marcha los Centros de Rehabilitación Psicosocial, definidos como “*un servicio de atención diurna organizado para promover en las personas con una enfermedad mental crónica el máximo desarrollo de su autonomía personal y social, facilitar su mantenimiento en la comunidad y apoyar su integración social*” (adaptado de Rodríguez, A, 2001)³².

El término de Rehabilitación Psicosocial (RPS) ha sido objeto de diversas controversias. Anthony y Liberman acuñaron un enunciado más bien operativo, donde lo definen como “*mejorar los déficits en habilidades presuntamente causantes de deterioro en el funcionamiento psicosocial y/o modificar el ambiente promoviendo conductas adaptativas*”. Pero pierden la dimensión evolutiva de la rehabilitación a lo largo de la vida del individuo y se centran en la recuperación de las capacidades perdidas (déficit) y en el cambio en el ambiente.

31 Cantero Garlito, P; Blanco Vila, M. Artículo: “La Terapia Ocupacional en un Centro de Rehabilitación Psicosocial”. V Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/TOcentro_rhb_psicosocial.shtml. Fecha de consulta: 29 de agosto de 2014.

32 Ibid.

La definición propuesta por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), enmarcada dentro del paradigma actual, es que *“la RPS se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que le permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible”* (Rodríguez, A. 1997). Añade la dimensión temporal (proceso) pero sigue centrándose en la recuperación de capacidades perdidas (reintegrarse en la comunidad, mejorar su funcionamiento psicosocial), y tiene en cuenta su entorno social, dentro de las condiciones de normalización e independencia individual.

Si uniésemos el concepto de RPS actual con la forma de entender a la persona afectada por un padecimiento psíquico por el Modelo de Ocupación Humana, la definición sería la siguiente: *“es el proceso de cambio de una disfunción ocupacional a lo largo de la vida de la persona afectada de trastorno mental hacia el desempeño ocupacional dentro de su entorno comunitario, en una cultura predeterminada”*. Esta concepción cambia la visión de la RPS hacia el aspecto evolutivo vital de una persona con sufrimiento mental basándose en su potencialidad como persona OCUPADA en su lugar de residencia (centrado en la comunidad) y teniendo en cuenta su cultura (incluye sus propios valores e intereses).³³

Saraceno Benedetto afirma que, *“la Rehabilitación nace de la exigencia puntual de responder a la petición de un <entretenimiento extramanicomial>, y de mejorar la calidad de la asistencia a gran número de pacientes, para ofrecer a las familias un relevo del cuidado del paciente, vigilar al paciente que vive solo, ofrecerle una alternativa a la soledad cotidiana, procurar reintegrarlo al*

33 Madrid Mazorra, F.J “Rehabilitación Psicosocial y Terapia Ocupacional: una nueva visión desde el modelo de ocupación humana.” 2004.

*mundo productivo, apoyarlo en su vida social y coadyuvar en las intervenciones psicoterapéuticas o farmacológicas”.*³⁴

Barbato (2006), como presidente de la WARP (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial), define la misma como *“la estrategia de salud que facilita y brinda oportunidades a las personas con discapacidad por causas mentales a alcanzar los mejores niveles posibles de funcionamiento en la comunidad, promueve el desarrollo de habilidades individuales y el mejoramiento de los intercambios sociales. Trabaja para el mejoramiento de la calidad de vida y la disminución de los factores de riesgo”.*³⁵

Por lo tanto, la RPS podría definirse como, *“la recuperación máxima posible del funcionamiento del rol social y operativo a través de mecanismos de aprendizaje y de apoyo del entorno”* (Anthony y Cols., 1986).³⁶

Dicha rehabilitación no es únicamente un conjunto de teorías, métodos y actuaciones más o menos estructuradas. Es, y sobre todo, el resultado de una filosofía de trabajo basado en la firme convicción de que las personas con un padecimiento psíquico tienen el derecho a poder elegir y a disfrutar en plena igualdad de los recursos que ofrece la comunidad en la que vive, de la misma forma que una persona sin sufrimiento mental.³⁷

Los movimientos de desmanicomialización marcaron un antes y un después en el enfoque de atención en esta vapuleada población. La tecnología de RPS comienza su desarrollo y evolución precisamente para dar respuesta a las enormes carencias de atención derivadas de éste proceso. Dicho movimiento, se fundamentó más en una base humanista que metodológica.

34 Saraceno, B. “La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible”. Ed. Pax México. México, 2003. Pág. 5.

35 Paganizzi, L. “Terapia Ocupacional: escenarios clínicos y comunitarios”. Ed. Polemos. Bs. As. 2007 Pág. 99.

36 Kraut A. “La Salud Mental ante la Ley”. Apunte de la cátedra de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.2006. UNMdP.

37 Pérez Pachó, F; Lozano Alemany, V Artículo: “Reflexiones en torno a la Rehabilitación Psicosocial”. Ciutadella, julio de 2003.

Consideraba que las instituciones psiquiátricas terminaban “alienando” a las personas, cronificándolos de manera irreversible. El cierre paulatino de hospitales psiquiátricos, y la consiguiente “puesta en la calle” de numerosas personas con padecimiento psíquico crónico, tan sólo desplazó el problema, ya que se multiplicaron los casos de sin hogar, discontinuidad en el tratamiento, consumo de drogas, etc. Este estado de la cuestión llevó a la progresiva creación de sistemas de atención imbricados en la comunidad para dicha población.

Aunque los movimientos de desmanicomialización tuvieron evidentes y claras lagunas, fueron quienes por primera vez, se centraron en las personas no basándose en su diagnóstico clínico sino en su faceta de “personas”, y no de “enfermos”. De personas que tienen el derecho a vivir en la comunidad a la que pertenecen y no a ser excluidos de ella. La RPS fue la heredera de esa visión “humanista”: sus objetivos son *“la reincorporación de la persona con padecimiento psíquico a su comunidad”* y *“mejorar su calidad de vida”*.

Según Jorge Rodríguez (2007) en América el 76,5% de los países tiene Programas Nacionales de Salud Mental que en general están bien orientados, tanto en su marco teórico como en sus estrategias en la comunidad. Si bien el gran desafío es su implementación, ya que en la mayoría de las regiones su ejecución es muy baja.

El crecimiento, en el último tiempo, de las acciones referidas a la RPS manifiesta la importancia que se está brindando en el mundo a la prevención y reducción de las discapacidades por motivos sociales, así como a los programas de cuidados comunitarios orientados a las personas con padecimiento psíquico.

“Uno de los efectos principales del trastorno mental es el dañar en el sujeto su capacidad para desarrollar vínculos sociales satisfactorios. La ruptura del lazo social, con el consiguiente aislamiento físico y simbólico, es la manifestación primera de la enfermedad. El enfermo no puede mantener su trabajo o desarrollar su oficio, se interrumpe su relación con amigos o

familiares, en ocasiones la agresividad que tensa su vida está dada justamente por este sentimiento de habitar un mundo que se le derrumba o se ha hecho hostil para él, suele encerrarse para aislarse de este mundo e interrumpe cualquier intercambio en el plano social o cultural. Cuando padece alucinaciones visuales o auditivas, suele justamente surgir en estas percepciones su extrañamiento del mundo o la amenaza del otro sobre su vida. Los fenómenos delirantes son ya intentos de reconstruir un sentido para su experiencia psicótica, tratando de construir significados que le restituyan algún lugar en este mundo de los otros, frecuentemente no ya reconocidos como sus semejantes”.³⁸

El proceso terapéutico de cualquier padecimiento psíquico debe ser siempre subordinado al diagnóstico de situación total de cada persona y no sólo a los síntomas que más molestan o preocupan al entorno. Tanto en el proceso diagnóstico como terapéutico, la persona, su familia y la institución asistencial constituyen una “*unidad de trabajo*” un “*continuum*” insoluble, en el que cualquier inconveniente surgido en alguna de las partes modifica inmediatamente el resto.

En dicho proceso, se facilita la transición hacia la externación, brindándoles el apoyo necesario para su mantenimiento en la comunidad, contribuyendo a evitar las reinternaciones o recaídas. Por lo tanto, la RPS tiene como objetivo, ayudar a la persona con padecimiento psíquico crónico tanto a superar o compensar las dificultades psicosociales que sufren, como también en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios.

Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), los *Principios esenciales que definen la filosofía de Atención en RPS* son los siguientes:

38 Galende, E; Kraut, A “El sufrimiento mental: El poder, la ley y los derechos”. 1ra ed. Bs.As. Lugar Editorial. 2006. Pág. 87-88

- Debe basarse en una concepción amplia de los derechos humanos, que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna.
- Promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación teniendo siempre en cuenta sus objetivos y planes.
- Debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.
- Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible a través del desempeño de redes sociales apropiadas a las características de cada persona y de su entorno concreto.
- Debe buscar maximizar la autonomía e independencia basándose en las capacidades, competencias y sistema de apoyo de cada sujeto y de su entorno.
- Debe ofrecer el apoyo y soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo que precise.
- Debe partir del principio de individualización, teniendo en cuenta las características únicas de cada individuo, y basándose en una evaluación individualizada de sus necesidades que abarque de un modo global todos los aspectos del sujeto y de su entorno.
- Debe implicar una actitud de esperanza, una expectativa positiva sobre el individuo y sobre sus posibilidades y potencialidades de desarrollo.
- Debe promover un constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejora de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como de la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación.

Siguiendo con la AEN, en los últimos años ha habido notables avances que han contribuido a darle estructura a la *Metodología de Intervención en RPS*, siendo sus principales componentes:

- Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación a las demandas ambientales de su entorno concreto.

- Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario.
- Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo, especialmente la familia, en todas las fases del proceso de rehabilitación (evaluación, planificación e intervención).
- Entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos de su entorno comunitario.
- Evaluación e intervención sobre el ambiente específico (físico y social) del sujeto para compensar las discapacidades existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora de su integración social.
- Seguimiento, monitorización y apoyo del usuario en los diferentes contextos de su vida real.
- Intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo.
- Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

(Anthony, Cohen y Farkas, 1982; Farkas y Anthony, 1989).

Como podemos ver, es un trabajo difícil, cuyos resultados suelen observarse a medio o largo plazo (más largo que medio). Es por ello que, en ocasiones, puede incluso resultar frustrante. Sin embargo, el tener confianza en que una persona con padecimiento psíquico crónico puede, a pesar de sus limitaciones, participar e integrarse activamente en su comunidad y lo que esta nos ofrece a todos, y transmitirlo allí donde haga falta, debería convertirse en el marco de referencia de cualquier actuación en RPS.

Frente a esta visión, todavía está la creencia generalizada y estigmática de lo que significa un padecimiento psíquico crónico y de lo que las personas que lo sufren pueden o no hacer. Y no únicamente la población lega, cuyo contacto con estos padecimientos suele ser a través de las noticias sensacionalistas de

la crónica negra. Esta actitud sigue presente, en mayor o menor medida, en las propias Administraciones, que valoran más que “sus Centros” estén llenos y no que estén “vacíos” consecuencia de intervenciones adecuadas de integración. En empresas y empresarios, que recelan a la hora de contratar a personas con un padecimiento psíquico. En nuestros sistemas de salud pública, que no reconocen la necesidad de que una persona con éstas características pueda recibir atención psiquiátrica domiciliaria y que, por contra, proporcionan facultativos para que vengan a tu casa a tratarte un catarro. Por último, en los propios profesionales de la salud que trabajan en el área, más ocupados en elaborar complejos planes de rehabilitación que centrarse en las necesidades expresadas por los usuarios y trabajar con ellos para su consecución.³⁹

Por esta razón, pensar la salud mental como un problema social, nos compromete a llevar adelante transformaciones no solo político-económicas, sino sobre todo culturales, y erradicar la reclusión como tratamiento específico para las personas con padecimientos psíquicos, conlleva un esfuerzo mancomunado entre la sociedad y las instituciones.⁴⁰

Sólo en un *Modelo de Atención Comunitaria* que se plantea no apartar a la persona de la sociedad ni recluirlo o aislarlo en instituciones especiales, adquieren pleno sentido y coherencia el concepto y el proceso de la rehabilitación.

Con ironía y la anuencia de su autor, la WARP publicó en el boletín del último Congreso Mundial (Atenas, 2005), un artículo de Robert Liberman titulado “*Los diez mandamientos de la Rehabilitación Psiquiátrica*”, dedicado a los trabajadores de la rehabilitación:⁴¹

- *Cada paciente es singular y debe tratarlo como se trataría a sí mismo.*

39 Pérez Pacho, F; Lozano Alemany, V; op.cit.

40 Tolomio, V; Trabajo Final: “Programa de alta con acompañamiento en la comunidad: Construcción de una alternativa posible de re inserción socio comunitaria.”(Al rescate de una práctica psicosocial real...). Asignatura: Problemáticas sociales: Efectos de la subjetividad y el padecimiento psíquico. Diplomatura en políticas de Salud mental y Derechos Humanos. Mar del Plata. Marzo 2010.

41 Paganizzi, L y Otros; op.cit. Pág. 98.

- *No intente sólo combatir los síntomas sino también desarrollar habilidades.*
- *Se deben trabajar los déficits cognitivos.*
- *Escuche a sus pacientes porque allí residen las claves de las motivaciones para su recuperación.*
- *Considere a los familiares como partícipes del tratamiento.*
- *No pierda de vista el bosque mirando sólo los árboles.*
- *No deje de pensar en las posibilidades de progreso de sus pacientes.*
- *Desarrolle investigaciones basadas en la evidencia.*
- *Si concentra sus esfuerzos y corazón en proveer servicios continuos, coordinados con prácticas fundamentadas en la investigación, con orientación a los consumidores y oferta de desarrollo de habilidades... los pacientes podrán mejorar.*

Salud mental y derechos humanos

“Si no comprenden como un alma puede razonar falsamente, cómo es posible que sin vacilación, conduzcan a estos seres al manicomio” (Voltaire, Diccionario Filosófico)

Resulta difícil hacer un análisis de un tema tan amplio, y a la vez consensuado, especialmente para los T.O y profesionales que se desempeñan en el área de salud mental, como es el de los derechos de aquellas personas que padecen sufrimiento mental. Amplio en cuanto a lo abarcativo, y la necesidad de complejizarlo para su análisis; consensuado en tanto a la legitimación y reconocimiento de la necesidad de posicionarnos en defensa de los mismos.

Tal como se ha expuesto a lo largo de esta investigación, la persona con padecimiento psíquico, ha sido a través de la historia, sometida a los más severos castigos, tratos degradantes y deshumanizantes y despojada de todos sus derechos, cuyo accionar desde el campo de la salud y la justicia ha consistido en la segregación y el encierro.

Si bien existían desde el siglo XII algunos establecimientos que cuidaban de estas personas, no había una conciencia médica del padecimiento psíquico ni una disciplina que la tratara. Y particularmente no existía un ordenamiento jurídico especial para estas personas, que eran tratadas solamente en función de los conflictos que provocaban, o sancionados por sus conductas antisociales como cualquier otro delito.

Para la política y la sociedad, la “locura” constituía un problema práctico, objetivo, un existente social que requería una acción correctora. Son estas razones, políticas y no el conocimiento, las que dan lugar al nacimiento de la Psiquiatría en el siglo XVIII. Se hace necesario diferenciar los actos normales, razonables, de los que no lo son, e instalar el control de los actos anormales, propios de los individuos irracionales.

“La figura de autoridad encargada de este cuidado fue primeramente el sacerdote y luego el monarca, más tarde el legislador y el juez, para desembocar en el siglo XVIII en la figura del médico, quién reúne en su persona todas estas figuras de autoridad: desde los valores de la moral y la razón, diferencia y sanciona la normalidad y la locura, decide sobre el destino del loco; como legislador y juez, dicta la sentencia de exclusión de la sociedad, el internamiento, y la obligación para el loco de someterse al tratamiento que se le indica en el sistema de castigos correccionales dirigidos a “enderezar” su conducta”.⁴²

La ley de 1838, Ley Esquirol, instituye la primer normativa jurídica amplia sobre la asistencia psiquiátrica, la cual otorga al especialista y al director del hospital, funciones propias del Poder Judicial: privación de la libertad, sin juicio ni defensa; mantenimiento de la detención por el tiempo que él mismo considere necesario; sentencia de incapacidad para la deambulación, la recepción de visitas, la comunicación con el exterior; vigilancia y control de la relación con los otros internos, castigos corporales y medidas disciplinarias.⁴³

Aún en la actualidad, la decisión de internación, pone habitualmente en acto una lógica de poder, ya que el diagnóstico psiquiátrico, el cual a través de certificado médico sanciona la internación, sólo supone un saber práctico empírico sobre la presencia de los síntomas del padecimiento, no un saber sobre las razones del mismo. De este modo, la pretensión de constituir un saber objetivo sobre el sufrimiento mental, se basa en un poder que ha transformado la complejidad del sujeto que padece, en un mero objeto para un saber positivo y objetivo.

La internación psiquiátrica conserva siempre este rasgo distintivo: es primero una decisión dentro de una lógica de poder, la persona no está en una relación simétrica con su médico, ya que debe someterse a su decisión. Esto hace que la decisión tenga el sentido de una sentencia, ya que implica la

42 Galende, E.; Kraut, A. “El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos”. 1ra. ed. Buenos Aires. Lugar Editorial, 2006.

43 *Ibíd.* Pág. 44

privación de libertad del sujeto. “El médico fundamenta su diagnóstico y esgrime un saber sobre la enfermedad que en lo esencial tiene un supuesto de objetividad, reflejado en el diagnóstico de alienación y peligrosidad. Para cumplir este postulado de objetividad y el supuesto de su saber, debe dejar afuera de su observación lo esencial del drama del loco: *su condición de sujeto*. Todo lo que éste argumente, la resistencia que oponga a esta decisión, la violencia con que trate de defenderse de ella, serán considerados solamente como manifestaciones de su enfermedad. Por lo tanto, no es un sujeto responsable de su actuar y su devenir: advenido a la condición de enfermo mental, su subjetividad queda reemplazada por esta nueva identidad de “alienado”, y por lo mismo es sometido al poder del médico especialista. En este primer acto queda lesionada su condición de ciudadano, por la suspensión de derechos que supone la pérdida de la libertad y el encierro”.⁴⁴

Reconocer al otro con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho, es comenzar a recuperar su lugar como persona.

El encierro ha dejado de ser la única alternativa de tratamiento, dando lugar a aquellas prácticas psicosociales que reconocen la individualidad, capacidad y potencial de rehabilitación de la persona con padecimiento psíquico crónico; la importancia de la participación dentro de su núcleo familiar y social, en síntesis la reasignación de su lugar como sujeto, y por ende de sujeto de derecho.

A partir del reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento psíquico, registrada en las políticas sugeridas por los organismos internacionales, se generan importantes cambios en la forma de abordar la problemática de salud/ enfermedad mental.

Las distintas declaraciones de los organismos internacionales ponen el acento en el derecho de la persona con padecimiento psíquico a ser tratado con el respeto y la dignidad propia de toda persona humana. Se les reconocen derechos idénticos a los del resto de los seres humanos (OPS, 1990: Art. 3,

44 Ibid. Pág. 83-84

ONU, 1991: Principio 1). En estas declaraciones, con el concepto de dignidad se busca poner fin a situaciones de abuso, explotación, violencia física y psíquica, estigmatización y discriminación, así como también se prohíbe la experimentación médica o científica a las que las personas con discapacidad mental se han visto expuestas (OPS, 2004; 2). Otro de los principios que se destaca es el derecho a vivir en su comunidad (OMS, 1990: Principio 4; ONU, 1991: Principio 3 y 7). Se insiste en la abolición del manicomio y la reinserción social de las personas con sufrimiento mental (OMS, 1996; OPS, 1990).⁴⁵

Estos instrumentos internacionales de derechos humanos y salud mental, conforman el estatuto básico de derechos y garantías de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Los dos tratados internacionales de derechos humanos de las personas con discapacidad (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad) en el ámbito regional de la Organización de los Estados Americanos (OEA), y a nivel mundial (ONU), entraron en vigencia en esta década. En particular, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es el primer tratado de derechos humanos del siglo XXI, y ha sido ratificado por Argentina mediante la Ley 26.378, gozando de vigencia en nuestro país desde el año 2008. Este instrumento fundamental, con jerarquía normativa superior a toda ley interna, consolida el modelo social de la discapacidad, reconoce a la persona como sujeto de derecho con plena capacidad jurídica, y protege varios derechos vinculados a la salud mental, tales como el derecho a vivir y atender la salud en la comunidad, a la rehabilitación, al consentimiento informado, y a las garantías contra las internaciones indebidas.⁴⁶

45 Escalada, R. A. et. al. (comp), "Investigaciones interdisciplinarias en salud mental", Rosario: Laborde, 684 pp., pp. 19-28, ISBN: 978-987-1315-95-6.

46 Normativas de la Dirección Nacional de Salud Mental. Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Pág. 12. Año 2010.

La Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, promueve el abordaje de la problemática de la Salud Mental y los Derechos Humanos tomando como referente las convenciones y recomendaciones de Naciones Unidas. *Respecto a esta problemática la Secretaría define como preocupantes cuatro situaciones:* la gran cantidad de personas institucionalizadas por períodos indeterminados; la carencia y/o falencias de servicios de atención primaria y de modelos descentralizados de atención, que conlleva inequidad en el acceso a los servicios y prestaciones de salud mental por parte del Estado; la vulneración de derechos por parte de las agencias policiales y judiciales y la fragilidad del marco ético en que se desarrollan las prácticas asistenciales, observable, por ejemplo, en la excesiva medicalización farmacológica como respuesta automática a los más diversos cuadros nosológicos. Señalando que esta situación conlleva la vulneración total de los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico. Por lo cual, esta Secretaría se propuso trabajar en la implementación de políticas públicas en salud mental con el fin de promover y aportar a la planificación de estrategias y políticas de intervención, en resguardo y garantía de los derechos de las personas con padecimiento psíquico (Presidencia de la Nación Argentina, Ministerio de Justicia, Secretaría de Derechos Humanos, 2005).

Esto implica fundamentalmente que la discusión sobre los derechos de las personas con padecimiento psíquico no se limite al cierre de las instituciones manicomiales. Sino que supone considerar que la forma en que una sociedad garantiza el derecho humano a la salud mental es el elemento emergente de una compleja situación que involucra, entre otras cosas, una mayor autonomía, la posibilidad del ejercicio de la libertad personal, las relaciones con los otros, la vida en su comunidad, el acceso al trabajo y a la educación.

Las siguientes declaraciones devinieron en parte o instrumento de la actual Ley Nacional de salud Mental N° 26.657, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 3 de diciembre de 2010.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos y de la Salud Mental, adoptada por el Consejo de Administración de la Federación Mundial de la Salud mental, el 26 de agosto de 1989, manifiesta en el segundo párrafo de su preámbulo que las personas con padecimiento psíquico: "...comparten según los términos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, la *dignidad inherente* y los *derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana* y, según los términos del documento fundacional de la Federación Mundial de Salud Mental, una *humanidad común* con los otros seres humanos del mundo entero..." En su artículo 4º, proclama "...los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como emocionalmente enfermos o perturbados, serán *idénticos* a los derechos del resto de los ciudadanos..."⁴⁷

En Venezuela, el 14 de noviembre de 1990, se celebró la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina que culminó con la "Declaración de Caracas", como resultado de un análisis crítico del estado de la atención de Salud Mental en las Américas, que hacía ineludible su reforma, en la que se destaca que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Sostiene que el hospital psiquiátrico, como única alternativa asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos mencionados al aislar a la persona de su medio, generando mayor discapacidad social, creando condiciones desfavorables que ponen en peligro sus derechos humanos y civiles. En consecuencia, se establece la necesidad de crear redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren: la provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con padecimiento psíquico y en situaciones de crisis, incluyendo cuando sea

47 Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. 26 de agosto de 1986. Disponible en: <http://mentalillness.espacioblog.com/post/2006/02/24/declaracion-los-derechos-humanos-y-la-salud-mental>. Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2014.

necesario, la admisión en hospitales generales; la formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas afectadas por padecimiento psíquico de larga evolución y discapacidad psicosocial; el establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutive; la participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental y; la concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población. Las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que, además de lo mencionado anteriormente, la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría se haga apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicie la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo a los principios rectores que fundamentan esta reestructuración.⁴⁸

A esta Declaración le siguieron: los “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental” de la ONU, el 17 de diciembre de 1991. Entre sus principios se enuncian las libertades fundamentales y derechos básicos que postulan el derecho a recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, el trato humano y respetuoso, el derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato y trato degradante. El derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes. El derecho a vivir, trabajar y recibir tratamiento en un ambiente lo menos restrictivo posible, previo consentimiento debidamente informado; ser tratado, en la medida de lo posible, cerca de su hogar y regresar cuanto antes a su comunidad. Además se

48 Normativas de la Dirección Nacional de Salud Mental. Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Declaración de Caracas. Pág. 101-104. Año 2010.

establecen los derechos y condiciones de las instituciones psiquiátricas y los recursos con que deben contar estas instituciones.⁴⁹

En la Conferencia Internacional OPS/OMS de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual, realizada en Canadá el 4 de octubre de 2004, se estableció la “Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual” en la cual se reconoce que las personas con necesidades especiales han sido frecuentemente excluidas de la toma de decisiones sobre sus derechos humanos, su salud y bienestar, y que las leyes concernientes a la incapacidad jurídica se han usado históricamente para negar su derecho a tomar decisiones.

El derecho a la igualdad para las personas necesidades especiales no se limita a la igualdad de oportunidades, sino que también puede requerir adaptaciones apropiadas, acciones positivas y apoyos. Los Estados deben garantizar la presencia, disponibilidad, acceso y goce de servicios adecuados basados en las necesidades de estas personas, así como el consentimiento libre e informado.

Declara que las personas con necesidades especiales tienen el mismo derecho que otras personas a tomar decisiones sobre sus propias vidas, aún las que tienen dificultad para hacer elecciones y comunicar preferencias, pueden tomar decisiones acertadas para mejorar su desarrollo personal, la calidad de sus relaciones con otros y su participación comunitaria, para la cual deben recibir el apoyo necesario para que sus decisiones y preferencias sean respetados, beneficiándose de las leyes y políticas que reconozcan y promuevan este apoyo.⁵⁰

49 Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. Disponible en: <http://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/DI-ONUAG46-119.pdf>. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2014.

50 Normativas de la Dirección Nacional de Salud Mental. Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Año 2010.

En 2005 se celebró en Brasil, la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental, cuyo lema consistió en: “15 años después de Caracas”, en dónde se expuso que los principios esenciales de la mencionada Declaración de Caracas han sido implementados exitosamente en numerosos países de la región, no obstante, aunque mucho se ha avanzado, aún persisten acciones pendientes derivadas de dicha declaración, por ejemplo, continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos, y por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad, además, es insuficiente la capacidad de documentación, monitoria y evaluación.

Los organismos internacionales han decidido llamar a las condiciones de internamiento compulsivo en hospitales psiquiátricos, detención y no internamiento. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha propuesto que se consideren detenidas porque las condiciones por las cuales son privadas de libertad son iguales que las que existen para personas detenidas en cárceles por delitos investigados y con sentencia judicial. Así fueron establecidos en 2008 los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, donde se establece que por privación de libertad se entiende: “ cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria. Se entiende entre esta categoría de personas, no sólo a las personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores; centros para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo o refugio,

apátridas e indocumentados; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas”.⁵¹

En el principio III se establecen las medidas especiales para las personas con discapacidades mentales: “los sistemas de salud de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) deberán incorporar, por disposición de la ley, una serie de medidas en favor de las personas con discapacidades mentales, a fin de garantizar su gradual desinstitucionalización y la organización de servicios alternativos, que permitan alcanzar objetivos compatibles con un sistema de salud y una atención psiquiátrica integral, continua, preventiva, participativa y comunitaria, y evitar así, la privación innecesaria de la libertad en los establecimientos hospitalarios o de otra índole. La privación de libertad de una persona en un hospital psiquiátrico o institución similar deberá emplearse como último recurso, y únicamente cuando exista una seria posibilidad de daño inmediato o inminente para la persona o terceros. La mera discapacidad no deberá en ningún caso justificar la privación de libertad.”⁵²

Transcurridos veinte años desde que se celebrara la Conferencia regional para la Reestructuración de la Atención psiquiátrica en Caracas, la OPS/ OMS convocó en 2010 la Conferencia Regional de Salud Mental en la ciudad de Panamá, con el lema “La década del salto hacia la comunidad: Por un continente sin manicomios en el 2020”. Se destacó que si bien en las dos últimas décadas muchos han sido los avances logrados por los países, aún persisten serias limitaciones, en cuanto a la implementación efectiva de políticas y planes nacionales de salud mental, así como de legislaciones que sean consistentes con los instrumentos internacionales de derechos humanos.

A pesar de los múltiples esfuerzos realizados por los países, las acciones de superación de la hegemonía del hospital psiquiátrico, en el modelo de atención, son aún insuficientes. Por lo tanto, es necesario fortalecer el

51 *Ibíd.* Pág. 27

52 *Ibíd.* Pág. 32

modelo de salud mental comunitaria en todos los países de la región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década, reconociendo como objetivo esencial la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad.⁵³

En la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657⁵⁴, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 3 de diciembre de 2010, en nuestro país, se consideran parte integrante de la misma, los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991, la Declaración de Caracas de la OPS/OMS, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas del 9 de noviembre de 2005, considerados instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Esta Ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento psíquico que se encuentran en el Territorio Nacional (Art. 1). El artículo 7 menciona los derechos que se reconocen a las personas con padecimiento psíquico; entre ellos se pueden distinguir aquellos relacionados con las pautas que deben respetar los tratamientos y aquellos relacionados con el respeto por la integridad y la dignidad de las personas. Entre los primeros, incluye el derecho a: recibir atención sanitaria y social integral y humanizada; recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; recibir un tratamiento

53 *Ibíd.* Pág. 17-21

54 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Año 2011. Disponible en: http://www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/ley_nacional_26657.pdf. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2014.

personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, entre otros. Entre los segundos, menciona el derecho a: conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; que el padecimiento psíquico no sea considerado un estado inmodificable; y no ser sometido a trabajos forzados.

Además, la Ley plantea (Art. 14): “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social...”

El artículo 15 agrega que la internación debe ser lo más breve posible en función de los criterios terapéuticos.

Asimismo la Ley apunta a la conformación de redes entre los distintos sectores (salud, educación, cultura, etc.) para atender a las personas con padecimiento mental en su comunidad propiciando acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria y previendo el apoyo a los grupos familiares (Art. 11). Por otra parte, prohíbe la creación de manicomios (Art. 27). Deroga la Ley N° 22.914 (Art. 44) que regu laba la internación de personas en establecimientos de salud mental y de alcohólicos crónicos y toxicómanos en establecimientos adecuados.

Entre sus disposiciones complementarias se incorpora en el artículo 42, el artículo 152 ter. del Código Civil estableciendo que las declaraciones de incapacidad o las inhabilitaciones deben fundarse en evaluaciones interdisciplinarias, no pueden extenderse por un plazo mayor a tres años y deben especificar las funciones y actos que se limitan procurando la menor afectación posible de la autonomía personal. Del mismo modo, en el artículo 43 se postula que el artículo 482 del Código Civil, será sustituido por el siguiente enunciado: “No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz

por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quién deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario con posterior aprobación y control judicial.”

En síntesis, el cambio en el rol del Estado se observa fundamentalmente en la puesta en marcha de distintas actividades orientadas a generar conciencia acerca de los derechos humanos de este grupo de población. De este modo, asume un rol activo estimulando la discusión sobre el tema, así como también promoviendo la conformación de organizaciones de familiares e incentivando su participación, junto a organismos estatales y asociaciones de profesionales en actividades orientadas a la modificación de pautas terapéuticas que vulneran los derechos humanos de las personas con padecimiento mental.

Ahora bien, si observamos el escenario que nos rodea en esta temática y medimos la distancia entre las Declaraciones mencionadas, tanto de la Federación Mundial de Salud Mental, la ONU, la de Brasilia, Caracas o nuestra propia Ley de Salud Mental y la comparamos con la realidad cotidiana, de la persona que padece sufrimiento psíquico en nuestro país, surge el interrogante de saber a qué se debe semejante abismo.

En principio, y tal como sostienen varios autores, aún persisten en el imaginario social, la figura de la persona con padecimiento mental, como una persona incapaz, sobre la que se proyectan miedos infundados, estigmatizaciones, asociados a una condición de peligrosidad, que los conduce a convivir con el segregacionismo y la discriminación.

La identificación del padecimiento psíquico con el concepto de peligrosidad, aún persiste en los términos legales y los documentos que se han expuesto precedentemente, lo cual constituye un refuerzo del prejuicio que también se juega en el imaginario social.

Los profesionales, jueces, asesores y funcionarios deben desembarazarse de los mitos y juzgar con acierto las realidades. En muchos

casos, bajo el manto de la peligrosidad se cubre la falta de medio familiar continente, la carencia de una vivienda, entre otros.

“Por si fuera poca injusticia pensar a la persona con padecimiento psíquico como un potencial criminal, sumemos que no hay estadística que confirme esto, y sí en cambio, el argumento contrario: son escasos los hechos delictivos o criminales provenientes de personas enfermas mentales, mientras que comúnmente son víctimas de la violencia y el maltrato de otros, siendo por otra parte, la capacidad de llegar a un acto delictivo o criminal, potestad de todos los seres humanos”.⁵⁵

Asimismo, existen arraigadas fuertemente en la práctica y en el imaginario social, las formas de asistencia manicomiales, encontrándose la persona con padecimiento psíquico en medio de la pugna entre dos paradigmas, totalmente opuestos, que genera contradicciones entre los usuarios y familiares de los servicios de salud.

En nuestra sociedad, la diversidad, la enfermedad, el desvío, la deficiencia, se configuran en codificaciones definidas en relación a la norma y, de esa forma, no son comprendidas como la singularidad de una persona, sino como inferioridad o incapacidad por naturaleza.

Bajo esta óptica, las personas con padecimiento psíquico se consideran como incapaces, de menor valor social, y muchas veces, como irrecuperables. Esta forma de pensar atraviesa lo cotidiano de las relaciones, y aunque no intencionalmente, opera una forma de protección pautada en la incapacidad y ausencia de derechos, y en la necesidad de anulación o restricción de libertad. La paradoja de esta forma de pensar es exactamente que, al considerar al otro como incapaz, se sigue por anularlo y no protegerlo, invalidándolo (Basaglia, F.O., 1987; 1992).⁵⁶

Esta discusión, engloba dos paradigmas bien demarcados, uno que impregna nuestro Código Civil, el modelo tutelar y asistencialista, el cual

55 Bianchi, M. ¿Qué derechos para el enfermo mental? II° Encuentro Internacional de la red Interuniversitaria de Investigación en Psicoanálisis y Derecho. Material disponible en: <https://www.kennedy.edu.ar>. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2014.

56 Paganizzi, L y Otros. “Terapia Ocupacional Psicosocial: Escenarios clínicos y comunitarios”. Pág.128. 1ra. Edición. Ed. Polemos. Bs. As. Año 2007

debería resguardar, no perjudicar o castigar a la persona con sufrimiento mental; y el otro, que surge de la Convención ratificada por Argentina en 2008 (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad), que dio sus primeros pasos con la Ley Nacional de Salud Mental.

Las personas con padecimiento psíquico conforman un colectivo social en particular situación de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono, lo que conlleva a la necesidad de una protección especial de parte del derecho y del sistema judicial argentino. Esto conduce a replantear las bases mismas en que ese derecho es pensado en la actualidad, bajo el anquilosado paradigma tutelar y asistencialista, que ve a la persona desde arriba, como un objeto pasivo a ser tutelado, más que como un sujeto pleno de derecho o una persona con voz propia.

El artículo 141 del código civil, dice que se declaran “incapaces por demencia a las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes”.

Es decir que “se produce la pérdida del ejercicio de la mayoría de los derechos, tanto patrimoniales como en general personales, y se coloca al sujeto bajo dependencia de representación – curatela- que lo sustituye en el desempeño de la vida social, económica y jurídica.” (Art. 475 del Código Civil de la República Argentina).

Esta sustitución de su persona es en realidad el primer avasallamiento de sus derechos, dejándolo muchas veces aun más desprotegido y vulnerable a abusos por parte de quien ejerce la curatela.

Esto se debe a que “el principal efecto de la declaración de insania es la modificación del estatus jurídico de la persona con padecimientos mentales, que en adelante será categorizada como incapaz de hecho absoluto, lo que en términos de nuestro ordenamiento civil significa que no podrá ejercer por sí

ningún derecho.”⁵⁷ Por lo que la persona que pasa a tener la representación del denominado “incapaz”, actúa o decide en su lugar.

Desde el punto de vista de la rehabilitación psicosocial, se generan muchísimas contradicciones, ya que una persona que realiza un proceso de esta índole, es orientada a que explore y ejercite sus máximas capacidades, recuperando o descubriendo nuevos roles, con la finalidad de llevar adelante un proyecto de vida acorde a sus necesidades y posibilidades, mejorando su calidad de vida pero, por sobre todas las cosas, poniendo el acento en la inserción socio comunitaria y su desarrollo como ciudadano.

Esta concepción de pertenencia y participación social, conlleva la idea de “capacidad” y responsabilidad para tomar decisiones, ya sea desde aquellas más pequeñas hasta las de mayor complejidad. Por lo que la sentencia de incapacidad es directamente opuesta a los objetivos ulteriores de todo proceso de rehabilitación.⁵⁸

El primer aspecto del cambio de paradigma en materia de salud mental empieza en el nivel más básico y elemental: el lenguaje. Ya no deberíamos hablar de incapaces, locos, enfermos mentales, anormales alienados, peligrosos, disminuidos, dementes, etc., sino de *personas*, personas usuarias de los servicios de salud mental. Esa es la primera barrera a superar, las barreras simbólicas que impone el lenguaje. Es el primer paso en el cambio de paradigma. Cambiar las palabras con que nominamos (y a veces despreciamos o estigmatizamos) la realidad, cambiar los términos que se usan comúnmente para denotar a quienes padecen afecciones o cuadros mentales y que entrañan, muchas veces, un aspecto despectivo, lo cual conlleva una merma de su autoestima y valoración personal, dado que estas personas no se ven a sí mismas como iguales, a partir de la imagen que les devuelve su entorno.

57 Fama, M. Herrera, M. Pagano, L. “Salud Mental en el derecho de familia”. Editorial Hammurbi. Pág. 461. Año 2008.

58 Tolomio, V; “Derechos Humanos: Interacciones entre el derecho y la salud” contradicciones en la práctica cotidiana. Diplomatura Políticas de Salud Mental y Derechos Humanos. Facultad de Derecho. Universidad Nacional de Mar Del Plata. 2009

Esto tiene un impacto en el derecho, en el respeto a sus derechos. No se respetan igual los derechos de las personas que han sido, por diversas razones, deshumanizadas, despersonalizadas o cosificadas. Este cambio de lenguaje es, decisivo, humaniza al enfermo, lo restablece en su dignidad y en sus derechos, y es el primer paso que da el nuevo paradigma, que deja de concebir al presunto insano como un incapaz.⁵⁹

Diversos autores sostienen que el paradigma aún vigente en la Argentina, es el sistema tutelar y de protección de los llamados “incapaces”. En función de esto, es entendible, que las instituciones estatales actúen partiendo del supuesto de que la persona sometida a un proceso judicial por cuestiones de salud mental en realidad está siendo resguardada de los peligros de la vida en sociedad, y por ende, no tiene por qué preocuparse por el trámite del juicio, ya que está motivado por el afán de protegerlo. Esto muchas veces, no es así, ya que detrás de estas medidas, suele esconderse la desprotección y el olvido. Esto es aún más complejo, si se parte de que la persona es “peligrosa” para sí mismo o para terceros. De este modo no se escucha a la persona que más necesita ser escuchada. Por ello es muy importante rever la forma en que se entiende el derecho de defensa de las personas usuarias de los servicios de salud mental, porque muchas veces son sólo ellas las que pueden decir, o hacer visible lo que sucede, sufren o necesitan.

El sistema tradicional de abordaje judicial, de los problemas de salud mental, se basa en la idea de que la persona con padecimiento psíquico, necesita la protección estatal, para evitarle así mayores inconvenientes que puede traer aparejado su interrelación con el mundo.

El nuevo paradigma o enfoque social invierte esta situación, parte de una concepción diferente, al sostener que los males están cuando se priva a la persona de su interrelación con el mundo, no cuando se promueve su integración social plena. La exclusión es una falsa solución terapéutica.

59 Croxatto, L. G. “La Salud Mental (en la Argentina): dos paradigmas en pugna”. Lecciones y Ensayos, N° 90. Pág. 261. Año 2012.

Este es el presupuesto teórico del que parte el nuevo paradigma, para el cual la discapacidad es una construcción social y cultural que no puede venir a reforzar el derecho, por lo cual, el nuevo modelo social de la discapacidad tiende a anular la incapacitación, segregación y se orienta hacia un nuevo esquema llamado de “toma de decisiones con apoyo”.

El primer paso, receptado en la nueva Ley de Salud Mental, es que las personas no deben ser aisladas de su círculo social originario. No puede, como primera política, aislar a la persona que más necesita ser integrada. Por ello, el nuevo paradigma social, insiste en la responsabilidad comunitaria frente a las personas con padecimientos psíquicos, debiendo profundizarse las relaciones y los vínculos de integración social.⁶⁰

La rehabilitación significa construir acceso real a los derechos de ciudadanía, la posibilidad de tener reconocidos esos derechos, el ejercicio progresivo y la capacidad de practicarlos. De esta forma, habilitar/rehabilitar requiere múltiples intervenciones en tres niveles indisolubles: la transformación de las legislaciones; la dimensión de vínculos y recursos; y producir la capacidad de acceso al valor.

Por todo ello, la percepción de las personas con padecimiento psíquico respecto a su calidad de vida, es en parte, el resultado de la reflexión, acerca de su desempeño en roles vinculados a sus particulares características sociales lo que configurarnos un panorama de cómo se conjugan una serie de factores relacionados con la desventaja psicosocial, factor común que se manifiesta con crudeza en estos padecimientos y nos aproxima a conocer el impacto de ella sobre la persona y su calidad de vida. Ello nos permite acceder a un conocimiento de la persona más allá de su padecimiento, en la dimensión de su desventaja y su implicancia en lo social, punto esencial en el enfoque de las estrategias de rehabilitación psicosocial.⁶¹

60 *Ibíd.* Pág. 260-273

61 Paganizzi, L y Otros; *op.cit.* Pág. 201

CAPÍTULO III

Calidad de vida

El interés por la Calidad de Vida se ha extendido a diferentes disciplinas, en particular en el área de la salud, y su concepción ha ido evolucionando a través del tiempo.

Por tratarse de un concepto integrador y multidimensional, que comprende todas las áreas de la vida, aun hoy, no hay un criterio único respecto al mismo y su forma de evaluación.

En el marco de nuestro trabajo de investigación, y tal como lo hemos enunciado en otros apartados, el término **Calidad de Vida** (CV) *alude a la opinión y el sentimiento que la persona tiene sobre su propia situación en la vida y remite al estado subjetivo de bienestar o malestar con el que se percibe a sí mismo en cada momento, sea cual fuere la naturaleza y causa de dicha percepción.*⁶² Es decir, que desde el punto de vista de su CV, cada persona es “psicológicamente única” y no comparable a otros (Beech, 1993).

Levi y Anderson (1980) la definen como *una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa.* Por su parte, Andrews y Withey (1976) insisten en que la CV *no se refiere al reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación que de ellas hace el individuo.* Según Haas (1999) debe ser considerada como *una evaluación multidimensional de las circunstancias actuales de la persona, en el contexto de su cultura y valores.* Mientras que para Gómez y Botella (2007), la CV es la

62 Giner, J. et. al. Calidad de Vida en enfermos esquizofrénicos. Desarrollo de un instrumento español para su evaluación: el Cuestionario “Sevilla”. Fases iniciales. Vol II, N° 9, Pág. 313. Anales de Psiquiatría. Madrid 1995, España.

evaluación cognitiva y afectiva de la situación de si mismo percibida por el enfermo crónico en un momento determinado de su vida.

La OMS, (Grupo WHOQOL 1994) define la CV como *la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses.*⁶³ Se trata de un concepto esencialmente subjetivo y engloba aspectos tales como la capacidad funcional de la persona, su bienestar y estado psicológico, las interacciones sociales que establece y su situación económica.

Cabe señalar que existen dos dimensiones fundamentales de la CV⁶⁴:

Una dimensión objetiva que incluye las condiciones de vida de la persona, elementos del ambiente en el que vive, su funcionamiento social y el cumplimiento de varios roles (Katschnig, 2006).

Una dimensión subjetiva referida a la sensación que tiene cada persona del bienestar, de satisfacción con su vida, de felicidad o tristeza (Baker e Itagliata, 1982), de manera global o para cada ámbito de su vida. También se ha equiparado con la satisfacción de los valores, los objetivos y las necesidades de una persona a través de la realización de sus capacidades o de su estilo de vida (Emerson, 1985). Asimismo, se la podría considerar como la percepción que tiene la persona sobre las circunstancias objetivas de su vida o la percepción del ajuste entre las características de su ambiente y sus expectativas y necesidades (Anderson y Lewis, 2000).

Según Lehman (1988), la CV subjetiva y objetiva son dos aspectos diferentes pero complementarios del mismo fenómeno. Tal es así, que la

63 Paganizzi, L y Otros; "Terapia Ocupacional psicossocial: escenarios clínicos y comunitarios" 1ra ed. Edit. Polemos. Bs. As. 2007.

64 Petkari, E.; "Determinantes Longitudinales de Calidad de Vida en Esquizofrenia: un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA". Tesis Doctoral. Programa de Doctorado en Psiquiatría y Servicios Comunitarios Granada. Junio 2010. Pág. 14-15.

consideración de indicadores objetivos de nivel de vida (funcionamiento económico, social y salud), no tiene sentido, sin la determinación de otros indicadores de carácter subjetivo como el bienestar percibido de esas condiciones de vida.

A lo largo de las últimas tres décadas el concepto de CV ha ido evolucionando desde una concepción puramente sociológica, en la que se consideraban casi exclusivamente los aspectos objetivos de la CV, hasta la perspectiva psicosocial actual, en la que los aspectos subjetivos son considerados fundamentales.

Al hacer referencia al plano subjetivo e individual de la persona, la CV puede ser diferente para cada sujeto. Dicha diferencia se sustenta en la valoración personal que el individuo realiza de su ambiente psicológico (percibido, no físico), valoración que, a su vez y como en todo proceso psicológico, consta de tres componentes: *el cognitivo* (conocer, percibir y pensar), *el emocional* (lo que el individuo siente y el cómo responde emotivamente ante lo que siente) y *el conductual* (lo que el sujeto hace).⁶⁵

Aún cuando el concepto de CV es difícil de precisar, es posible mencionar algunas de sus características centrales, como *su naturaleza esencialmente subjetiva* y *sus dominios constitutivos principales*: capacidad funcional, estado y bienestar psicológico, interacciones sociales y situación económica. En este sentido, el **funcionamiento social**, definido como la capacidad de conseguir y mantener un autocuidado apropiado, una labor productiva y relaciones interpersonales significativas, sería un determinante central.

Ahora bien, al hablar de CV, no podemos pasar por alto el concepto de **Calidad de Vida Relacionada con la Salud** (CVRS), ya que *representa el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del*

65 Giner, J; et. al. "Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia". Actas Esp Psiquiatr 2001; 29 (4): 233-242.

paciente en su bienestar, y constituye un intento de humanización de la medicina que intenta otorgar al sujeto la posibilidad de expresar con validez su punto de vista respecto de su propio estado de salud.

Patrick y Erickson (1993) la definen como *la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento o las políticas de salud.* Para Schumaker y Naughton (1996) es *la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.*⁶⁶

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Por consiguiente, como diría Ritsner (2003), *la CV de la persona no se limita a la sensación de bienestar que tiene ella misma, sino incluye también su habilidad de tener un funcionamiento adecuado en varios ámbitos de la vida y su posibilidad de acceder a oportunidades y recursos.*

La CVRS es la resultante del tipo de enfermedad, su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el apoyo social percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad.

Calidad de vida y Salud Mental

El término CV ha ido introduciéndose paulatinamente en el campo de la Psiquiatría, surgiendo de la tendencia a promover la desinstitutionalización de las personas internadas e intentando integrar en las personas con

66 Rodríguez Vidal, M. et. al. "Calidad de Vida en pacientes esquizofrénicos". Aquichan, vol.11, num.1, Abril 2011, pp. 66-76. Universidad de La Sabana. Colombia.

padecimiento psíquico, además de la sintomatología, aspectos como las percepciones individuales, las expectativas personales, nivel de independencia, interacción social, etc., con el propósito de conocer mejor a éstas personas.

Strain (1990) señalaba que *“la percepción de los pacientes sobre cómo se sienten, su funcionamiento, su aspecto, etc. es más importante que la realidad concreta. De hecho, no se trata sólo de la incongruencia entre lo esperado frente a lo real, sino entre lo real frente a lo percibido”*.⁶⁷

Las personas que padecen esquizofrenia se caracterizan por presentar un *deterioro marcado de su funcionamiento social*, el que antecede al inicio de la enfermedad y es un importante predictor de su pronóstico, a mediano y largo plazo, incluyendo la frecuencia de recaídas y rehospitalizaciones.

Brenner y cols (1992), plantean un modelo en el que las interrelaciones entre los déficits cognitivos y sociales pueden ser representadas como dos círculos viciosos; en un *primer círculo*, las deficiencias cognitivas más elementales (atención y memoria) interfieren con el rendimiento del nivel siguiente (planificación ejecutiva), lo que a su vez, dificulta la función del nivel anterior. Este espiral, lleva al deterioro de la percepción y a una respuesta social desadaptada, formando un *segundo círculo*, en que la disfunción cognitiva impide el desarrollo de habilidades de afrontamiento interpersonal, dejando al sujeto más vulnerable aún al estrés social e impidiendo la adquisición de nuevos conocimientos.

Por su parte, Green (2002), propone que el rendimiento cognitivo, en forma directa, o actuando recíprocamente con los síntomas negativos, influye sobre el funcionamiento comunitario, la capacidad de resolver problemas sociales y la adquisición de nuevas destrezas. Asimismo, este autor plantea

67 Bobes, J., et.al. “Calidad de vida y psiquiatría”. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra. Pág. 45. Enero- Marzo 1996, España.

que la severidad del déficit cognitivo sería el principal factor limitante del éxito de los programas de rehabilitación psicosocial.⁶⁸

Por lo tanto, la medición de la CV en la persona con esquizofrenia entraña numerosas dificultades. Las razones de dicha dificultad radican en que quizás en ninguna otra patología como puede ocurrir en ésta, el significado de la CV individual y, por tanto, subjetiva y privada puede oponerse a la concepción que el clínico, la familia y la sociedad en general consideran convenientes o adecuados para vivir en una determinada sociedad (Sainfort, Becker y Diamond, 1996).⁶⁹

Numerosas investigaciones realizadas en estos individuos, en general describen un nivel de vida descendido respecto al resto de la población y a personas con otras enfermedades. Sin embargo, los indicadores externos u objetivos, tienen escasa relación con la satisfacción vital reportada por los propios sujetos, dado que se evidencia una falta de concordancia entre las evaluaciones realizadas a cuidadores u observadores externos y dichas personas. Por tanto, considerar los síntomas como indicadores objetivos de mala CV, relativiza el impacto, cognitivo y afectivo, que dichos síntomas tienen sobre el sujeto, que es lo que caracteriza las evaluaciones de la CV.

Según Priebe (2007) influyen tres procesos en la percepción de la CV que tienen las personas con psicosis: 1) la comparación que hace uno entre su vida actual y sus expectativas y aspiraciones, 2) la comparación entre su situación actual y los logros de las personas de su entorno y 3) la adaptación en el tiempo. Los últimos dos procesos son especialmente importantes para las personas con padecimiento psíquico crónico, ya que normalmente sus redes sociales están caracterizadas por la presencia de personas en la misma situación. Además, al tratarse de un padecimiento crónico, han tenido que adaptarse a circunstancias de vida que igual en el pasado les hubieran

68 Cavieres, A y Valdebenito, M; "Funcionamiento cognitivo y Calidad de Vida en esquizofrenia". Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43 (2): 97-108

69 Ibáñez, E. et.al. "El cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas". Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. Vol. 25, Suplem 2, España 1997.

resultado nada satisfactorias y ajustadas a sus aspiraciones. Como consecuencia, muchas personas con padecimiento psíquico crónico indican que están satisfechos con su situación de vida, aunque la situación parezca diferente desde el punto de vista exterior (Arns y Linney, 1993; Sullivan, Wells y Leake, 1991).⁷⁰

Evaluación de la calidad de vida

A pesar de los diferentes marcos teóricos, muchos investigadores concuerdan que la evaluación de la CV debe incluir al menos tres cuestiones fundamentales: 1) el nivel o condiciones de vida consideradas básicas; 2) el funcionamiento psicosocial o grado en que la persona cumple con las exigencias asignadas a su rol social; y 3) la satisfacción vital o medida en que la persona se considera conforme con sus condiciones de vida, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.⁷¹

Dado que las personas evalúan de distinta manera sus necesidades, capacidades y objetivos, y en tanto éstas evolucionan o cambian con el transcurrir del tiempo, la sociedad y la cultura; se trata de una dimensión esencialmente subjetiva.

Aunque se han diseñado numerosos **instrumentos genéricos** para evaluar la CV, aplicables a grupos y poblaciones con diversos diagnósticos, la mayoría de los autores que trabajan en el campo de salud mental prefieren los que son **específicos**, ya que permiten evaluar el impacto de una enfermedad determinada, muestran mejores parámetros psicométricos y parecen ser más sensibles al cambio (útiles para ensayos clínicos y comunitarios), constituyendo una valiosa herramienta complementaria para medir la respuesta a las intervenciones terapéuticas.

70 Petkari, E. op.cit. Pág. 29-30

71 Valdebenito, M. et.al. "Autoevaluación de personas enfermas de esquizofrenia empleando el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida". Rev. Chilena Neuro- Psiquitría 2008; 46 (4): 255- 262. Chile.

CAPITULO IV

Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)

El *Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)*⁷² es un instrumento específicamente diseñado para evaluar la CV en personas con esquizofrenia, tal y como éstas la perciben.

El modelo conceptual en el que se sustenta dicho cuestionario surge del concepto psicológico de CV; es decir, de que ésta es una valoración individual y subjetiva de todos los aspectos que conforman la vida de un sujeto.

Independientemente del diagnóstico de esquizofrenia y de la psicopatología subyacente al mismo, la persona es capaz, por un lado, de percibir los aspectos afectivos y cognitivos que le producen bienestar psicológico o lo hacen sentirse bien y satisfecho con su vida; y por otro lado, también reconocer las dificultades psicológicas.

Por lo tanto, el CSCV surge ante la necesidad de disponer de un instrumento que contemple los criterios expuestos más arriba, tanto en su concepción, diseño, formato y extensión.

Construcción del cuestionario

Para su desarrollo se constituyó un grupo de trabajo en la ciudad de Sevilla, España, en el año 1995, formado por E. Baca, J. Bobes, S. Cervera, E.

72 Giner, J. et. al. "Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)." *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines.*, Vol. 25, Supl. 2 (11-23). Pág. 14-18. España 1997.

Ibañez, C. Leal y J. Giner, profesionales pertenecientes a diversas Universidades de España.

Se trata de un instrumento construido originalmente en idioma español; que al ser elaborado y validado para la población de ese país tiende a compartir aspectos idiosincráticos similares a los que se pueden encontrar en nuestro país, lo cual facilita su adaptación a nuestra realidad socio-cultural.

Primeramente se procedió a determinar los campos o áreas básicas necesarias para la medida de la CV en la esquizofrenia, para lo cual se establecieron las limitaciones y restricciones que sobre distintos aspectos de la vida diaria narran los individuos. Se estudió la psicopatología de la vida cotidiana, dado que variables como el miedo, tristeza, abulia, etc., están presentes en la persona con esquizofrenia y son vistas por la misma como afectando a su CV. Por otro lado, se planteó que la percepción que la persona tiene de los aspectos psicopatológicos específicos de su enfermedad, como los efectos secundarios de los tratamientos, los problemas de la auto-medicación, el uso y abuso de sustancias, son todos campos que pueden afectar su CV. De este modo se obtuvieron 90 áreas que incluían desde las necesidades básicas hasta los efectos secundarios de la medicación neuroléptica.

Una vez establecidas las áreas básicas, se elaboraron los enunciados que se ajustasen al contenido de las mismas, procurando, que su formulación fuese lo suficientemente clara y precisa para ser comprendida por los sujetos. El total de ítems obtenidos fue de 320, lo que llevó a un análisis posterior, con la finalidad de reducir su extensión.

Se recurrió al análisis por grupos de expertos, grupos Delphi, para valorar la asignación de ítems a áreas, así como la pertinencia, entendida como el grado en que el enunciado es adecuado para medir la CV de la persona, y la claridad que tienen cada uno de los enunciados, sin términos ambiguos ni vagos. Se partió del criterio de exclusividad de las categorías, dado que un ítem determinado sólo puede pertenecer a un área en particular.

Con el objetivo de que la categorización no fuese excesivamente amplia, se redujeron el número de áreas exploradas. Se agruparon los campos en categorías más amplias, de las cuales resultaron 10 dimensiones: 1) Autocuidado y actividades cotidianas; 2) Fuerza del yo; 3) Relaciones sociales; 4) Rendimientos cognitivos; 5) Habilidades psicomotoras; 6) Motivación y afecto; 7) Vivencia de la psicopatología; 8) Conciencia de enfermedad; 9) Efectos secundarios; 10) Consumo de sustancias.

Se seleccionaron aquellos ítems con mayor porcentaje de acuerdo y se realizó el mismo procedimiento para evaluar la calidad y pertinencia de cada enunciado. Se obtuvieron 84 ítems, a los cuales se añadieron otros 42, cuyo porcentaje de acuerdo fue del 75%. Con esto se pretendía que estuviesen representadas las 90 áreas preconizadas en su comienzo por los investigadores. Este segundo listado estaba constituido por 126 ítems.

Posteriormente, fue necesario administrarlo a una muestra de personas con esquizofrenia lo suficientemente amplia como para desarrollar los medios estadísticos necesarios para la construcción de un cuestionario de CV con su correspondiente validez y fiabilidad.

La muestra estuvo constituida por 279 pacientes, los cuales respondieron al cuestionario atendiendo a una escala Likert de cinco puntos que abarca desde el total acuerdo, hasta el total desacuerdo.

Luego de utilizar diferentes soluciones factoriales se concluyó que los ítems seleccionados debían analizarse de forma separada. Por lo cual se construyeron dos bloques: uno en referencia a aspectos agradables o positivos, satisfactorios de la CV; y otro que, por el contrario, englobaba aquellos ítems que expresaban perspectivas desagradables, negativas o insatisfactorias de la CV. Finalmente se obtuvieron dos escalas factoriales a las que se denominan: *Escala de Aspectos Favorables del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV-F)* y *Escala de de Aspectos Desfavorables del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV-D)*.

La versión definitiva del cuestionario quedó constituida por 59 ítems, agrupados en 12 factores o dimensiones, correspondientes a las respectivas escalas:

Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F): formada por 13 ítems que se agrupan en 3 factores:

1. *Satisfacción vital:* compuesto por ítems 4, 10-13

- (4) Estoy contento/a con lo que hago.
- (10) Yo decido cómo quiero vivir.
- (11) Soy capaz de organizarme la vida diaria.
- (12) Estoy satisfecho/a con el trabajo/ estudio que realizo.
- (13) Me satisface la energía que tengo.

2. *Autoestima:* compuesto por los ítems 1-3, 5

- (1) Consigo lo que quiero.
- (2) Los demás aprueban mi forma de ser.
- (3) Cuando decido algo lo realizo.
- (5) Me gusta como soy.

3. *Armonía:* compuesto por los ítems 6-9

- (6) Tengo aficiones que distraen y llenan mi tiempo libre.
- (7) Me siento a gusto con la gente.
- (8) Distribuyo bien mi tiempo.
- (9) Me siento a gusto con mis pensamientos.

Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D): formada por 46 ítems que se agrupan en los siguientes 9 factores:

1. *Falta de aprehensión cognitiva:* ítems 1-3, 5 y 35.
 - (1) Tengo dificultades para comprender la televisión.
 - (2) No me entero de las cosas aunque me interesen.
 - (3) No comprendo lo que dice la gente.
 - (5) No puedo aprender nada.
 - (35) Alguien que no sé quién es me hace sufrir.

2. *Falta de energía:* ítems 4, 9, 10, 18, 21, 26, 32, 34, 37 y 45.
 - (4) Me aburro todo el tiempo.
 - (9) No puedo dejar de notar cosas desagradables.
 - (10) Los demás me hacen sufrir.
 - (18) Me siento muy cansado/a.
 - (21) No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer.
 - (26) Estoy triste continuamente.
 - (32) Siento los músculos tensos.
 - (34) El día se me hace muy largo.
 - (37) Sufro cuando algo dentro de mí me impide hacer lo que quiero.
 - (45) Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer.

3. *Falta de control interno:* ítems 8, 15-17, 25, 29 y 46.
 - (8) Me hace sufrir no poder controlar mis impulsos.
 - (15) Me da miedo la vida.
 - (16) Me molesta estar estreñado/a.
 - (17) Sufro porque estoy enfermo/a.
 - (25) Me desagrada no poder controlar mis pensamientos.
 - (29) Me siento cobarde.
 - (46) Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no quiero ver.

4. *Dificultad de expresión emocional*: ítems 7, 12, 23, 28 y 40.

- (7) Sólo hago lo que quieren los demás y no lo que yo quiero.
- (12) Siento miedo constante.
- (23) Todo me angustia.
- (28) Me cuesta trabajo dirigirme a los demás.
- (40) Si no dejo salir la rabia me siento muy mal.

5. *Dificultad de expresión cognitiva*: ítems 6, 36, 38, 41- 44.

- (6) Tengo dificultades para participar en las conversaciones.
- (36) Me paso el día medio dormido/a y eso me molesta.
- (38) Tengo dificultades para encontrar las palabras al hablar.
- (41) Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor.
- (42) No puedo hacer bien las cosas normales.
- (43) No sé lo que me pasa y eso me asusta.
- (44) Me molesta no tener gracia para contar chistes.

6. *Extrañamiento*: ítems 11, 19 y 39.

- (11) Me hace sufrir sentir mi cuerpo extraño.
- (19) Veo las cosas borrosas.
- (39) Repetir una cosa muchas veces me alivia.

7. *Miedo a la pérdida de control*: ítems 20, 30 y 33.

- (20) Me doy miedo yo mismo/a.
- (30) No puedo controlarme.
- (33) No tengo interés por nada.

8. *Hostilidad contenida*: ítems 22, 24 y 27.

- (22) Los vecinos me molestan.
- (24) Me mareo con facilidad.
- (27) Me gustaría poder hacer daño.

9. *Automatismo*: ítems 13, 14 y 31.

- (13) Es insoportable no poder estar quieto.
- (14) Me hace sufrir el sentirme raro/a.
- (31) Me siento como un zombie o como un robot.

De acuerdo al marco conceptual utilizado por los autores del cuestionario, dentro de los aspectos agradables, satisfactorios y positivos de la CV encontramos los siguientes factores o dimensiones que pueden ser definidos como sigue:

Por *satisfacción vital* se entiende la valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas, de acuerdo a sus valores personales.

La *autoestima* refiere al conjunto de percepciones, pensamientos y sentimientos dirigidos hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y comportarnos. Es el resultado de la autovaloración que un sujeto realiza sobre sí mismo en diferentes ámbitos y habilidades. Estas autovaloraciones, están mediatizadas por las diferentes percepciones de otras personas sobre nosotros y el valor que otras personas significativas nos otorgan.

La *armonía* corresponde a la justa relación del hombre consigo mismo y con los demás, un balance entre los gustos, intereses y prioridades de cada persona.

Dentro de los aspectos desagradables, negativos o insatisfactorios de la CV encontramos los siguientes factores denominados como: *Falta de aprehensión cognitiva*: entendida como la dificultad o imposibilidad de adquirir

conocimiento o comprender lo que sucede a su alrededor. La *falta de energía* es atribuible a un bloqueo del funcionamiento dinámico del sujeto en las diferentes áreas de desempeño, que se caracteriza en la persona con esquizofrenia por un retraimiento general o inhibición, en contraposición, en la perspectiva favorable, a la dirección expansiva de la satisfacción vital.

La *falta de control interno*, en tanto, alude a la dificultad del paciente para controlar sus impulsos, sentimientos y pensamientos, generalmente displacenteros, generadores de actos compulsivos que afectan negativamente al sujeto o a su entorno.

La *dificultad de expresión emocional* y la *dificultad de expresión cognitiva*, se manifiestan en la imposibilidad de ajustarse al contexto social y comunicar los propios deseos o pensamientos, y a su vez lograr sus objetivos, entendidos como expresión manifiesta de emociones y pensamientos.

El *extrañamiento* es considerado como sensación de rareza, rechazo o distanciamiento de la percepción del propio cuerpo o el mundo externo.

El *miedo a la pérdida de control* hace referencia al temor de la persona frente a su percepción de verse desbordado, respecto de su capacidad y recursos, tanto por las demandas y exigencias del medio externo como interno.

La *hostilidad contenida* alude a la irritación y la consecuente inhibición de conductas agresivas de naturaleza impulsiva, precedidas por una experiencia de ira, y cuya intención directa es hacer daño a personas u objetos.

El *automatismo* se refiere a la sensación de extrañeza y pérdida de control corporal percibida por el sujeto de forma displacentera.

Forma de Administración

El CSCV es una evaluación autoaplicada, cuyo marco de referencia temporal es el momento actual, es decir, el sujeto puntúa los ítems de acuerdo a la valoración personal de los mismos al momento de su administración.

Puntuación e interpretación de los resultados

Tal como lo mencionamos, el CSCV está compuesto por dos escalas, *Escala de Aspectos Favorables* (CSCV-F) y *Escala de Aspectos Desfavorables* (CSCV-D), cada una con una estructura factorial que contiene una serie de perspectivas, dimensiones o factores relativamente independientes entre sí. Esta composición del cuestionario en dos escalas con diversos factores cada una, facilita el desarrollo de una interpretación compleja y diversificada de sus resultados.

Cada uno de los 12 factores que las conforman está constituido por una serie de ítems que la persona puntúa mediante una escala Likert de 5 puntos que oscila entre 1 (completo desacuerdo) y 5 (completo acuerdo).⁷³

La puntuación en cada factor se halla calculando la media aritmética de los puntos en los ítems que lo forman; y la puntuación en las escalas se halla calculando la media aritmética de las puntuaciones en los factores que las conforman, de manera que todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 1 y 5. No existen puntos de corte.

Cada persona obtiene dos puntuaciones totales, la Puntuación Desfavorable (PD) y la Puntuación Favorable (PF), cada una de las cuales tiene un recorrido de 1 a 5. En el primer caso, cuanto más alta es la PD peor es la CV reflejada, mientras que cuanto más alta es la PF mayor es la CV percibida.⁷⁴

Estas puntuaciones tienen sentido en sí mismas, puesto que indican grados diferentes de CV, aunque en sentido contrapuesto; pero lo que el CSCV supone es que la CV de un sujeto es una amalgama de aspectos favorables y desfavorables.

Dicho de otra manera, el CSCV es una escala binaria que adquiere su máxima potencia de clasificación y diferenciación cuando se ponen en relación sus dos componentes básicos, la perspectiva favorable y la desfavorable. En la

73 Ver anexo: Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida.

74 Ver anexo: hoja de resultados.

primera de ellas aparecen tres factores: Satisfacción vital, Armonía y Autoestima y en la Escala Desfavorable los factores pueden agruparse en tres dimensiones que incluyen: *Inhibición* (dentro del cual se encuentran los siguientes aspectos: Automatismo, Falta de control interno, Dificultad de expresión cognitiva, Falta de energía, Dificultad de expresión emocional); *Incomprensión* (incluye: Miedo a la pérdida de control, Falta de aprehensión cognitiva) e *Irritación* (que comprende la Hostilidad contenida y el Extrañamiento). Esto nos permite valorar la CV de un sujeto desde una perspectiva binaria compuesta por tres dimensiones.

En este sentido es muy sugerente relacionar las tres dimensiones de la Escala de Aspectos Desfavorables con los síntomas fundamentales de E. Bleuler. Así, la incomprensión haría referencia a la dimensión cognitiva, a la perturbación de las asociaciones; la inhibición está inmersa en el mundo afectivo y estaría en relación con su deterioro, y la irritación está incluida en la esfera relacional y se vincularía al autismo. De esta forma podríamos interpretar que en la CV de la persona con esquizofrenia estarían implicados esos tres núcleos que Bleuler señalaba como fundamentales para entender su mundo y que parecen constituir la parte del padecimiento que el propio sujeto en su experiencia subjetiva, valora como CV de forma desfavorable, es decir, negativamente.⁷⁵

Mientras los tres factores de la Escala de Aspectos Favorables son consecuencia directa del análisis factorial de los ítems que la conforman, los tres aspectos o dimensiones desfavorables, citadas anteriormente, son el resultado del análisis factorial de las puntuaciones obtenidas por cada sujeto en cada uno de los nueve factores que constituyen la Escala de Aspectos Desfavorables.

Por otra parte, y atendiendo a su complejidad interpretativa, debe tenerse en cuenta que, por ejemplo, dos puntuaciones iguales en PD pueden

75 Giner, J. et. al. "Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia" Actas Españolas de Psiquiatría; 29 (4): 233-242. España 2001.

alcanzarse por aspectos desfavorables muy distintos, puesto que esa puntuación es la resultante de factores diferentes; y lo mismo vale para dos puntuaciones iguales en PF.

La Puntuación Total o Puntuación en CV (PT) se obtiene de la resta entre la PF y la PD. Es una puntuación más completa y más rica de contenido que las puntuaciones PF y PD por separado, además de que discriminan con mayor amplitud la CV de los sujetos puesto que tiene un recorrido más amplio.

Se puede obtener una misma PT a través de distintas puntuaciones en PF y PD; por ejemplo, la puntuación intermedia en PT, el cero, la puede obtener un sujeto con un mínimo en PF y un mínimo en PD (1 - 1), o con un máximo (5 - 5) o con cualquier otra puntuación que sean iguales en ambos aspectos. Sin embargo, aunque la PT sea la misma, resulta evidente que el tipo de CV no es el mismo ni las características de los pacientes las mismas.⁷⁶

Por lo tanto, nuestra investigación tendrá que poner de manifiesto y analizar las características personales, tales como, género, edad, lugar de residencia, núcleo conviviente, nivel de instrucción; y variables patológicas como, tiempo de tratamiento, etapa de tratamiento y tiempo de evolución de la patología, en cada uno de los niveles de CV alcanzados y reportados por las personas evaluados.

Propiedades psicométricas

Tal como lo hemos mencionado, la medición de la CV se enfrenta principalmente a dos problemas metodológicos, primero por tratarse de la evaluación de aspectos subjetivos y segundo porque no hay un valor de referencia contra el cual se pueda comparar.

76 Seoane, J. "Estilos y tipos de calidad de vida en el Cuestionario Sevilla". Artículo de revisión. Actas Españolas de Psiquiatría; 27(4):245-249. España 1999.

Por lo tanto, que el instrumento pueda evaluar la sensibilidad al cambio es un requisito imprescindible en un cuestionario de CV, por dos razones básicas: en primer lugar, porque la CV cambia a lo largo de la vida del individuo, por lo que un instrumento que pretende medir CV debe necesariamente poder medir dichos cambios; y en segundo lugar, porque si la CV en el campo de la salud se centra en evaluar resultados terapéuticos, evidentemente tiene que tener sensibilidad para detectar las variaciones que el tratamiento produce en el sujeto. Por otra parte, la necesidad de que existan adaptaciones culturales e idiomáticas de los cuestionarios, está relacionado con el hecho de que se pretende convertir a la CV en un concepto global y, por lo tanto, sin restricciones culturales, por lo que se debe asegurar que los dominios explorados sean apropiados para la población donde se va a implementar.

Diversos estudios, citados en el estado actual de este trabajo, demuestran que el CSCV, cumple con estos requisitos básicos y cuenta con buenas propiedades psicométricas.

Los autores del CSCV demuestran su validez de contenido en el estudio realizado para su elaboración; es decir, los ítems que constituyen el cuestionario fueron obtenidos mediante índices de consenso entre expertos en psiquiatría y psicología, resultando la fiabilidad inter-jueces estadísticamente significativa.

Asimismo, la validez de constructo, aspecto que evalúa la relación entre las variables tomadas por el cuestionario y lo que éste quiere medir, quedó demostrada por correlación con otros instrumentos de medición de la CV y por matrices multirasgo-multimétodo. También fue valorada mediante las diferencias entre grupos en cuanto a nivel educacional, estado civil, situación laboral, tipo de asistencia médica, evolución de la enfermedad y tipo de tratamiento farmacológico.

Se determinó la fiabilidad de la consistencia interna respecto a la Puntuación Total del cuestionario y a cada una de sus escalas, calculando los

coeficientes alfa y también se utilizaron otras medidas como Spearman-Brown, Guttman, que indican un alto nivel de fiabilidad. Para la Escala de Aspectos Favorables tanto el coeficiente alfa de Cronbach como los de Spearman-Brown para longitudes iguales o distintas o las α de Guttman para dos mitades, dan una fiabilidad superior a 0,70. En el caso de la Escala de Aspectos Desfavorables, los índices de fiabilidad son todos superiores a 0,80. Ello indica una buena fiabilidad del cuestionario en ambas escalas.⁷⁷ Asimismo, un estudio realizado en una muestra chilena, con personas con padecimiento psíquico crónico, demuestra cifras incluso más elevadas que las reportadas por los autores en el estudio original.⁷⁸

En definitiva, el CSCV ha demostrado una buena validez y consistencia interna, por lo cual se constituye en un instrumento confiable para evaluar la respuesta al tratamiento de Terapia Ocupacional, pudiendo implementarse como medida de seguimiento en el proceso terapéutico.

77 Ibáñez, E. et. al. "El cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas." *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. Vol. 25, Suplem. 2, Pág. 24-31. España 1997

78 Alvarado, R.M. et. al. "Estudio psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la calidad de vida en personas con trastornos mentales severos, en una muestra Chilena". *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría* 2006; 44 (4):249-257. Chile

CAPITULO V

Calidad de vida, Padecimiento Psíquico y Terapia Ocupacional

“La medicina se dedica a preservar la vida; la Terapia Ocupacional se preocupa por la calidad de vida preservada, aumentando la latitud de las elecciones y la libertad del individuo (...)” (Yerxa y Cols. 1989).

Las intervenciones de *Terapia Ocupacional* en su desarrollo actual y en el campo de la salud mental, pueden incluirse dentro de la estrategia denominada Rehabilitación Psicosocial, marco en el cuál se encuadra la institución donde realizamos nuestra investigación.

Del mismo modo, dicha institución sostiene como instancia ideológica, una concepción de Persona, como persona con *padecimiento psíquico*, al considerar la dimensión subjetiva de su proceso de enfermar, es decir, el sufrimiento o padecer desde la singularidad propia de cada sujeto; pensándolo, podría decirse, “como todos los demás, cómo algunos otros y como ninguno” (Rogers, 1986).

Esta dimensión subjetiva, implica una apreciación personal sobre su situación en la vida, sus capacidades y necesidades, las cuales cambian con el tiempo, el contexto, valores, expectativas, y en particular por su nuevo modo de “ser y estar en el mundo”, lo cual finalmente, constituye su percepción de la *calidad de vida*.

El estudio sobre la misma en personas con padecimiento psíquico crónico comenzó a desarrollarse a mediados de los años '70 y el crecimiento del interés por la calidad de vida en el campo de la salud, ha progresado junto al aumento de personas con este padecimiento y las situaciones que las

cronifican, por lo tanto, el incremento de programas de intervención médicos y psicosociales en este tipo de trastornos.

En definitiva, esta política de salud, al incorporar la mejora de la calidad de vida como un objetivo terapéutico, amplía el espectro de los objetivos tradicionales del tratamiento, consistentes en el alivio de síntomas y prevención de recurrencias y discapacidad, de igual modo que el resto de las especialidades médicas (Patrick y Erickson, 1987).

A lo largo de estas tres últimas décadas el concepto de calidad de vida ha ido evolucionando desde una concepción puramente sociológica, en que se consideraban casi exclusivamente los aspectos objetivos de la misma hasta la perspectiva psicosocial actual en la que los aspectos subjetivos son considerados fundamentales.

Siguiendo esta línea, se propone considerar que la permanencia o eliminación de la sintomatología clínica, no determina por sí sola una mejoría de la calidad de vida de la persona. Lo cual justifica la necesidad de valorar su condición desde el punto de vista de la vivencia de sí mismo, lo que conlleva a la consideración de los procesos de rehabilitación psicosocial como fundamentales para mejorar la condición de quienes experimentan padecimiento psíquico. Son estos programas los que incluyen dentro de sus objetivos y acciones, tanto las dimensiones como los factores internos y externos que determinan el grado de bienestar percibido por estas personas.

Independientemente de las características, los síntomas, nivel de compromiso y duración, todos los padecimientos psíquicos implican un conjunto de dificultades funcionales para quienes las sufren, tales como la alteración de los vínculos en todos los ámbitos de interacción; alteración de los roles socialmente asignados según sexo y edad; incapacidad para satisfacer necesidades personales; y hasta la pérdida de derechos sociales, razón por la cual, estas personas suelen referir una mala calidad de vida y falta de

satisfacción generalizada en la gama de experiencias que componen la vida cotidiana.⁷⁹

A diferencia de la atención médica, cuyo objetivo es tratar y medicar a la persona para, en muchas ocasiones, salvarle la vida, en Terapia Ocupacional lo que se pretende es mejorar la calidad de vida, logrando una vida con calidad. En definitiva, el objetivo es añadir bienestar a la misma, ayudando a la persona a desarrollar el máximo nivel posible de independencia en el desempeño de cualquier área de la conducta ocupacional.

Esta mejora de la calidad de vida implica en muchas ocasiones el aumento de la habilidad funcional de personas que tienen limitaciones por enfermedades, trastornos o discapacidades.

Partiendo de la base de que el padecimiento psíquico ha superado su fase sintomática, y ha generado diferentes limitaciones para el desempeño, existe acuerdo en que la rehabilitación promoverá el desarrollo de habilidades individuales, el máximo desarrollo de su autonomía personal y social, facilitando su mantenimiento en la comunidad y la integración social. Por lo cual, la evaluación de este proceso será válido en la medida en que contemple la percepción subjetiva del propio sujeto, como protagonista directo. Si a esta persona no se le presenta un medio de expresión que permita dar cuenta de ello, quedará, por lo tanto, como objeto de acciones que son planificadas, implementadas y evaluadas desde el exterior, que no considera en estas determinaciones su propia vivencia, su estado de satisfacción o conformidad, es decir, su calidad de vida.

Aunque la calidad de vida en sí misma es una medida de resultado de tratamiento, es un importante mediador de otras variables significativas como la satisfacción, la adhesión al tratamiento y el logro de roles sociales y vocacionales significativos para el sujeto. Por lo tanto, resulta fundamental implementar un instrumento capaz de dimensionar la percepción de la CV de

79 Paganizzi, L. y Otros. "Terapia Ocupacional Psicosocial: Escenarios clínicos y comunitarios." 1ra. Edición. Pág. 198. Edit. Polemos. Buenos Aires 2007.

las personas con padecimiento psíquico, para evaluar los resultados terapéuticos, y detectar las variaciones que produce el tratamiento.

Según los fundamentos del paradigma de las Ciencias de la Ocupación, *calidad de vida* implica tener igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos y la capacidad para funcionar autónomamente. Desde una visión holística de Terapia Ocupacional, el hacer provee: logro, imagen realista, organización temporal, autorrealización y autovaloración (autoestima). Estos sentimientos son los que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas. Por ello, los T.O deben considerar en los tratamientos las ocupaciones que son importantes para cada individuo dentro de su ambiente, reconocer el poder de las ocupaciones y del ambiente, evaluar el resultado de la intervención y considerar la cultura e ideología como parte importante de la evidencia, respetando los valores e intereses de la persona.⁸⁰

Las intervenciones de Terapia Ocupacional son efectivas, si la ocupación tiene significado para la persona, si está motivada intrínsecamente, si las ocupaciones son auto iniciadas, activas y son el resultado de la voluntad de la persona, dirigidas hacia una meta y con un propósito para el individuo.

Las personas tienden a elegir hacer aquellas cosas que encuentran significativas, y evitan las que por el contrario no lo son. Es importante por ello que las posibilidades de ocupación ofertadas tengan sentido para el individuo.

Las personas con padecimiento psíquico crónico, como ha quedado expuesto en otros apartados, tienen el mismo derecho que otras personas a tomar decisiones sobre sus vidas, hacer elecciones y comunicar preferencias que contribuyan a mejorar su desarrollo personal y también a recibir el apoyo necesario para que sus elecciones sean respetadas.

80 Pellegrini, M. "Fundamentos del Paradigma de las Ciencias de la Ocupación (Yerxa)". *Terapeutas Ocupacionales del Servicio Andaluz de Salud. Temario parte específica, volumen I*. Editorial MAD 2007.

En el contexto terapéutico la persona puede elegir, cambiar, adaptarse, aprender y embarcarse en el camino hacia el crecimiento o logro personal. El T.O facilita o guía el proceso de elección, pero la decisión descansa en último término en el individuo.

Las mejores elecciones se hacen cuando la persona se siente segura y no limitada, comprende las cuestiones, y puede dar relevancia y significado personal a la actividad elegida. En cambio, las peores elecciones son resultado del control, coerción, inseguridad, ansiedad, falta de información y oportunidad y falta de relevancia para cumplir los deseos o aumentar la experiencia personal. Muchos de los efectos deletéreos de la institucionalización son las pocas elecciones que pueden hacer las personas que están allí, privadas de autonomía, eventualmente incapaces de elegir.⁸¹

Cuando a una persona se le niegan decisiones concernientes al ingreso, salida, interacciones ambientales, entre otras, es probable que surja un sentimiento de dependencia y disminución de su causalidad personal que pueden resultar mucho más devastadores que la propia enfermedad.

La autonomía implica ser capaz de llevar a cabo elecciones y control sobre la propia vida. El T.O tiende a ver que la persona posee algún grado de libre elección y es capaz de hacer elecciones y tomar decisiones para dirigir su vida. Se reconocen las limitaciones del entorno o de la capacidad, pero la persona con padecimiento psíquico es capaz esencialmente de tomar decisiones positivas y hacer valoraciones sobre lo que considera mejor para su calidad de vida.

En definitiva, y de acuerdo a lo expresado en el desarrollo de este apartado, los objetivos de tratamiento de Terapia Ocupacional para las personas con padecimiento psíquico que concurren al Centro de Promoción

81 Polonio López, B. et. al "Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional". Ed. Médica Panamericana. 1ra. Edición. Madrid, España 2001.

Social⁸², están orientados a promover aquellos aspectos que constituyen la perspectiva satisfactoria y favorable de la calidad de vida y por ende, a disminuir la presencia de aquellos que configuran la dimensión desagradable o insatisfactoria de la misma, a partir de:

- Desarrollar actividades cotidianas y de cuidado personal para promover su independencia, aumentar el desempeño funcional y la integración comunitaria.
- Fomentar la integración en la realización de diferentes ocupaciones significativas, asumiendo y sosteniendo un rol activo, responsabilidades individuales y/o grupales.
- Facilitar el descubrimiento de potencialidades individuales, capacidades, y limitaciones dentro del grupo, afianzando la seguridad en sí mismo y la autoestima.
- Estimular las funciones cognitivas superiores con el fin de disminuir el impacto de los aspectos negativos de la enfermedad y optimizar su desempeño ocupacional.
- Fomentar la ejecución de actividades instrumentales de la vida diaria (manejo del dinero, relaciones en la comunidad, compras en los comercios, uso de transporte público, medicación).
- Favorecer el desarrollo de las potencialidades e intereses particulares en el ámbito extrainstitucional para la integración en una actividad.
- Desarrollar actividades orientadas a adquirir hábitos laborales, disciplina y competencia para el trabajo autónomo.
- Iniciar una proyección vocacional-laboral para su reinserción socio-comunitaria.
- Facilitar las relaciones interpersonales en los grupos sociales, promoviendo adecuados niveles de comunicación, actitudes de

82 A.I.Pe. Proyecto Institucional Centro de Promoción Social. Mar del Plata, 2014. Informe suministrado por la Dirección del CPS. Fuente: L, S. Co-directora de AIPe.

tolerancia, aceptación y en la resolución de conflictos surgidos de la vida cotidiana institucional.

- Favorecer que cada persona pueda ponerse en contacto con aquello que le resulte placentero.

En síntesis, el proceso terapéutico será efectivo, sólo si el T.O es capaz de diseñar experiencias terapéuticas que se encuadren dentro de los contextos de vida de las personas asistidas. En dicho proceso, al desempeño valorable o ejecución de la tarea, se le incorpora el significado de la ocupación para la persona, es decir el modo en que la persona caracteriza esa ocupación en términos personales relevantes. Desde este razonamiento clínico, lo central del proceso terapéutico es poder descubrir el significado y facilitar el desarrollo de ocupaciones con propósito para la persona.

La ocupación es el principal medio para desarrollar y expresar la identidad, que es la expresión unificada de nuestro ser y el propósito en la vida. La identidad es el marco para que fluya la motivación. Esta identidad ocupacional incluye tener metas ocupacionales, reconocer un estilo de vida ocupacional deseado, poder aceptar responsabilidades, reconocer habilidades y limitaciones personales, tener compromisos, identificar las obligaciones de los roles y tener intereses. La identidad ocupacional forma parte, y es formada, por nuestras relaciones con otras personas; está ligada a lo que hacemos y a la interpretación de aquellas acciones en el contexto de nuestra relación con otros, y provee o da significado a nuestra historia de vida, lo cual es esencial para promover el estado de bienestar y satisfacción en la vida.⁸³

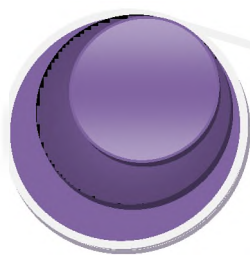
Por lo tanto, desde Terapia Ocupacional nuestro rol estará comprometido en la consecución de técnicas y estrategias de intervención que permitan a las personas con padecimiento psíquico la asunción y mantenimiento de roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados; se favorezca su autonomía en la toma de decisiones en

83 Pellegrini, M. op.cit.

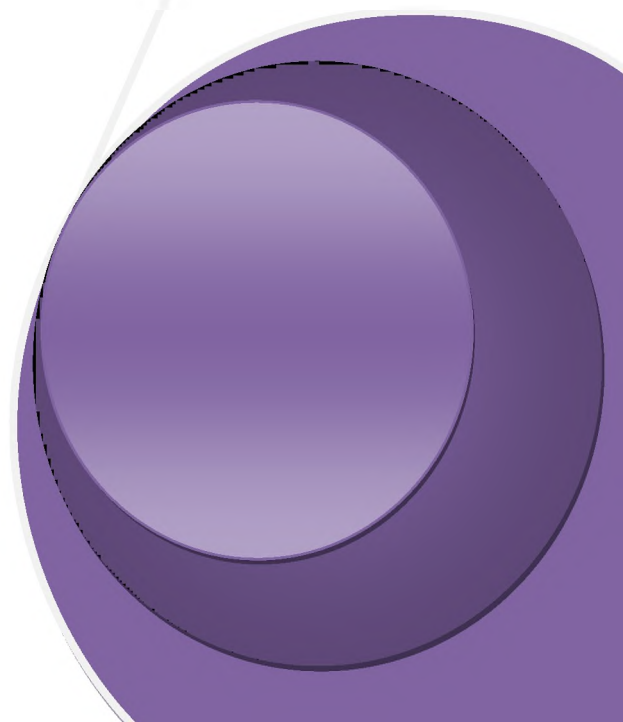
relación a sus intereses, valores y expectativas; se potencien la creación de espacios ocupacionales, donde la persona pueda experimentar el logro y la competencia personal y se propicie la relación y colaboración con otras personas (Concurrentes, profesionales, familiares) en el logro de estas metas; pero fundamentalmente respetando su perspectiva de lo que considera mejor para sí, fomentando años de vida con calidad, más allá del tiempo evolutivo de su padecimiento.

Por todo ello, nuestra disciplina se encuentra frente al desafío que exige revisar la práctica diaria, los marcos utilizados, que se considere qué es relevante y significativo para las personas en los planes de tratamiento, no sobredimensionando las expectativas respecto a lo que se supone mejor para ellos, sino valorando la calidad de vida desde la mirada del que padece, atendiendo a aquellos aspectos que la persona considera significativos para su proyecto de vida.

Sólo así, con compromiso e involucrándonos mutuamente, podremos lograr que el espacio terapéutico sea otro paso para la construcción de una vida significativa y satisfactoria.



Aspectos Metodológicos



TEMA: Calidad de vida en personas con padecimiento psíquico crónico.

PROBLEMA:

¿Qué percepción de su calidad de vida tienen las personas con padecimiento psíquico crónico que concurren a los talleres de Terapia Ocupacional del Centro de Promoción Social en la ciudad de Mar del Plata durante Agosto-Noviembre del año 2014?

OBJETIVO GENERAL:

- Explorar la percepción de la calidad de vida de las personas con padecimiento psíquico crónico que concurren a los talleres de T.O del Centro de Promoción Social, mediante la utilización del CSCV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar según el CSCV, cuales son los factores de la Escala de Aspectos Favorables que aparecen con mayor y menor puntuación de acuerdo a la elección de los concurrentes.
- Identificar según el CSCV, cuales son los factores de la Escala de Aspectos Desfavorables en los que los participantes obtienen mayor y menor puntuación.
- Analizar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, la Escala de Aspectos Desfavorables y la Puntuación Total del CSCV, según grupo de edad, género, lugar de residencia, núcleo conviviente, nivel de instrucción, tiempo de tratamiento, etapa de tratamiento y tiempo de evolución de la patología.

VARIABLE DE ESTUDIO:

Percepción de su calidad de vida en personas con padecimiento psíquico crónico.

Definición científica o Conceptual:

Es la apreciación del bienestar subjetivo que denota una concepción multidimensional de satisfacción personal ante la propia vida, basada en una valoración espontánea y voluntaria donde el modo de pensar y sentir está influido y limitado por el padecimiento psíquico con su manera idiosincrática de ver el mundo en particular, y por la sociedad y la cultura en general.^{84 85 86}

Definición Operacional

Múltiples aspectos agradables, positivos o satisfactorios y desagradables, negativos o insatisfactorios que componen la Calidad de Vida subjetiva, agrupados en dos escalas, Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F) y Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D), cada una con una estructura factorial que contiene una serie de perspectivas, dimensiones o factores: satisfacción vital, autoestima, armonía, falta de aprehensión cognitiva, falta de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, dificultad de expresión cognitiva, extrañamiento, miedo a la pérdida de control, hostilidad contenida y automatismo. Cada uno de estos factores está constituido por una serie de ítems que el paciente puntúa mediante una escala Likert de 5 puntos

84 Gómez, M.; Sabeh, E. N. "Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica". Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. Publicaciones INTEGRA, número 9, junio de 2000.

85 Bobes, J., et. al. "Calidad de vida y psiquiatría". Revista de Medicina de la Universidad de Navarra. Enero-Marzo 1996, España.

86 Rodríguez-Vidal, et. al. "Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos". Aquichan, vol., 11, núm 1, abril 2011, pp. 66 – 76, Universidad de La Sabana, Colombia.

que oscila entre 1 (completo desacuerdo) y 5 (completo acuerdo). La puntuación en cada factor se halla calculando la media aritmética de los puntos en los ítems que lo forman; y la puntuación en las escalas se halla calculando la media aritmética de las puntuaciones en los factores que las conforman, de manera que todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 1 y 5. No existen puntos de corte. Cada persona obtiene dos puntuaciones totales, la Puntuación Desfavorable (PD) y la Puntuación Favorable (PF), cada una de las cuales tiene un recorrido de 1 a 5. En el primer caso, cuanto más alta es la PD peor es la calidad de vida reflejada, mientras que cuanto más alta es la PF mayor es la calidad de vida percibida. La puntuación total o Puntuación en Calidad de Vida (PCV) se obtiene de la resta entre la PF y la PD.^{87 88}

Definición conceptual de los Factores de la Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F)

Satisfacción vital: entendida como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas, de acuerdo a sus valores personales.

Autoestima: conjunto de percepciones, pensamientos y sentimientos dirigidos hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y comportarnos. Es el resultado de la autovaloración que un sujeto realiza sobre sí mismo en diferentes ámbitos y habilidades. Estas autovaloraciones están mediatizadas por las percepciones de otras personas sobre nosotros y el valor que otras personas significativas nos otorgan.

Armonía: justa relación del hombre consigo mismo y con los demás, un balance entre los gustos, intereses y prioridades de cada persona.^{89 90}

87 Giner, J. et. al. "Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)". Actas Luso - Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines., Vol. 25, Supl. 2 (11-23). España. 1997

88 Seoane, J. "Estilos y tipos de calidad de vida en el Cuestionario Sevilla". Artículo de revisión. Actas Esp. Psiquiatr 1999; 27(4):245-249. España.

89 *Ibíd.* Pág. 247-249.

Definición operacional de los factores de la Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F)

1. Satisfacción vital: compuesto por los ítems 4, 10-13

- (4) Estoy contento/a con lo que hago.
- (10) Yo decido cómo quiero vivir.
- (11) Soy capaz de organizarme la vida diaria.
- (12) Estoy satisfecho/a con el trabajo/ estudio que realizo.
- (13) Me satisface la energía que tengo.

2. Autoestima: compuesto por los ítems 1-3, 5

- (1) Consigo lo que quiero.
- (2) Los demás aprueban mi forma de ser.
- (3) Cuando decido algo lo realizo.
- (5) Me gusta como soy.

3. Armonía: compuesto por los ítems 6-9

- (6) Tengo aficiones que distraen y llenan mi tiempo libre.
- (7) Me siento a gusto con la gente.
- (8) Distribuyo bien mi tiempo.
- (9) Me siento a gusto con mis pensamientos.

Definición conceptual de los factores de la Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D)

Falta de aprehensión cognitiva: se refiere a la dificultad o imposibilidad de adquirir conocimiento o comprender lo que sucede a su alrededor.

Falta de energía: es atribuible a un bloqueo del funcionamiento dinámico del sujeto en las diferentes áreas de desempeño, que se caracteriza en la persona con esquizofrenia por un retraimiento general o inhibición, en contraposición, en la perspectiva favorable, a la dirección expansiva de la satisfacción vital.

Falta de control interno: dificultad de controlar impulsos, sentimientos y pensamientos, generalmente displacenteros, generadores de actos compulsivos que afectan negativamente al sujeto o a su entorno.

Dificultad de expresión emocional - Dificultad de expresión cognitiva: se manifiesta en la imposibilidad de ajustarse a un contexto social y a un interlocutor determinado, y conseguir, a su vez el logro de objetivos, entendidos como expresión manifiesta de emociones y pensamientos. Lo cual sólo es posible en la medida que la persona es capaz de discriminar las claves situacionales y expresivas de los interlocutores, así como de organizarse en función de los propios deseos, sensaciones y objetivos.

Extrañamiento: considerado como sensación de rareza, rechazo o distanciamiento de la percepción del propio cuerpo o el mundo externo.

Miedo a la pérdida de control: temor de la persona frente a su percepción de verse desbordado, respecto de su capacidad y recursos, por las demandas y exigencias del medio externo o interno.

Hostilidad contenida: inhibición de conductas agresivas de naturaleza impulsiva, precedidas por la experiencia de ira, y cuya intención directa es hacer daño a personas u objetos.

Automatismo: sensación de extrañeza y pérdida de control corporal percibida por el sujeto de forma displacentera.^{91 92}

Definición operacional de los factores de la Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D)

1. Falta de aprehensión cognitiva: compuesto por los ítems 1-3, 5 y 35.

- (1) Tengo dificultades para comprender la televisión.
- (2) No me entero de las cosas aunque me interesen.
- (3) No comprendo lo que dice la gente.
- (5) No puedo aprender nada.
- (35) Alguien que no sé quién es me hace sufrir.

2. Falta de energía: compuesto por los ítems 4, 9, 10, 18, 21, 26, 32, 34, 37 y 45.

- (4) Me aburro todo el tiempo.
- (9) No puedo dejar de notar cosas desagradables.
- (10) Los demás me hacen sufrir.
- (18) Me siento muy cansado/a.
- (21) No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer.
- (26) Estoy triste continuamente.
- (32) Siento los músculos tensos.
- (34) El día se me hace muy largo.
- (37) Sufro cuando algo dentro de mí me impide hacer lo que quiero.
- (45) Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer.

91 Giner, J., op. cit.

92 Seoane, J. op. cit. Pág. 247-249

3. Falta de control interno: ítems 8, 15-17, 25, 29 y 46.

- (8) Me hace sufrir no poder controlar mis impulsos.
- (15) Me da miedo la vida.
- (16) Me molesta estar estreñado/a.
- (17) Sufro porque estoy enfermo/a.
- (25) Me desagrada no poder controlar mis pensamientos.
- (29) Me siento cobarde.
- (46) Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no quiero ver.

4. Dificultad de expresión emocional: ítems 7, 12, 23, 28 y 40.

- (7) Sólo hago lo que quieren los demás y no lo que yo quiero.
- (12) Siento miedo constante.
- (23) Todo me angustia.
- (28) Me cuesta trabajo dirigirme a los demás.
- (40) Si no dejo salir la rabia me siento muy mal.

5. Dificultad de expresión cognitiva: ítems 6, 36, 38, 41- 44.

- (6) Tengo dificultades para participar en las conversaciones.
- (36) Me paso el día medio dormido/a y eso me molesta.
- (38) Tengo dificultades para encontrar las palabras al hablar.
- (41) Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor.
- (42) No puedo hacer bien las cosas normales.
- (43) No sé lo que me pasa y eso me asusta.
- (44) Me molesta no tener gracia para contar chistes.

6. Extrañamiento: ítems 11, 19 y 39.

- (11) Me hace sufrir sentir mi cuerpo extraño.
- (19) Veo las cosas borrosas.
- (39) Repetir una cosa muchas veces me alivia.

7. Miedo a la pérdida de control: ítems 20, 30 y 33.

- (20) Me doy miedo yo mismo/a.
- (30) No puedo controlarme.
- (33) No tengo interés por nada.

8. Hostilidad contenida: ítems 22, 24 y 27.

- (22) Los vecinos me molestan.
- (24) Me mareo con facilidad.
- (27) Me gustaría poder hacer daño.

9. Automatismo: ítems 13, 14 y 31.

- (13) Es insoportable no poder estar quieto.
- (14) Me hace sufrir el sentirme raro/a.
- (31) Me siento como un zombie o como un robot.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE:

Percepción de su calidad de vida en personas con padecimiento psíquico crónico

ASPECTOS FAVORABLES:

Puntuación:

1. Satisfacción vital:

$(a+b+c+d+e) / 5$

a) Estoy contento/a con lo que hago.

b) Yo decido como quiero vivir.

c) Soy capaz de organizarme la vida diaria.

Valor c/ ítem: 1 a 5 puntos

d) Estoy satisfecho/a con el trabajo/estudio que realizo.

e) Me satisface la energía que tengo.

2. Autoestima:

(a+b+c+d) / 4

a) Consigo lo que quiero.

b) Los demás aprueban mi forma de ser.

Valor c/ítem: 1 a 5 puntos

c) Cuando decido algo lo realizo.

d) Me gusta como soy.

3. Armonía:

(a+b+c+d) / 4

a) Tengo aficiones que distraen y llenan mi tiempo.

b) Me siento a gusto con la gente.

Valor c/ítem: 1 a 5 puntos

c) Distribuyo bien mi tiempo.

d) Me siento a gusto con mis pensamientos.

Total Aspectos Favorables = (1+2+3)/3

ASPECTOS DESFAVORABLES

Puntuación

1. Falta de aprehensión cognitiva:

$(a+b+c+d+e) /5$

a) Tengo dificultades para comprender la televisión.

b) No me entero de las cosas aunque me interesen.

c) No comprendo lo que dice la gente.

Valor c/item: 1 a 5 puntos

d) No puedo aprender nada.

e) Alguien que no sé quién es me hace sufrir.

2. Falta de energía:

$(a+b+c+d+e+f+g+h+i+j) /10$

a) Me aburro todo el tiempo.

b) No puedo dejar de notar cosas desagradables.

c) Los demás me hacen sufrir.

Valor c/item: 1 a 5 puntos

d) Me siento muy cansado/a.

- e) No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer.
- f) Estoy triste continuamente.
- g) Siento los músculos tensos.
- h) El día ser me hace muy largo.
- i) Sufro cuando algo dentro de mi me impide hacer lo que quiero.
- j) Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer.

3. Falta de control interno:

$(a+b+c+d+e+f+g) / 7$

- a) Me hace sufrir no poder controlar mis impulsos.
- b) Me da miedo la vida.
- c) Me molesta estar estreñado/da.
- d) Sufro porque estoy enfermo/a.
- e) Me desagrada no poder controlar mis pensamientos.

Valor c/item: 1 a 5 puntos

f) Me siento cobarde.

g) Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no quiero ver.

4. Dificultad de expresión emocional:

$(a+b+c+d+e) / 5$

a) Solo hago lo que quieren los demás y no lo que yo quiero.

b) Siento miedo constante.

c) Todo me angustia.

Valor c/ítem: 1 a 5 puntos

d) Me cuesta trabajo dirigirme a los demás.

e) Si no dejo salir la rabia me siento muy mal.

5. Dificultad de expresión cognitiva:

$(a+b+c+d+e+f+g) / 7$

a) Tengo dificultades para participar en las conversaciones.

b) Me paso el día medio dormido/da y eso me molesta.

c) Tengo dificultades para encontrar las palabras al hablar.

Valor c/ítem: 1 a 5 puntos

d) Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor.

e) No puedo hacer bien las cosas normales.

f) No sé lo que me pasa y eso me asusta.

g) Me molesta no tener gracia para contar chistes.

6. Extrañamiento:

$(a+b+c) / 3$

a) Me hace sufrir sentir mi cuerpo extraño.

b) Veo las cosas borrosas.

Valor c/ítem: 1 a 5 puntos

c) Repetir una cosa muchas veces me alivia.

7. Miedo a la pérdida de control:

$(a+b+c) / 3$

a) Me doy miedo yo mismo/a.

b) No puedo controlarme.

Valor c/ítem: 1 a 5 puntos

c) No tengo interés por nada.

8. Hostilidad contenida:

(a+b+c) /3

a) Los vecinos me molestan.

b) Me mareo con facilidad.

c) Me gustaría poder hacer daño.

Valor c/ítem: 1 a 5 puntos

9. Automatismo:

(a+b+c) /3

a) Es insoportable no poder estar quieto/a.

b) Me hace sufrir el sentirme raro/a.

c) Me siento como un zombie o como un robot.

Valor c/ítem: 1 a 5 puntos

Total Aspectos Desfavorables= (1+2+3+4+5+6+7+8+9) /9

Puntaje Total= (T.A.F) - (T.A.D)

VARIABLES INTERVINIENTES:

Género: concepto que alude al conjunto de atributos biológicos que diferencian al sexo masculino del femenino.

Edad: tiempo cronológico transcurrido en años desde el nacimiento.

Nivel de instrucción: grado más elevado de estudios realizado y completado. Cuyos niveles de medición son: primario completo y secundario completo.

Lugar de residencia: sitio físico en el que se reside o vive habitualmente, cuyos niveles de medición son: casa u otros (pensión, hogar, etc.).

Núcleo conviviente: cada una de las personas con quienes comúnmente vive, con o sin vínculo de parentesco, cuyos niveles de medición son: solo o acompañado (familia primaria, política, otros)

Tiempo de tratamiento: período transcurrido en meses desde la admisión a la institución a la actualidad.

Etapas de tratamiento: distintos dispositivos del proceso terapéutico por los cuales el Concurrente transcurre en el Centro de Promoción Social, para alcanzar su alta institucional. Forman parte de esta investigación: Primera etapa - CCI (Circuito Cotidiano Integrador), Segunda etapa - TTL (Talleres Terapéuticos Laborales) y Tercera etapa - RSC (Reinserción Sociocomunitaria).

Tiempo de evolución de la patología: período transcurrido en años desde el inicio de la enfermedad a la actualidad.

ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo.

TIPO DE ESTUDIO: Esta investigación fue de tipo exploratorio-descriptivo, porque implementó un nuevo instrumento de evaluación con el fin de explorar la Calidad de Vida subjetiva de la población de estudio.

DISEÑO: No experimental de tipo transversal, porque se recopilaban datos en un sólo momento determinado, sin manipular deliberadamente las variables.

POBLACIÓN: Todos los Concurrentes de Primera, Segunda y Tercera Etapa de Tratamiento que cumplieron con los criterios de inclusión y asistieron al Centro de Promoción Social de la ciudad de Mar del Plata, durante Agosto- Noviembre del año 2014.

MUESTRA: estuvo conformada por 30 Concurrentes, de Primera, Segunda y Tercera Etapa de Tratamiento.

UNIDAD DE ANÁLISIS: Cada uno de los Concurrentes de Primera, Segunda y Tercera Etapa de Tratamiento que asistieron al Centro de Promoción Social de la ciudad de Mar del Plata, durante Agosto- Noviembre del año 2014.

MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA: No probabilístico por conveniencia, según criterios de selección de la muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Criterios de inclusión:

- Concurrentes que transcurrieron por la Primera, Segunda y Tercera Etapa de Tratamiento en el CPS de la ciudad de Mar del Plata.
- Concurrentes con diagnóstico médico de Psicosis crónica.
- Concurrentes en tratamiento que se encontraban clínicamente compensados, según historia clínica o evaluación psiquiátrica.
- Concurrentes con un nivel de instrucción primario incompleto como requerimiento básico para acceder a la lecto-escritura.

Criterios de exclusión:

- Concurrentes que se encontraron en Cuarta Etapa de Tratamiento.
- Concurrentes que participaron del Taller Integrado.
- Concurrentes cuyo diagnóstico médico incluyó retardo mental o deterioro cognitivo.
- Concurrentes analfabetos.
- Concurrentes y sus respectivos familiares o tutores legales que no autorizaron la evaluación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Mediante la implementación de las siguientes técnicas se obtuvieron los datos necesarios para llevar a cabo la investigación:

- **Recopilación documental:** Lectura de historias clínicas, con el objetivo de relevar datos del Concurrente tales como: nombre, edad, sexo, diagnóstico, tiempo de tratamiento, etapa de tratamiento, tiempo de evolución de la patología, nivel de instrucción, lugar de residencia, núcleo conviviente.
- **Instrumento de evaluación:** Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). Instrumento diseñado para evaluar la Calidad de Vida subjetiva de personas con esquizofrenia, tal y como este la percibe.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Inicialmente se relevaron datos de las historias clínicas de los Concurrentes de Primera, Segunda y Tercera etapa de tratamiento.

Se asistió a la asamblea organizada por cada una de las etapas, con la finalidad de informar a los Concurrentes el propósito de la investigación y la forma de administración del cuestionario.

En dicha oportunidad se aclaró que los datos obtenidos serían totalmente confidenciales, respetándose el anonimato del Concurrente. Del mismo modo, se informó que los resultados de la investigación estarían disponibles a requerimiento del Concurrente y/o institución.

Una vez establecida la muestra, se acordó con la dirección del CPS una fecha para la realización de la prueba piloto en primera instancia, y

posteriormente para la administración de la prueba definitiva con la muestra seleccionada.

TÉCNICA DE MEDICIÓN

Para evaluar la Calidad de Vida de las personas con padecimiento psíquico crónico que concurrían al CPS se utilizó el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV), un instrumento específicamente diseñado para evaluar la Calidad de Vida en personas con esquizofrenia, tal y como éstas la perciben.

El instrumento fue desarrollado en España por un grupo de profesionales pertenecientes a diferentes universidades, en el año 1995 (E. Baca, J. Bobes, S. Cervera, E. Ibañez, C. Leal y J. Giner).

El modelo conceptual en el que se sustenta dicho cuestionario surgió del concepto psicológico de CV; es decir, de que ésta es una valoración individual y subjetiva de todos los aspectos que conforman la vida de un sujeto.

Es una evaluación autoaplicada, cuyo marco de referencia temporal es el momento actual, es decir, la persona puntúa los ítems de acuerdo a la valoración personal de los mismos al momento de su administración.

Diversas investigaciones citadas en este trabajo, demuestran una buena validez y consistencia interna, por lo cual el CSCV se constituiría en un instrumento confiable para evaluar la respuesta al tratamiento de Terapia Ocupacional, pudiendo implementarse como herramienta complementaria para el seguimiento en el proceso terapéutico.

El CSCV está compuesto por dos escalas: *Escala de Aspectos Favorables* (CSCV-F) y *Escala de Aspectos Desfavorables* (CSCV-D), cada una con una estructura factorial que contiene una serie de perspectivas, dimensiones o factores relativamente independientes entre sí. La Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F) está constituida por los siguientes factores:

satisfacción vital, autoestima y armonía. La Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D) en tanto, está compuesta por los factores: falta de aprehensión cognitiva, falta de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, dificultad de expresión cognitiva, extrañamiento, miedo a la pérdida de control, hostilidad contenida, automatismo.

Cada uno de estos 12 factores, está constituido por una serie de ítems (59 ítems en total) que el sujeto puntúa mediante una escala Likert de 5 puntos que oscila entre 1 (completo desacuerdo) y 5 (completo acuerdo). VER ANEXO.

La puntuación en cada factor se halla calculando la media aritmética de los puntos en los ítems que lo forman; y la puntuación en las escalas se halla calculando la media aritmética de las puntuaciones en los factores que las conforman, de manera que todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 1 y 5. No existen puntos de corte.

Cada persona obtiene dos puntuaciones totales, la Puntuación Desfavorable (TED) y la Puntuación Favorable (TES), cada una de las cuales tiene un recorrido de 1 a 5. En el primer caso, cuanto más alta es la TED peor es la Calidad de Vida reflejada, mientras que cuanto más alta es la TES mayor es la Calidad de Vida percibida.

La Puntuación Total o Puntuación en Calidad de Vida (PT) se obtiene de la resta entre la TES y la TED.

Forma de Administración:

Luego de brindar las indicaciones correspondientes, y firmar el Consentimiento Informado, el cuestionario fue autoadministrado por cada uno de los Concurrentes en cada etapa respectiva (primera, segunda y tercera etapa).

Con aquellos Concurrentes en los que se evidenció en su administración dificultades como, disminución de la agudeza visual, leve déficit atencional o de

comprensión, el cuestionario fue administrado por una de las tesisistas, quien leyó los ítems para ser respondidos por el Concurrente de acuerdo a su valoración personal.

PRUEBA PILOTO

Se llevó a cabo con 6 Concurrentes, 2 de cada etapa de tratamiento; respetando para su elección los criterios de selección de la muestra. Cabe señalar, que los mismos, no formaron parte de la muestra final.

Mediante su realización se arribó a las siguientes conclusiones:

- El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) fue autoadministrado, con excepción de quienes presentaron dificultades oftalmológicas. En cuyo caso, una de las tesisistas leyó las preguntas y marcó en el cuestionario la opción elegida por el participante.
- El tiempo estimado de la toma fue de 10 a 15 minutos.
- No interfirió en la realización la administración de forma grupal.
- Se quitaron de la hoja de administración del cuestionario, los títulos que hacían referencia a **Escala de Aspectos Favorables** y **Escala de Aspectos Desfavorables**, ya que consideramos predisponían a los participantes a la hora de contestar. También, se cambió el término “**aficiones**” del ítem N°6 de la Escala de Aspectos Favorables del CSCV, por el de “**pasatiempos**”, por no resultar comprensible para muchos.

Por último, cabe señalar, que las tesisistas se encontraron en el lugar de administración en todo momento, sin interferir de modo alguno en la prueba, pero disponibles para la consulta.

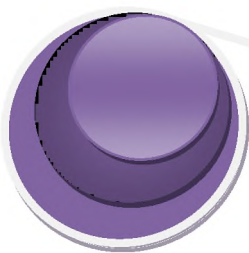
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Se realizó un análisis estadístico de los datos y se aplicaron medidas de estadística descriptiva (media, desvíos, distribuciones de frecuencia) e inferencial (*t* de Student y análisis de varianza).

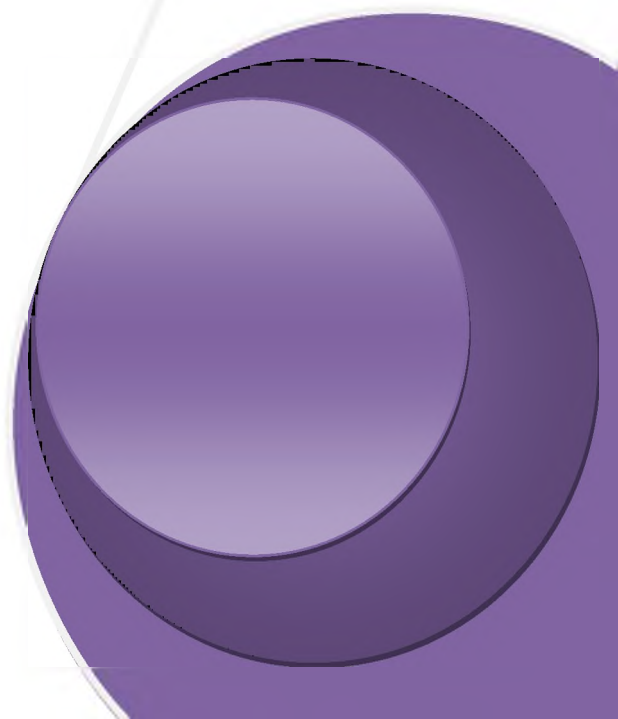
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

- La muestra estuvo conformada por 30 Concurrentes con diagnóstico de Psicosis Crónica, 10 (33,3%) correspondientes a la Primera Etapa de tratamiento (Circuito Cotidiano Integrador), 10 (33,3 %) a la Segunda Etapa (Talleres Terapéuticos Laborales) y 10 (33,3 %) a la Tercer Etapa (Reinserción Socio Comunitaria) respectivamente.
- De la totalidad de la muestra, 10 de los Concurrentes eran de género femenino (33,3%) y 20 masculinos (66,7%).
- Las edades de los Concurrentes estuvieron comprendidas entre los 19 y 62 años, encontrándose el promedio poblacional en los 40,70 años, con un desvío estándar (SD) de 12,70.
- El promedio de edad para la Primera Etapa fue de 35,6 años, con un SD de 12,73, mientras que para la Segunda Etapa la media fue de 43,9, con un SD de 13,63 y para la Tercera Etapa el promedio fue de 42,6 años, con un SD de 11,30.
- De acuerdo al nivel de instrucción, 20 Concurrentes (66,7 %) correspondieron al nivel primario y 10 (33,3 %) al nivel secundario.
- En cuanto al lugar de residencia, 21 de los Concurrentes (70%) residía en casa, y 9 (30%) lo hacía en otro sitio (hogar/ pensión, etc).
- En relación al núcleo conviviente, 20 personas (66,7%) vivían acompañadas (familia primaria, política, otros), y 10 (33, 3%) lo hacían solos.

- De total de la muestra, con respecto al tiempo de tratamiento, el 60% (18 personas) correspondió a quienes asistían hace más de 24 meses, un 20% (6 personas) a quienes lo hacían entre los 13 a los 24 meses y el 20% restante (6 personas) a los que concurrían entre los 3 y 12 meses de ingreso a la institución.
- El 53,3% (16 personas) correspondió a los Concurrentes cuyo tiempo de evolución de la patología es entre los 11 y 20 años, el 26,7% (8 personas) perteneció a quienes tienen menos de 10 años de evolución y el 20% (6 personas) a los que tienen más de 20 años.



Resultados



RESULTADOS

A continuación se detallan los resultados, siguiendo los objetivos de la investigación.

Respecto del objetivo que propone “*identificar según el CSCV cuáles son los factores de la Escala de Aspectos Favorables que aparecen con mayor y menor puntuación*”; la media más elevada se observa en el factor “*Satisfacción Vital*”, con 4,00 puntos (SD 0,71), alcanzando la mayor valoración positiva de los tres factores que componen la escala, le siguen el factor “*Armonía*” con 3,80 puntos (SD 0,91), y el factor “*Autoestima*” con una puntuación promedio de 3,68 puntos (SD 0,73), siendo el de menor valoración entre los participantes de la muestra (Ver Tabla N°1).

TABLA N°1: Promedios y Desvíos Estándar de las puntuaciones de los Factores de la Escala de Aspectos Favorables (F.E.A.F).

F.E.A.F	n	MEDIA	SD
<i>Satisfacción vital</i>	30	4,00	0,71
<i>Armonía</i>	30	3,80	0,91
<i>Autoestima</i>	30	3,68	0,73

En cuanto al objetivo que plantea “*identificar según el CSCV, cuales son los factores de la Escala de Aspectos Desfavorables en los que los participantes obtienen mayor y menor puntuación*”; se observa en la Tabla N° 2 que los factores “*Falta de Energía*” y “*Falta de Control Interno*” presentan la media de puntuación más elevada con un valor de 2,47 (SD 0,75) y 2,32 puntos

(SD 0,85) respectivamente, mientras que el puntaje promedio más bajo se observa en los factores “Miedo a la Pérdida de Control” con 1,94 puntos (SD 0,83) y “Hostilidad Contenida” con 1,48 puntos (SD 0,44).

TABLA N°2: Promedios y Desvíos Estándar de las puntuaciones de los Factores de la Escala de Aspectos Desfavorables (F.E.A.D).

F.E.A.D	n	MEDIA	SD
<i>Falta de energía</i>	30	2,47	0,75
<i>Falta de control interno</i>	30	2,32	0,85
<i>Dificultad de expresión emocional</i>	30	2,30	0,78
<i>Extrañamiento</i>	30	2,20	0,91
<i>Automatismo</i>	30	2,17	0,75
<i>Dificultad de expresión cognitiva</i>	30	2,15	0,77
<i>Falta de aprehensión cognitiva</i>	30	2,06	0,76
<i>Miedo a la pérdida de control</i>	30	1,94	0,83
<i>Hostilidad contenida</i>	30	1,48	0,44

De acuerdo al objetivo que propone “analizar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, la Escala de Aspectos Desfavorables y la Puntuación Total del CSCV, según grupo de edad, género, lugar de residencia, núcleo conviviente, nivel de instrucción, tiempo de tratamiento, etapa de tratamiento y tiempo de evolución de la patología”; encontramos que según el grupo de edad, en la puntuación

Total de la Escala de Aspectos Favorables (TES) el grupo comprendido entre los 20 a 40 años, constituido por 17 Concurrentes (56,7%), obtiene una media de puntuación de 3,71 puntos (SD 0,70), en tanto que el grupo de 41 a 60 años, conformado por 13 Concurrentes (43,3%), alcanza un promedio de 3,97 puntos (SD 0,66).

Con respecto al Total de la Escala de Aspectos Desfavorables (TED), el grupo de 20 a 40 años presenta una media de puntuación de 2,14 puntos (SD 0,57) y el grupo de 41 a 60 años promedia los 2,10 puntos (SD 0,69). En tanto, la Puntuación Total (PT) promedio en el grupo de 20 a 40 años es de 1,56 (SD 1,20), mientras que en el grupo de 41 a 60 años es de 1,88 puntos (SD 0,95).

Tal como se observa en la Tabla N° 3, los resultados de la prueba *t* muestran que no hay diferencias significativas en las puntuaciones medias de TES, TED y PT, según grupo de edad.

En el gráfico N°1, podemos observar que en el TES, el grupo de menor edad presenta un rango de respuestas más amplio y una mediana más baja que el grupo de mayor edad, pero ambos presentan dispersión en sus puntuaciones.

Según el gráfico N°2, se observa en el grupo de mayor edad, un rango de respuestas más amplio, una mediana más alta y mayor dispersión en el puntaje del TED.

Tal como se observa en el gráfico N°3, el grupo de menor edad presenta mayor amplitud en el rango de respuestas, mayor dispersión de sus puntajes y una mediana más baja respecto del grupo de mayor edad, cuyos niveles de respuesta son más homogéneos.

TABLA N°3: Medias, Desvíos Estándar y puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total del CSCV, según grupo de edad.

GRUPO DE EDAD	n	TES		TED		PT	
		MEDIA	SD	MEDIA	SD	MEDIA	SD
20 a 40 años	17	3,71	0,70	2,14	0,57	1,56	1,20
41 a 60 años	13	3,97	0,66	2,10	0,69	1,88	0,95
Valor t		-1,022		0,177		-0,787	

GRAFICO N°1: Diagrama de caja de puntuación del TES, según grupo de edad.

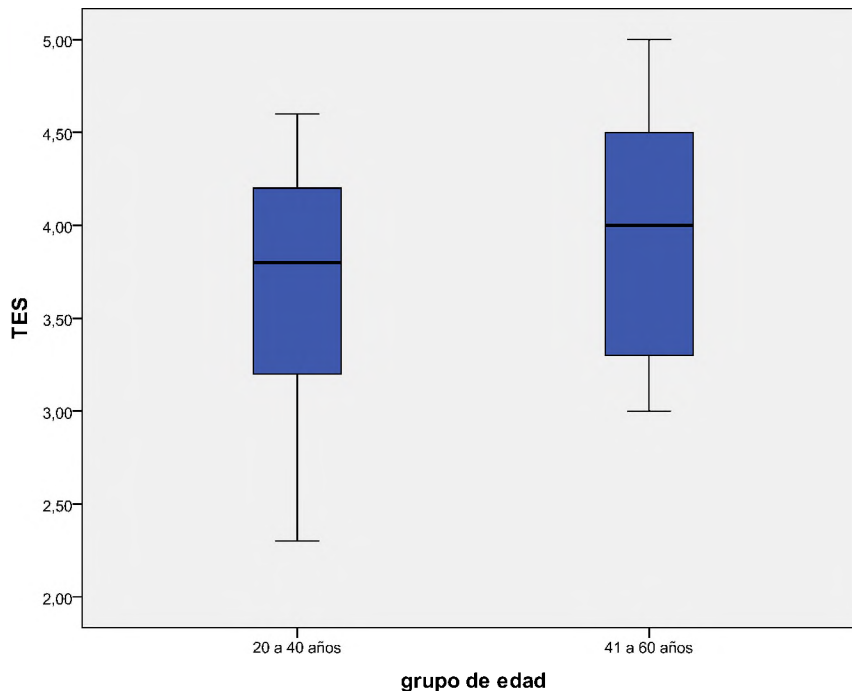


GRAFICO N°2: Diagrama de caja de puntuación del TED, según grupo de edad.

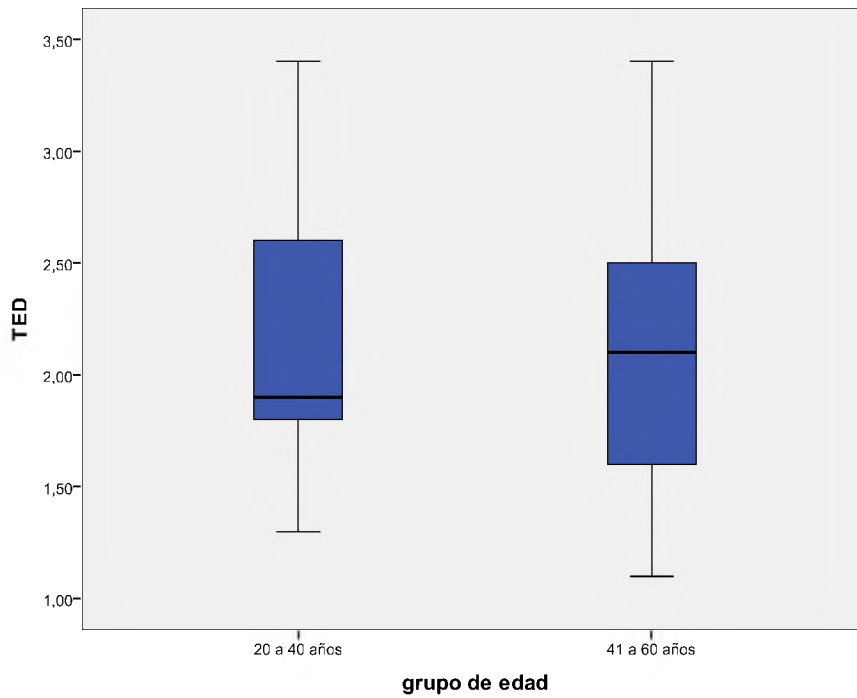
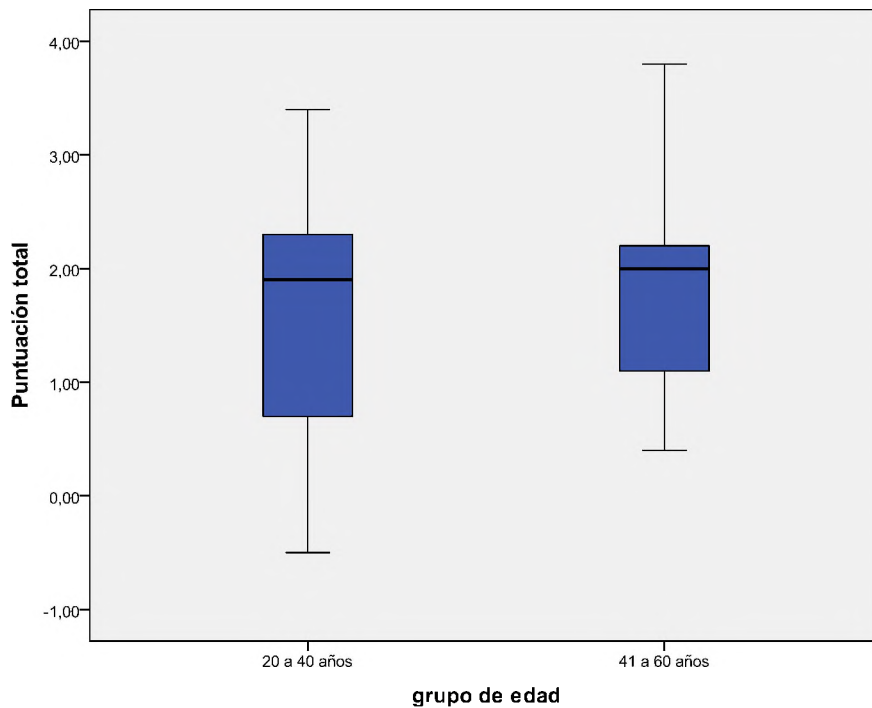


GRAFICO N°3: Diagrama de caja de PT, según grupo de edad.



Siguiendo la Tabla N° 4, según el *género*, encontramos que del total de la muestra, 10 Concurrentes corresponden al género femenino (33,3%) quienes obtienen en el TES una media de 3,67 puntos (SD 0,59), en tanto el género masculino, constituido por 20 Concurrentes (66,7%) alcanza un promedio de 3,91 puntos (0,73).

Con respecto al TED, el género femenino presenta una media de 2,32 puntos (SD 0,60) y el género masculino promedia en los 2,02 puntos (SD 0,61). En tanto, la media en PT en el género femenino es de 1,36 puntos (SD 0,89), mientras en el género masculino es de 1,87 puntos (SD 1,16).

Como se observa en dicha tabla, el valor de la prueba *t*, muestra que las diferencias en las puntuaciones medias de TES, TED y PT, según género, no son estadísticamente significativas.

Siguiendo los gráficos N°4, N°5 y N°6, el género femenino, tanto en el TES, TED y PT, obtiene puntuaciones más homogéneas que el género masculino, en los que se observa mayor dispersión.

TABLA N°4: Promedios, Desvíos Estándar y puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total del CSCV, según el género.

GÉNERO	n	TES		TED		PT	
		MEDIA	SD	MEDIA	SD	MEDIA	SD
<i>Femenino</i>	10	3,67	0,59	2,32	0,60	1,36	0,89
<i>Masculino</i>	20	3,91	0,73	2,02	0,61	1,87	1,16
Valor t		-0,896		1,242		-1,223	

GRAFICO N°4: Diagrama de caja de puntuación del TES, según género.

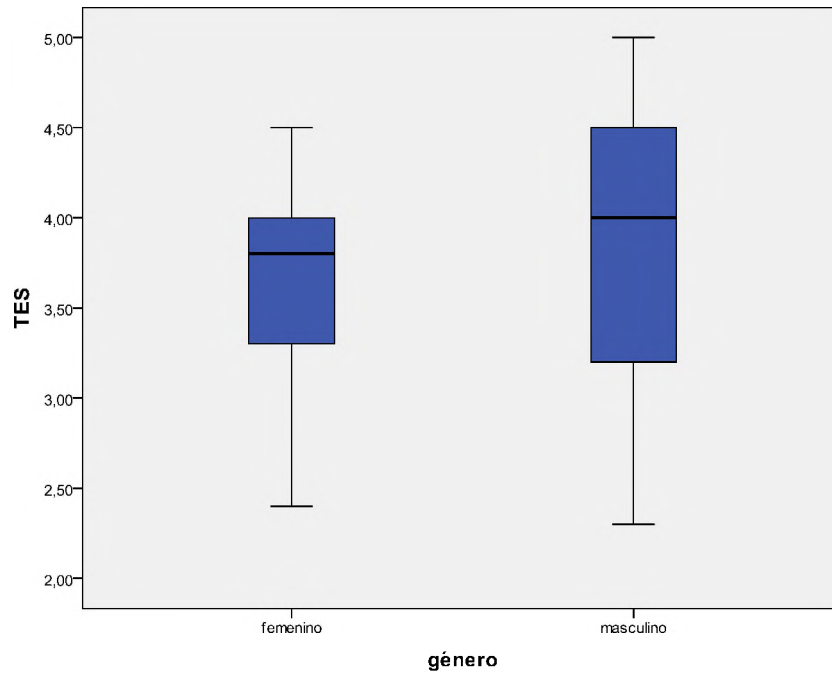


GRAFICO N°5: Diagrama de caja de puntuación del TED, según género.

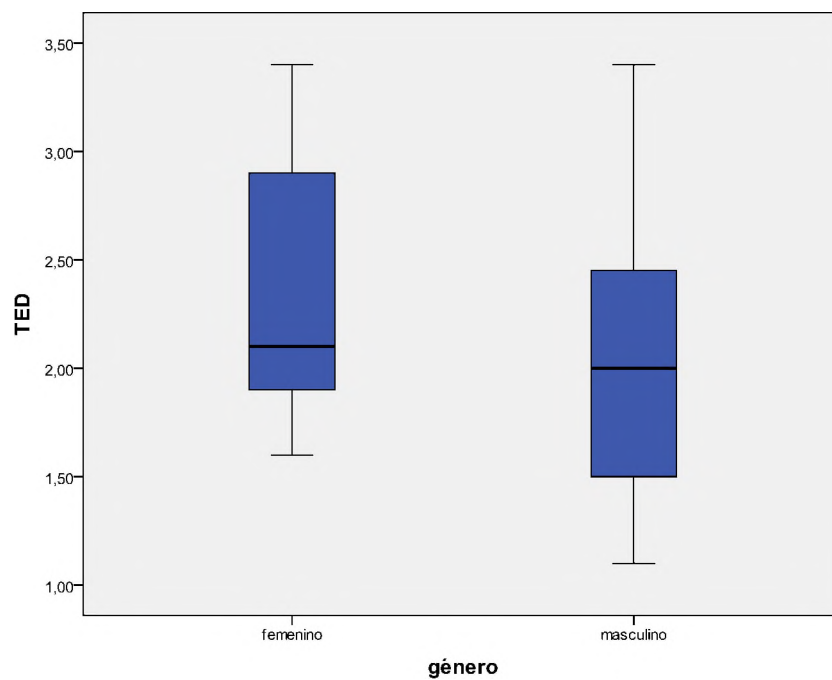
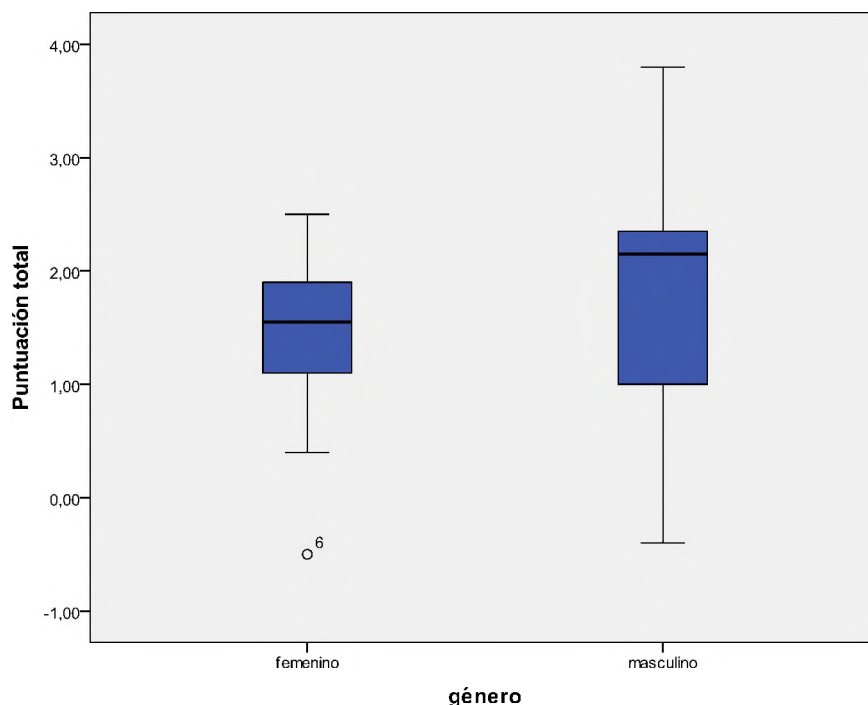


GRAFICO N°6: Diagrama de caja de PT, según género.

Con respecto al *lugar de residencia*, observamos en la Tabla N°5 que del total de la muestra, 21 personas (70%) vive en casa, en tanto, las 9 restantes (30%) reside en otro sitio (pensión, hogar, etc). Los Concurrentes que viven en hogar, pensión u otros obtienen en el TES una puntuación media de 4,08 (SD 0,50), en tanto quienes residen en casa, 3,71 puntos (SD 0,73).

Por otra parte, en el TED quienes habitan en pensión, hogar, etc. obtienen una media de 2,31 puntos (SD 0,57) respecto a quienes residen en casa, cuyo promedio es de 2,04 puntos (SD 0,63). En la PT, la media de quienes habitan en hogar, pensión, etc., es de 1,76 puntos (SD 0,68), en tanto quienes viven en casa obtienen un promedio de 1,67 puntos (SD 1,24).

Al igual que en las tablas anteriores, el valor t muestra que las diferencias halladas en las puntuaciones medias de TES, TED y PT, según el lugar de residencia, no son estadísticamente significativas.

Siguiendo los gráficos N°7, N°8 y N°9, los Concurrentes que residen que pensión, hogar, etc, obtienen puntuaciones más homogéneas y una mediana más alta tanto en el TES, TED y PT, respecto de quienes viven en casa.

TABLA N°5: Medias, Desvíos Estándar y puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total del CSCV, según el lugar de residencia.

L. DE RESIDENCIA	n	TES		TED		PT	
		MEDIA	SD	MEDIA	SD	MEDIA	SD
Casa	21	3,71	0,73	2,04	0,63	1,67	1,24
Otros	9	4,08	0,50	2,31	0,57	1,76	0,68
Valor t		-1,367		-1,091		-0,204	

GRAFICO N°7: Diagrama de caja de puntuación del TES, según lugar de residencia.

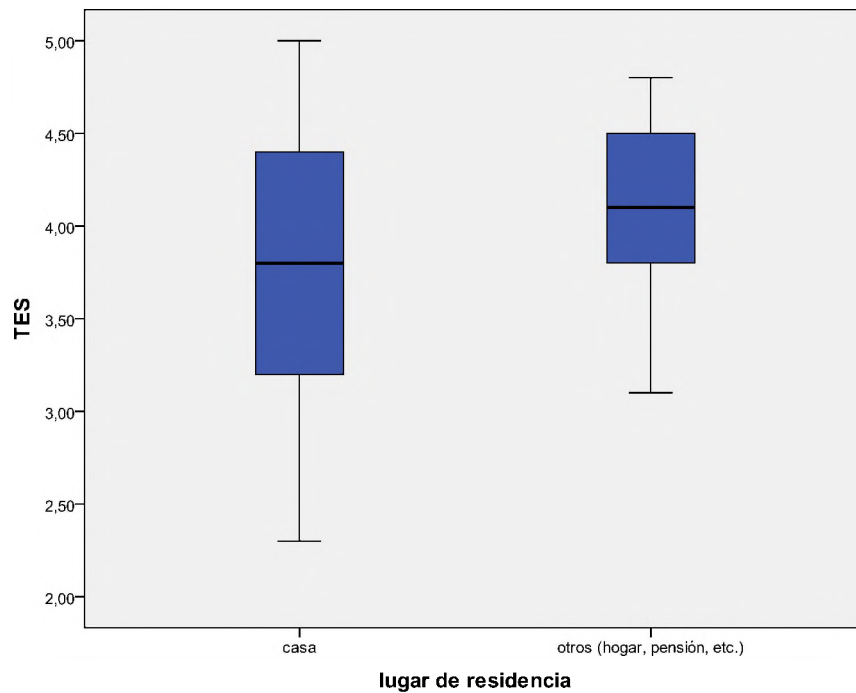


GRAFICO N°8: Diagrama de caja de puntuación del TED, según lugar de residencia.

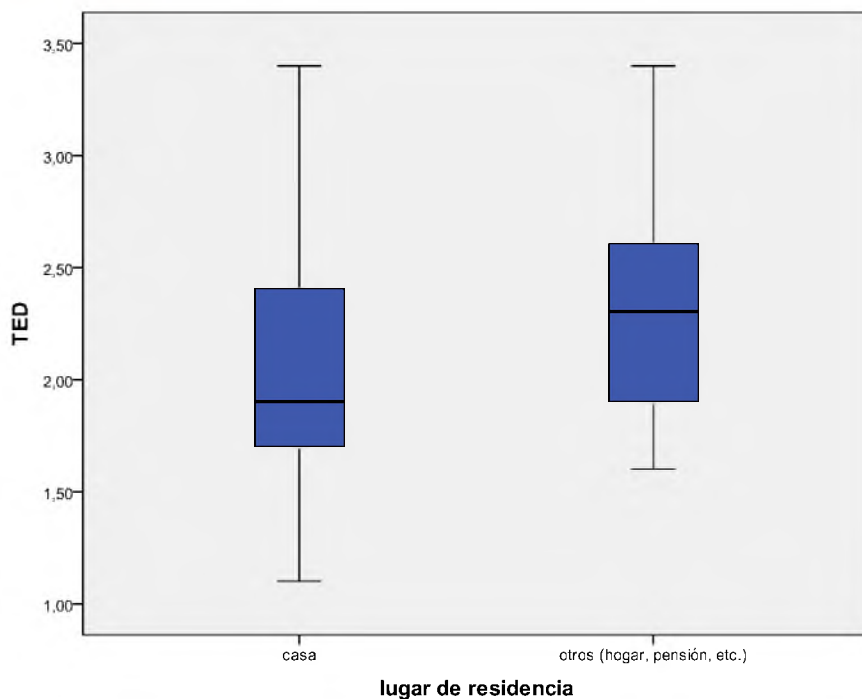
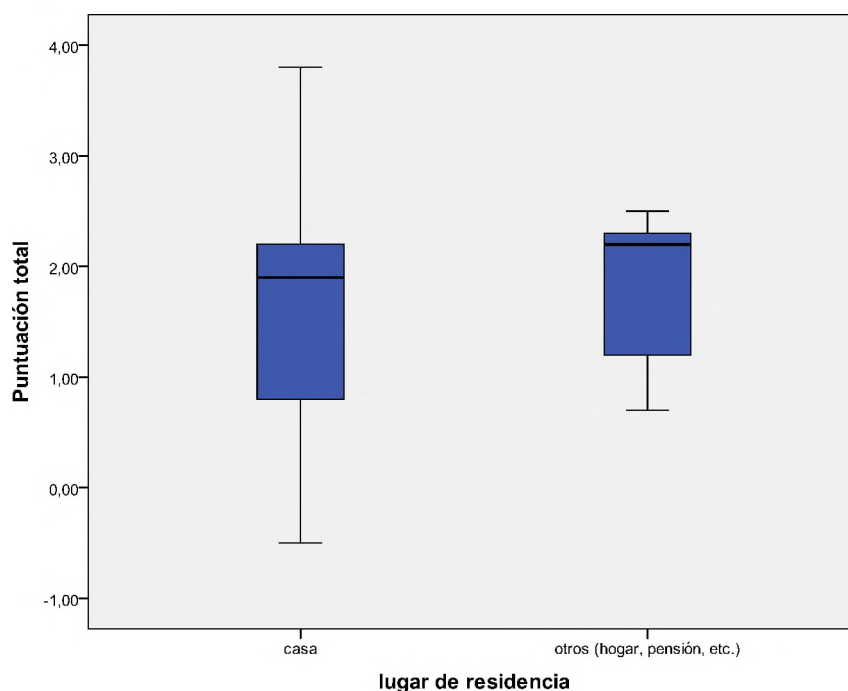


GRAFICO N°9: Diagrama de caja de PT, según lugar de residencia.

Con respecto al *núcleo conviviente*, en la Tabla N°6, se observa que del total de la muestra, 10 de los Concurrentes viven solos (33,3%), y los 20 restantes (66,7%) lo hacen acompañados, ya sea por familia primaria, política u otros. En el caso de los que viven solos, la puntuación media en el TES es de 4,05 puntos (SD 0,48), respecto a los que viven acompañados cuya puntuación promedio es de 3,72 puntos (SD 0,75).

En tanto, la puntuación media en el TED para quienes viven solos es de 2,11 puntos (SD 0,65) y para quienes residen acompañados es de 2,13 puntos (SD 0,61). En la PT, quienes viven solos obtienen una media de puntuación de 1,92 puntos (SD 0,75), en tanto quienes viven acompañados un promedio de 1,59 puntos (SD 1,23).

Los resultados de la prueba *t*, muestran que no hay diferencias significativas en las puntuaciones medias de TES, TED y PT, según el núcleo conviviente.

Según los gráficos N°10, N°11 y N° 12, los Concurrentes que viven solos muestran puntuaciones más homogéneas y una mediana más alta en TES como PT, en tanto ambos grupos presentan dispersión en sus puntajes en el TED.

TABLA N°6: Promedios, Desvíos Estándar y Puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total del CSCV, según el núcleo conviviente.

N. CONVIVIENTE	n	TES		TED		PT	
		MEDIA	SD	MEDIA	SD	MEDIA	SD
<i>Solo</i>	10	4,05	0,48	2,11	0,65	1,92	0,75
<i>Acompañado</i>	20	3,72	0,75	2,13	0,61	1,59	1,23
Valor t		1,248		-0,082		0,760	

GRAFICO N°10: Diagrama de caja de puntuación del TES, según núcleo conviviente.

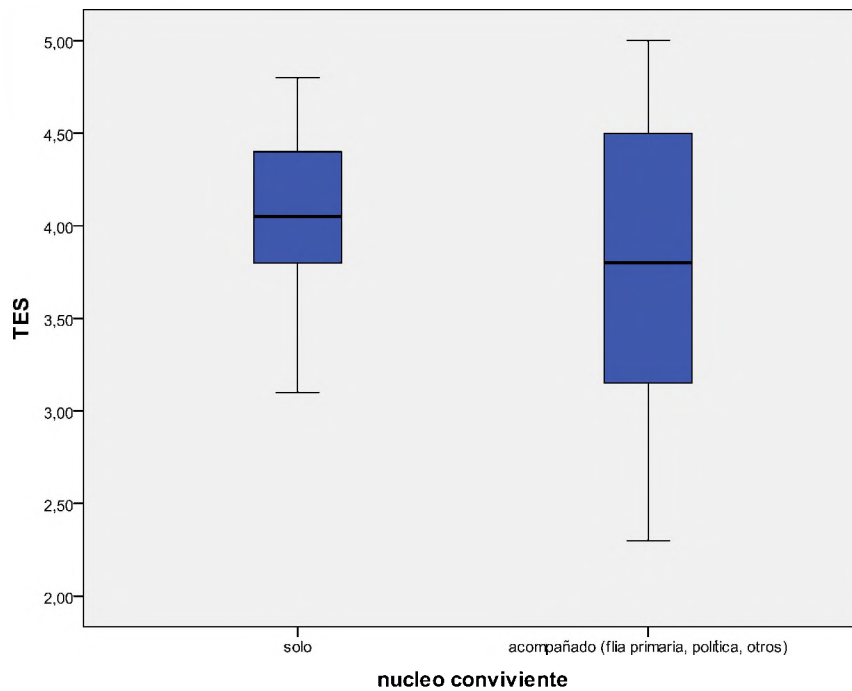


GRAFICO N°11: Diagrama de caja de puntuación del TED, según núcleo conviviente.

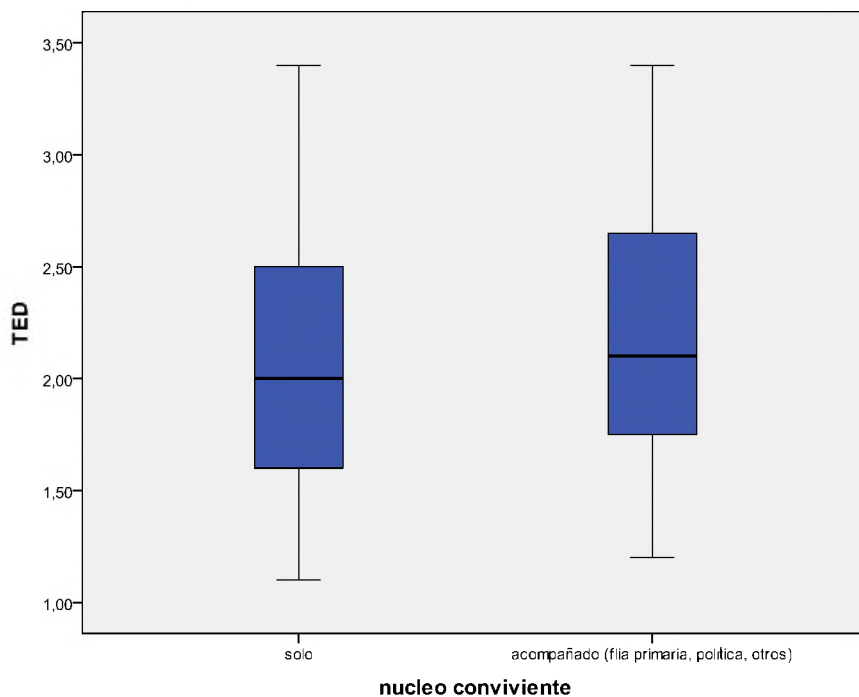
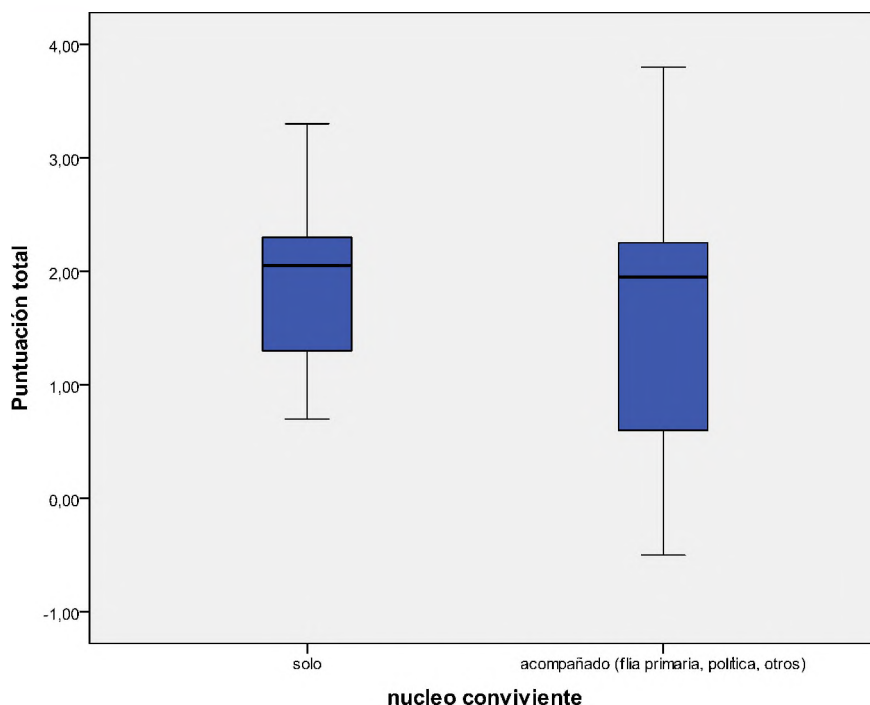


GRAFICO N°12: Diagrama de caja de puntuación del TED, según núcleo conviviente.



De acuerdo a la Tabla N° 7, según el *nivel de instrucción*, encontramos que del total de la muestra, 20 personas (66,7%) tienen completo el nivel primario, obteniendo en el TES una media de puntuación de 3,80 puntos (SD 0,78), en tanto el nivel secundario lo conforman las 10 personas restantes (33,3 %), quienes alcanzan una media de 3,89 puntos (SD 0,47).

Con respecto al TED, el nivel primario presenta una media de 2,23 puntos (SD 0,64) y el nivel secundario promedia los 1,91 puntos (SD 0,52). En tanto, la media en PT en el nivel primario, es de 1,58 puntos (SD 1,24), mientras que en el nivel secundario es de 1,95 puntos (SD 0,71).

Como se observa en dicha tabla, el valor de la prueba t , muestra que las diferencias en las puntuaciones medias de TES, TED y PT, según el nivel de instrucción, no son estadísticamente significativas.

Siguiendo los gráficos N°13, N°14 y N°15, podemos observar que quienes tienen el nivel secundario completo, presentan en TES, TED y PT, obtiene puntuaciones más homogéneas y concentradas en torno a la mediana.

TABLA N°7: Medias, Desvíos Estándar y Puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Puntuación Total, del CSCV según el nivel de instrucción.

N. DE INSTRUCCIÓN	N	TES		TED		PT	
		MEDIA	SD	MEDIA	SD	MEDIA	SD
<i>Primario</i>	20	3,80	0,78	2,23	0,64	1,58	1,24
<i>Secundario</i>	10	3,89	0,47	1,91	0,52	1,95	0,71
Valor t		-0,332		1,354		-0,868	

GRAFICO N°13: Diagrama de caja de puntuación del TES, según nivel de instrucción.

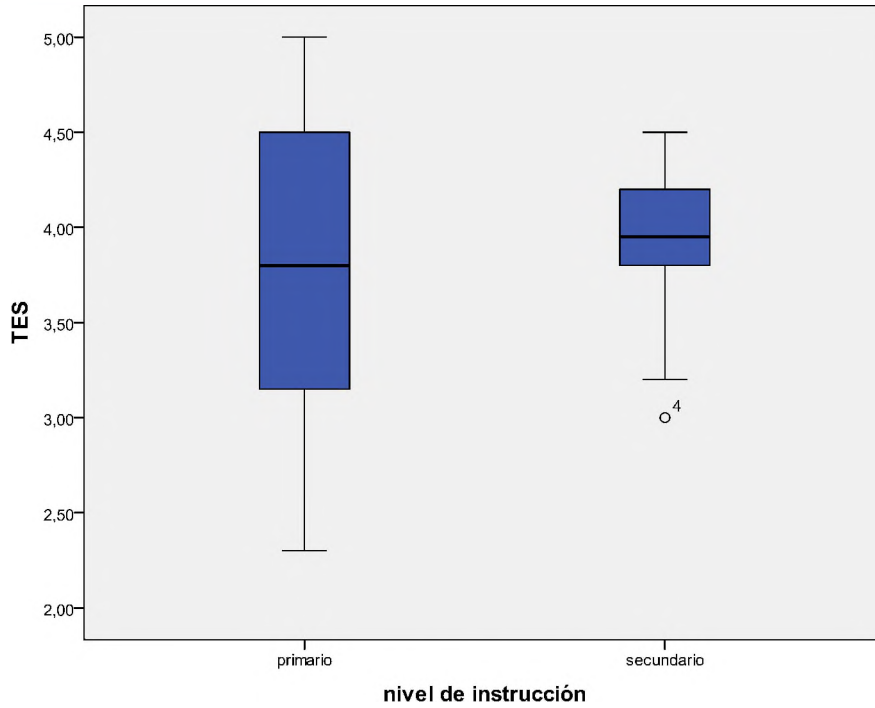


GRAFICO N°14: Diagrama de caja de puntuación del TED, según nivel de instrucción.

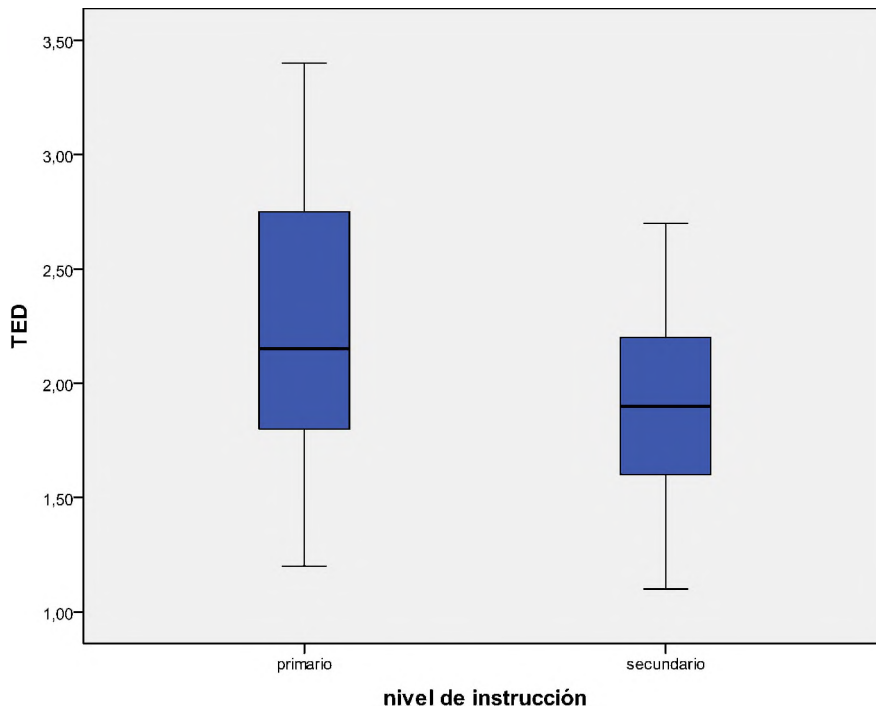
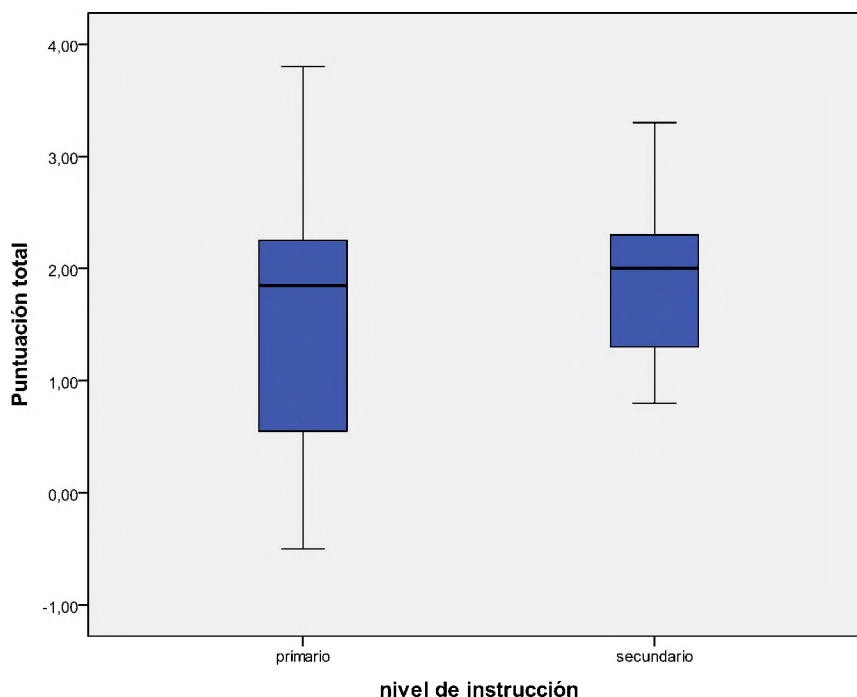


GRAFICO N°15: Diagrama de caja de puntuación de PT, según nivel de instrucción.



En relación al *tiempo de tratamiento*, en la Tabla N°8, se observa que el total de la muestra, constituido por 30 Concurrentes, obtiene en el TES un promedio de puntuación de 3,83 puntos (SD 0,68). De esta muestra, 6 personas (20%) llevan un tiempo de tratamiento comprendido entre los 3 y 12 meses, quienes alcanzan una media en dicha escala de 3,88 puntos (SD 0,70), otros 6 sujetos (20%) que se hallan entre los 13 y 24 meses de tratamiento, obtienen un promedio de 3,51 puntos (SD 0,74), mientras que las 18 personas restantes, con más de 24 meses de tratamiento, consiguen una media de 3,91 puntos (SD 0,67).

En el TED, el total de la muestra logra un puntuación media de 2,12 puntos (SD 0,61), de los cuales quienes llevan un tiempo de tratamiento entre los 3 y 12 meses, alcanzan un promedio de 1,95 puntos (SD 0,77), en tanto quienes se encuentran entre los 13 y 24 meses de tratamiento obtienen una

media de 2,30 puntos (SD 0,47) y finalmente los que llevan más de 24 meses obtienen una media de 2,12 puntos (SD 0,62).

En la PT, el total de la muestra alcanza un promedio de 1,70 puntos (SD 1,09), quienes se encuentran entre los 3 y 12 meses de tratamiento presentan una media de puntuación de 1,91 (SD 1,43), los que se hallan entre los 13 y 24 meses obtienen una media de 1,21 puntos (SD 1,10), y por último quienes hace más de 24 meses que se encuentran en tratamiento alcanzan un promedio de 1,78 puntos (SD 0,98).

El análisis de varianza de las puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total, según el tiempo de tratamiento, no arroja diferencias estadísticamente significativas (Ver Tabla N°9).

Tal como se observa en el gráfico N° 16, los Concurrentes con más de 24 meses de tratamiento, pese a presentar mayor dispersión en sus respuestas tienen puntuaciones más homogéneas en torno a la mediana que el resto de los grupos, en el TES.

Siguiendo el gráfico N°17, en los tres grupos se observa en el TED una amplia dispersión en los puntajes, destacándose que en el grupo comprendido entre 12 y 24 meses, los puntajes mínimo y máximo coinciden con los bordes superior e inferior de la caja.

De acuerdo al gráfico N°18, el grupo con más de 24 meses de tratamiento presenta en la PT una puntuación más homogénea que el resto de los grupos.

TABLA N°8: Promedio, Desvíos Estándar y puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Puntuación Total, del CSCV, según el tiempo de tratamiento.

TIEMPO DE TRATAMIENTO	n	TES		TED		PT	
		MEDIA	SD	MEDIA	SD	MEDIA	SD
<i>e/ 3 y 12 meses</i>	6	3,88	0,70	1,95	0,77	1,93	1,43
<i>e/ 13 y 24 meses</i>	6	3,51	0,74	2,30	0,47	1,21	1,10
<i>más de 24 meses</i>	18	3,91	0,67	2,12	0,62	1,78	0,98
Total	30	3,83	0,68	2,12	0,61	1,70	1,09

TABLA N°9: Análisis de Varianza de las puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total según el tiempo de tratamiento.

TIEMPO DE TRATAMIENTO	SUMA DE CUADRADOS	gl	F
TES			
Inter grupos	0,741	2	0,767
Intra grupos	(13,042)	27	
TED			
Inter grupos	0,368	2	0,462
Intra grupos	(10,746)	27	
PT			
Inter grupos	1,870	2	0,765
Intra grupos	(32,999)	27	

GRAFICO N°16: Diagrama de caja de puntuación del TES, según tiempo de tratamiento.

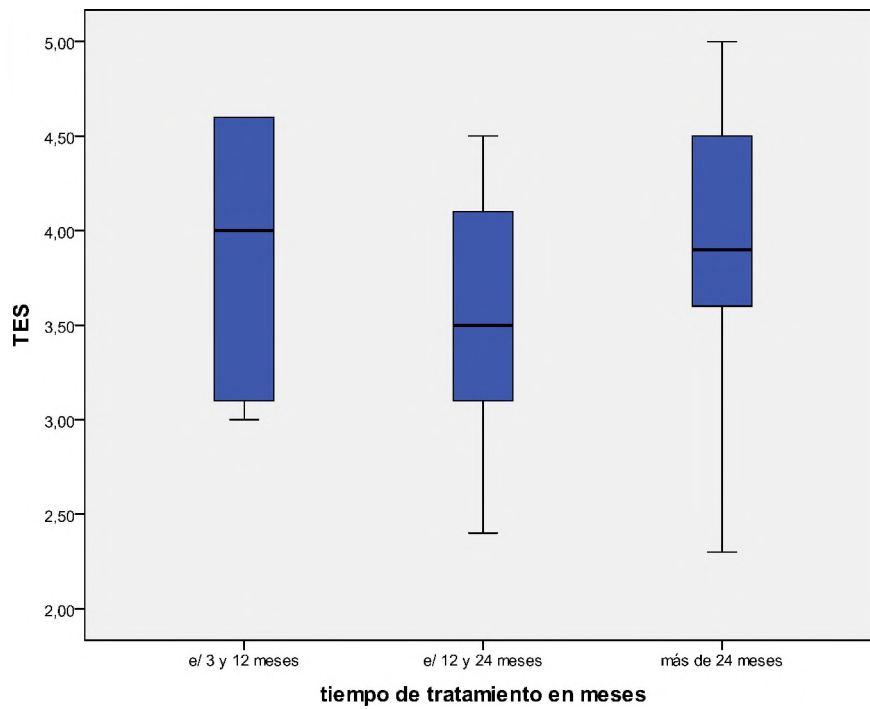


GRAFICO N°17: Diagrama de caja de puntuación del TED, según el tiempo de tratamiento.

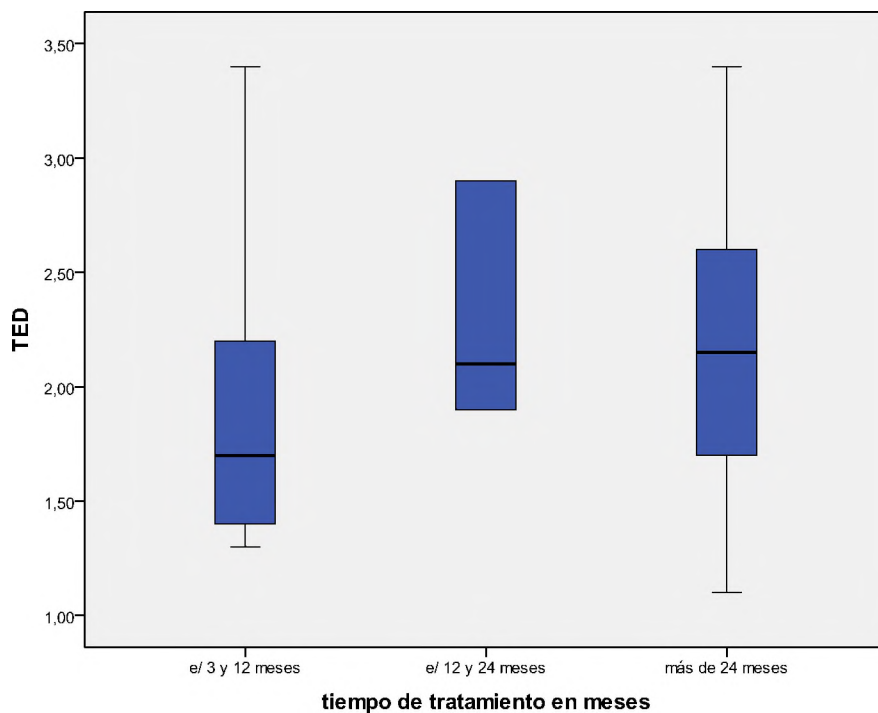
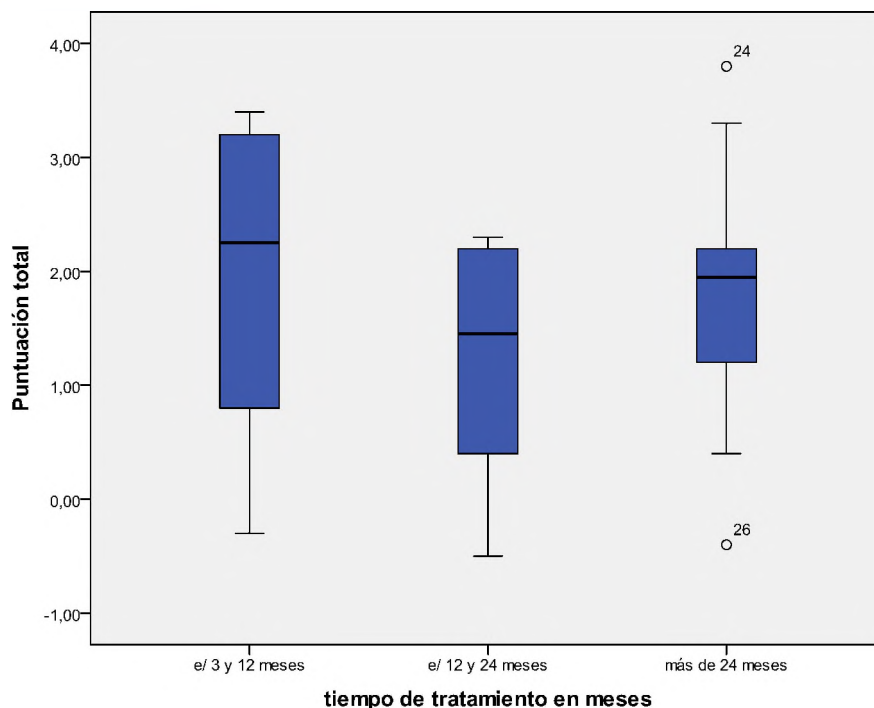


GRAFICO N°18: Diagrama de caja de puntuación de PT, según tiempo de tratamiento.



Con respecto a la *etapa de tratamiento*, en la Tabla N°10, se observa que el total de la muestra, obtiene en el TES un promedio de puntuación de 3,83 puntos (SD 0,68). De esta muestra, 10 personas (33,3%), se encuentran en Primera Etapa (CCI), quienes alcanzan una media en dicha escala de 3,58 puntos (SD 0,72), otros 10 sujetos (33,3%) concurren por la Segunda Etapa (TTL), alcanzando un promedio de 3,94 puntos (SD 0,48), mientras que quienes se hallan en la Tercera Etapa (RSC) de tratamiento obtienen una media de puntuación de 3,97 (SD 0,81).

En el TED, el total de la muestra logra un puntuación media de 2,12 puntos (SD 0,61), de los cuales quienes conforman la Primera Etapa (CCI), alcanzan un promedio de 2,15 puntos (SD 0,70), en tanto quienes se encuentran en la Segunda Etapa (TTL) obtienen una media de 2,14 puntos (SD

0,50) y por último los de Tercera Etapa (RSC) alcanzan una media de 2,08 puntos (SD 0,69).

En la PT, el total de la muestra alcanza un promedio de 1,70 puntos (SD 1,09), quienes se encuentran en Primera Etapa (CCI) presentan una media de puntuación de 1,44 puntos (SD 1,37), los de Segunda Etapa (TTL), obtienen un promedio de 1,80 puntos (SD 0,63), y por último los de Tercera Etapa (RSC) de tratamiento alcanzan una media de 1,87 puntos (SD 1,21).

El análisis de varianza de las puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total, según la etapa de tratamiento, no arroja diferencias estadísticamente significativas (Ver Tabla N° 11).

Según los gráficos N°19, N°20 y N° 21, los Concurrentes de Segunda Etapa presentan menor dispersión en las respuestas y puntajes más homogéneos, tanto en TES, TED y PT.

TABLA N°10: Medias, Desvíos Estándar y puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total del CSCV, según la etapa de tratamiento.

ETAPA DE TRATAMIENTO	n	TES		TED		PT	
		MEDIA	SD	MEDIA	SD	MEDIA	SD
<i>Primera Etapa</i>	10	3,58	0,72	2,15	0,70	1,44	1,37
<i>Segunda Etapa</i>	10	3,94	0,48	2,14	0,50	1,80	0,63
<i>Tercera Etapa</i>	10	3,97	0,81	2,08	0,69	1,87	1,21
Total	30	3,83	0,68	2,12	0,61	1,70	1,09

TABLA N°11: Análisis de varianza de las puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total, según la etapa de tratamiento.

ETAPA DE TRATAMIENTO	SUMA DE CUADRADOS	gl	F
TES			
Inter grupos	0,942	2	0,990
Intra grupos	(12,841)	27	
TED			
Inter grupos	0,029	2	0,035
Intra grupos	(11,085)	27	
PT			
Inter grupos	1,065	2	0,425
Intra grupos	(33,805)	27	

GRAFICO N°19: Diagrama de caja de puntuación del TES, según etapa de tratamiento.

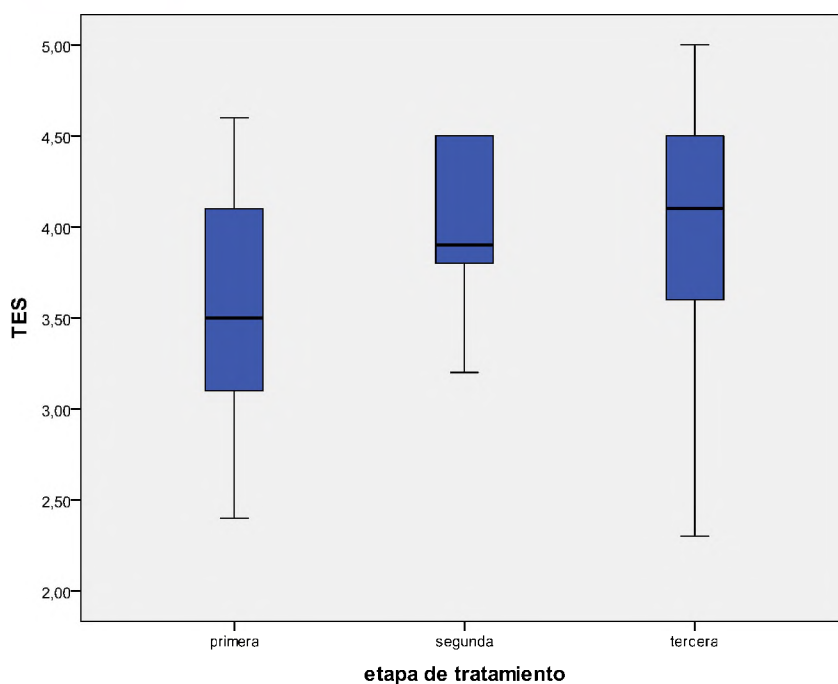


GRAFICO N°20: Diagrama de caja de puntuación del TED, según etapa de tratamiento.

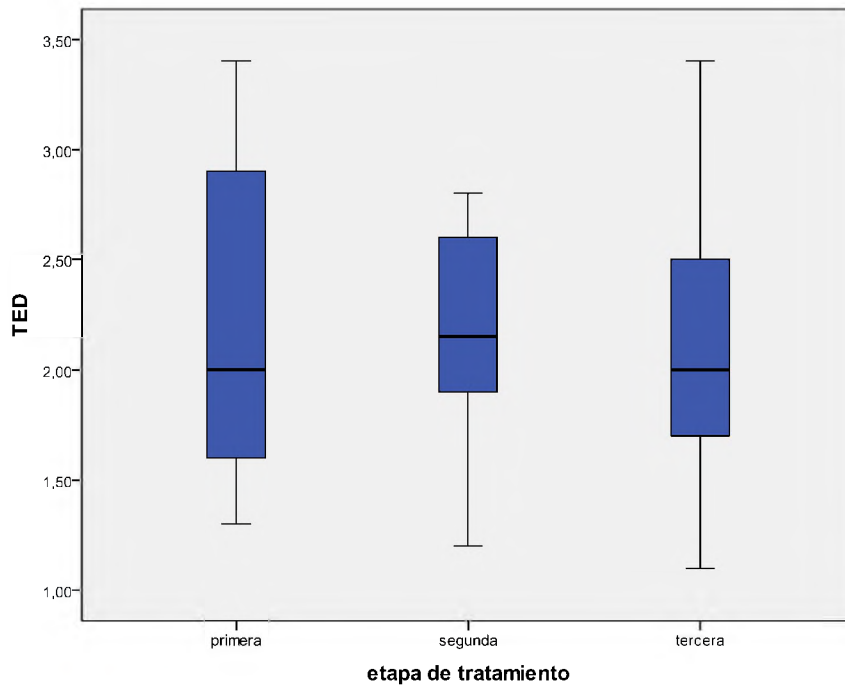
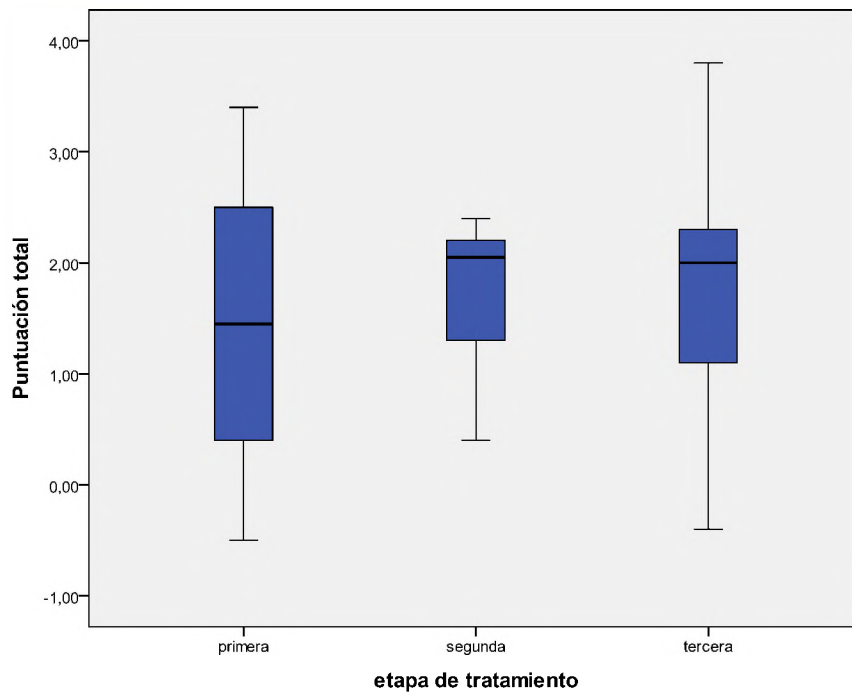


GRAFICO N°21: Diagrama de caja de puntuación de PT, según etapa de tratamiento.



En relación al *tiempo de evolución de la patología* en la Tabla N°12, se observa que el total de la muestra, obtiene en el TES un promedio de puntuación de 3,83 puntos (SD 0,68). De esta muestra, 8 personas (26,7%) tienen menos de 10 años de evolución de la patología y alcanzan una media en dicha escala de 3,88 puntos (SD 0,61), otros 16 sujetos (53,3%) que presentan entre 11 y 20 años alcanzan un promedio de puntuación de 3,90 puntos (SD 0,69), mientras que 6 sujetos (20%) con más de 20 años de evolución de la patología obtienen una media de 3,55 puntos (SD 0,80).

En el TED, el total de la muestra logra un puntuación media de 2,12 puntos (SD 0,61), de los cuales quienes presentan menos de 10 años alcanzan un promedio de 1,88 puntos (SD 0,69), en tanto quienes tienen entre 11 y 20 años de evolución promedian los 2,15 puntos (SD 0,64) y por último aquellas personas con más de 20 años de evolución de la patología alcanzan una media de 2,35 puntos (SD 0,38).

En la PT, el total de la muestra alcanza un promedio de 1,70 puntos (SD 1,09), de los cuales, lo que tienen menos de 10 años de evolución presentan una media de puntuación de 2,00 puntos (SD 1,12), los que se encuentran entre los 11 y 20 años, obtienen un promedio de 1,73 puntos (SD 1,10), y por último aquellos con más de 20 años comprenden una puntuación media de 1,21 (SD 1,04).

El análisis de varianza de las puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total, según el tiempo de evolución de la patología, no arroja diferencias estadísticamente significativas (Ver Tabla N° 13).

Según los gráficos N°22, N°23 y N°24, los Concurrentes con menos de 10 años de evolución de la patología y los que tienen entre 10 y 20, se comportan de manera similar en TES, TED y PT; los del primer grupo, presentando menor dispersión en las puntuaciones, en tanto que en el segundo, se observa una mayor dispersión.

Quienes tienen más de 20 años de evolución de la patología, presentan más dispersión en las puntuaciones en TES y PT, mientras que los puntajes en TED son más homogéneos.

TABLA N°12: Promedios, Desvíos Estándar y puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total del CSCV, según el tiempo de evolución de la patología.

TIEMPO EVOL. PATOLOGÍA	n	TES		TED		PT	
		MEDIA	SD	MEDIA	SD	MEDIA	SD
<i>Menos de 10 años</i>	8	3,88	0,61	1,88	0,69	2,00	1,12
<i>e/ 11 y 20 años</i>	16	3,90	0,69	2,15	0,64	1,73	1,10
<i>Más de 20 años</i>	6	3,55	0,80	2,35	0,38	1,21	1,04
Total	30	3,83	0,68	2,12	0,61	1,70	1,09

TABLA N°13: Análisis de varianza de las puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Total, según el tiempo de evolución de la patología.

TIEMPO EVOL. PATOLOGÍA.	SUMA DE CUADRADOS	gl	F
TES			
Inter grupos	0,590	2	0,604
Intra grupos	(13,193)	27	
TED			
Inter grupos	0,771	2	1,006
Intra grupos	(10,343)	27	
PT			
Inter grupos	2,144	2	0,884
Intra grupos	(32,726)	27	

GRAFICO N°22: Diagrama de caja de puntuación del TES, según tiempo de evolución de la patología.

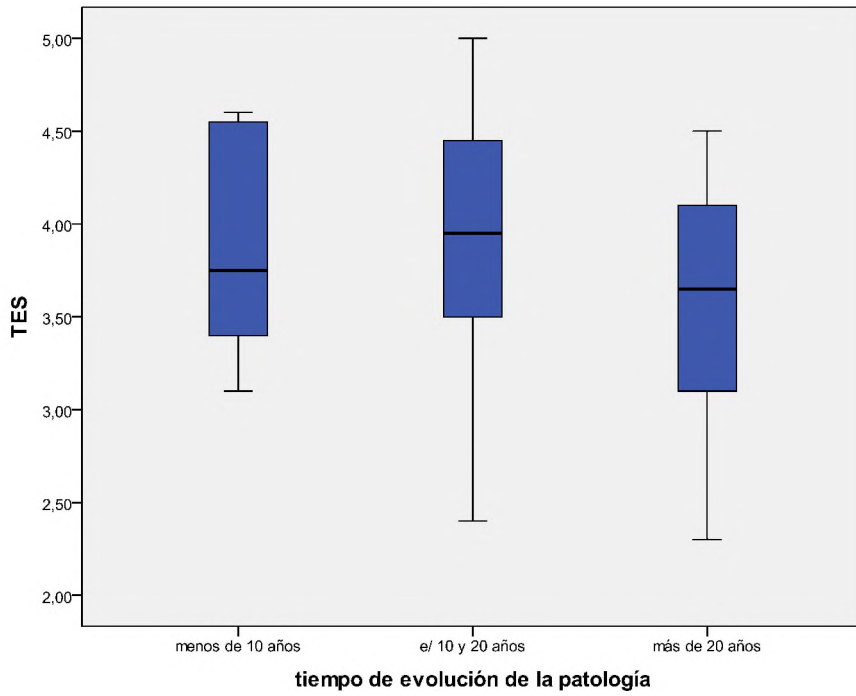


GRAFICO N°23: Diagrama de caja de puntuación del TED, según la evolución de la patología.

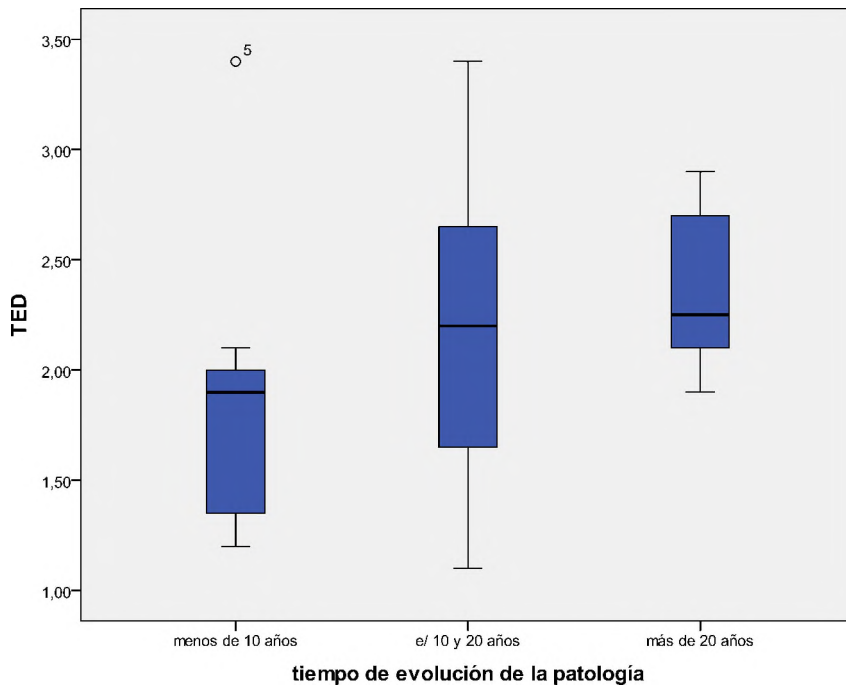
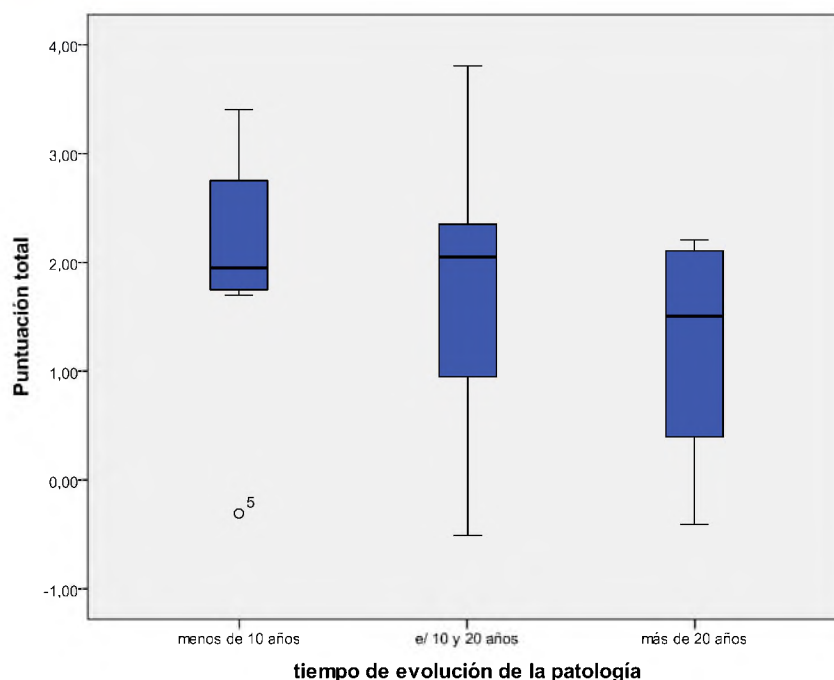


GRAFICO N°24: Diagrama de caja de puntuación de PT, según la evolución de la patología.



Respecto al objetivo general de nuestro estudio, que propone “*explorar la percepción de la CV de las personas que concurren a los talleres de T.O del Centro de Promoción Social, mediante la utilización del CSCV*”; se observa en la Tabla N°14, que el total de la muestra, alcanza una puntuación media de 3,83 (SD 0,68) en el TES, en tanto que en el TED el promedio es de 2,12 puntos (SD 0,61) y en la PT 1,70 puntos (SD 1,09).

Siguiendo la Tabla N°15, el mayor porcentaje de acuerdo en la CSCV-F, es decir, la mayor valoración de los aspectos agradables o satisfactorios de la CV, se observa en el ítem “*Estoy satisfecho/a con el trabajo/estudio que realizo*” correspondiente al factor Satisfacción Vital, donde el 80% de las respuestas se ubican en los valores 4 y 5 (Acuerdo y Completo Acuerdo), el 76,7% lo registra el ítem “*Soy capaz de organizarme la vida diaria*” del factor Satisfacción Vital, el 66,7% de acuerdo y completo acuerdo se observa en los ítems “*Me satisface la energía que tengo*” y “*Yo decido como quiero vivir*” ambos correspondientes al factor Satisfacción vital, y el 63,4% se registra tanto

en los ítems *“Me siento a gusto con la gente”*, *“Estoy contento/a con lo que hago”* y *“Cuando decido algo lo realizo”*, correspondientes a los factores Armonía, Satisfacción Vital y Autoestima respectivamente.

En la CSCV-D, el mayor porcentaje de acuerdo, es decir, la mayor valoración de los aspectos desagradables o insatisfactorios que componen la CV, se observa en el ítem *“Sufro cuando algo dentro de mí me impide hacer lo que quiero”* correspondiente al factor Falta de energía, donde el 36,7% de las respuestas se ubican en los valores 4 y 5 (Acuerdo y Completo Acuerdo), el 36,6% lo registra el ítem *“Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer”* del factor Falta de energía, el 33,3% de acuerdo y completo acuerdo se observa en el ítem *“Repetir una cosa muchas veces me alivia”* correspondiente al factor Extrañamiento, el 26,7% se registra en el ítem *“Sufro porque estoy enfermo/a”* del factor Falta de control interno, en tanto el 26,6% de acuerdo y completo acuerdo se observa en los ítems *“Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor”* y *“Me molesta estar estreñado/a”* correspondientes a los factores Dificultad de expresión cognitiva y Falta de control interno respectivamente, y el 23,4% lo registra el ítem *“Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no quiero ver”* correspondiente al factor Falta de control interno.

Vale aclarar que los ítems *“Los vecinos me molestan”* y *“Me gustaría poder hacer daño”* del factor Hostilidad Contenida de la CSCV-D no registran ningún porcentaje de acuerdo (valores 4 y 5). Puesto que en el primero de ellos el mayor porcentaje lo registra el completo desacuerdo con el 66,7% y en el segundo, el mayor porcentaje se observa en completo desacuerdo con el 90%.

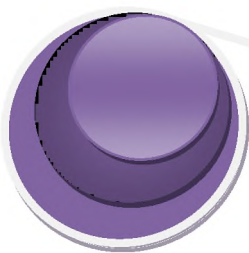
TABLA N°14: Medias y Desvíos Estándar en el Total de la Escala de Aspectos Favorables, Desfavorables y Puntuación Total del CSCV de acuerdo al total de la muestra.

n	TES		TED		PT	
	MEDIA	SD	MEDIA	SD	MEDIA	SD
30	3,83	0,68	2,12	0,61	1,70	1,09

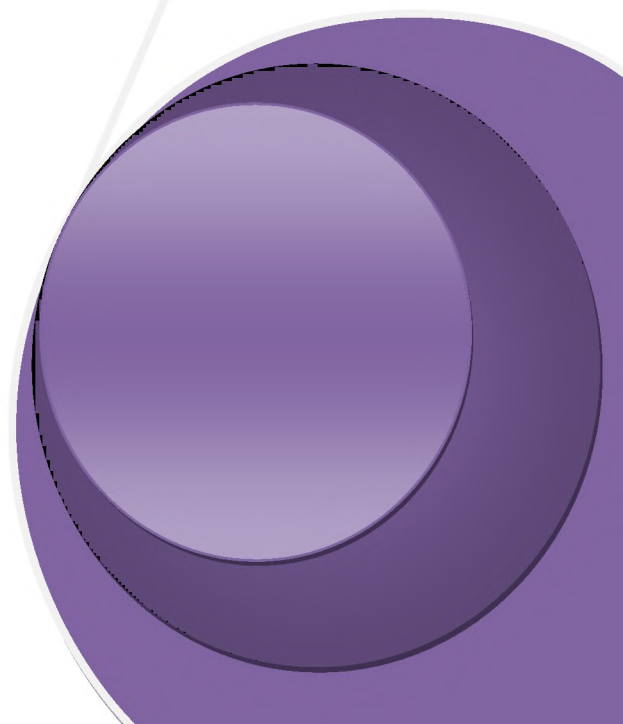
TABLA N°15: Ítems de la Escala de Aspectos Favorables y Desfavorables, con mayor porcentaje de acuerdo.

ESCALAS DEL CSCV	ITEM	% DE ACUERDO	FACTOR
Escala de Aspectos Favorables	-Estoy satisfecho/a con el trabajo/estudio que realizo.	80%	Satisfacción vital
	- Soy capaz de organizarme la vida diaria.	76,7%	Satisfacción vital
	-Me satisface la energía que tengo.	66,7%	Satisfacción vital
	-Yo decido como quiero vivir.	66,7%	Satisfacción vital
	-Me siento a gusto con la gente.	63,4%	Armonía
	-Estoy contento/a con lo que hago.	63,4%	Satisfacción vital
	-Cuando decido algo lo realizo.	63,4%	Autoestima

Escala de Aspectos Desfavorables	-Sufro cuando algo dentro de mí me impide hacer lo que quiero.	36,7%	Falta de energía
	-Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer.	36,6%	Falta de energía
	-Repetir una cosa muchas veces me alivia.	33,3%	Extrañamiento
	-Sufro porque estoy enfermo/a.	26,7%	Falta de control int
	-Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor.	26,6%	Dif. exp. Cognitiva
	-Me molesta estar estreñado/a.	26,6%	Falta de control int
	-Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no quiero ver.	23,4%	Falta de control int



Conclusión



CONCLUSIÓN

El objetivo principal de nuestra investigación consistió en explorar la percepción de la calidad de vida (CV) de las personas con padecimiento psíquico crónico que concurren a los talleres de T.O del Centro de Promoción Social de la ciudad de Mar del Plata, mediante la utilización del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV).

Dicho instrumento de evaluación específica, fue diseñado para personas con esquizofrenia, con el fin de evaluar el impacto que este padecimiento y su tratamiento tienen en la valoración individual y subjetiva de los aspectos que conforman la vida de estas personas, presentando buenas propiedades psicométricas, tanto en validez como en consistencia interna.

Es una escala binaria compuesta por la Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F), constituida por los factores *satisfacción vital, armonía y autoestima*, que engloba las perspectivas agradables, positivas y satisfactorias de la CV; y la Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D), que comprende los factores *falta de aprehensión cognitiva, falta de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, dificultad de expresión cognitiva, extrañamiento, miedo a la pérdida de control, hostilidad contenida y automatismo*, que hacen referencia a dimensiones desagradables, negativas o insatisfactorias de la CV.

Ahora bien, a partir de la investigación desarrollada pueden elaborarse algunas conclusiones. Si bien el trabajo ha sido de carácter exploratorio, y con una muestra reducida, no pudiendo identificarse diferencias estadísticamente significativas entre las variables exploradas, ni efectuarse generalizaciones, es posible realizar interpretaciones hipotéticas que podrán ser testeadas en futuras investigaciones.

En respuesta a los interrogantes planteados respecto a identificar según el CSCV cuáles son los factores de la CSCV-F y CSCV-D que aparecen con mayor y menor puntuación, a partir de los resultados obtenidos en nuestra investigación, podemos observar que:

- En la CSCV-F, la “*Satisfacción Vital*” es el factor más valorado, traduciéndose esto en que los Concurrentes se hallarían mayormente conformes con la organización y realización de sus actividades diarias, las decisiones que toman, sus ocupaciones, y la energía que poseen. En tanto la “*Autoestima*”, como la autovaloración mediada por la percepción de otras personas significativas, es el factor con menor valoración de los tres que componen la CSCV-F, no obstante, sin encontrarse diferencias significativas con respecto al factor más valorado de la escala. En el factor *Satisfacción Vital*, se halla que el mayor porcentaje de acuerdo lo obtiene el ítem “Estoy satisfecho/a con el trabajo/estudio que realizo”, seguido por “Soy capaz de organizarme la vida diaria”. En función de ello, podemos atribuir que los mismos se relacionan estrechamente con los objetivos de la institución dirigidos a brindar mayor autonomía en la planificación y realización de las actividades tanto de la vida diaria como laborales de los Concurrentes.
- Con respecto a la CSCV-D, la cual puede correlacionarse con los síntomas negativos de la esquizofrenia, se observa que los factores con menor valoración son el “*Miedo a la pérdida de control*”, entendido como el temor de la persona frente a su percepción de verse desbordado, tanto por las demandas del medio interno como externo, y la “*Hostilidad contenida*” que alude a la inhibición de conductas agresivas de naturaleza impulsiva. Mientras que los factores “*Falta de energía*” y “*Falta de control interno*”, son los que presentan mayor valoración y aluden, en el caso del primero, a un retraimiento o inhibición del funcionamiento del sujeto en las diferentes áreas de desempeño, contraponiéndose a la satisfacción vital; en tanto el segundo se refiere a

la dificultad de controlar impulsos, sentimientos y pensamientos generalmente displacenteros.

Al no observarse en los factores de CSCV-D valores medios elevados, se advierte que los aspectos negativos de la CV no son preponderantes entre los participantes de la muestra.

De acuerdo al objetivo que propuso analizar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de la Escala de Aspectos Favorables (TES), Escala de Aspectos Desfavorables (TED) y Puntuación Total (PT) del CSCV, según las variables intervinientes, referentes a las características sociodemográficas de la muestra seleccionada, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo cual, las mínimas diferencias halladas serían atribuibles al azar, y posible consecuencia de limitaciones propias de nuestro estudio como, el tamaño de la muestra seleccionada, la escasa diferencia en los intervalos por grupo de edad y el no haber implementado junto a la aplicación del cuestionario una entrevista abierta, que proporcionaría información adicional.

No obstante, mencionaremos algunas interpretaciones realizadas a partir de los resultados obtenidos:

- En relación al *grupo de edad* (20-40 años / 41-60 años) y comparando ambos grupos, observamos que quienes tiene mayor edad valoran de forma más positiva su CV. Esto podría estar asociado a un mayor tiempo de tratamiento dentro de la institución.
- En referencia al *género*, hallamos en las mujeres una valoración más baja en su CV respecto de los hombres, contrariamente a lo que esperábamos encontrar frente a lo expuesto en el marco teórico, donde el sexo femenino es un factor asociado a un mejor pronóstico. Haciéndonos pensar aquello que las mujeres presentarían una mayor valoración de su CV.

- De acuerdo al *lugar de residencia*, quienes residen en hogar, pensión u otros, valoraron más positivamente su CV que los que viven en casa, esto podría deberse a que la familia u otras personas significativas, en general influyen en la percepción que la persona tiene de sí mismo, es decir su autoestima, sobre lo que es capaz o no de realizar, sus capacidades y habilidades, ya que en general la visión de los familiares suele tener escasa relación con la satisfacción vital reportada por las personas con padecimiento psíquico y lo que las mismas consideran adecuado o conveniente para vivir en sociedad, lo que llevaría a que los mismos se centren más en los aspectos negativos de su CV. Lo mismo se presenta en la variable *núcleo conviviente*, en la cual, quienes viven solos hacen una valoración más positiva de su CV, en relación a los que viven acompañados por sus familiares u otros.
- Con respecto al *nivel de instrucción*, hay una marcada diferencia en la valoración que hacen de su CV, quienes tienen el secundario completo respecto de quienes completaron el nivel primario, valorándola los primeros más positivamente que los segundos. Esto podría deberse a una edad más temprana en el inicio de la patología en quienes tienen el nivel primario completo, y que los recursos con que cuentan para enfrentar diversos desafíos diarios, sean menos satisfactorios que aquellos que completaron el nivel secundario.
- En relación al *tiempo de tratamiento* y a la *etapa del Dispositivo en que se encuentra el Concurrente*, tal como esperábamos, las personas que llevan más de 24 meses de tratamiento, como las que se encuentran en la Tercera Etapa del mismo, refieren una mejor CV con respecto a los Concurrentes que llevan menos tiempo en la Institución y en Primera y Segunda Etapa. Lo cual sugeriría, que un mayor tiempo de tratamiento ha favorecido el desarrollo de habilidades para la competencia personal en las diferentes áreas ocupacionales de acuerdo a sus intereses, valores y expectativas; una mayor autonomía y asunción de roles significativos y socialmente valorados, lo cual promueve su estado de bienestar y satisfacción vital.

- Tomando en consideración el *tiempo de evolución de la patología*, pudimos observar que quienes tienen menos de 10 años de evolución, manifiestan en sus respuestas una mejor CV que quienes lo presentan hace más tiempo. Esto podría deberse al empeoramiento progresivo y global característico de la patología, que podrían mostrar algunos sujetos de la muestra, pese a su permanencia en los dispositivos y a la asistencia multidisciplinaria que brinda la institución.

Para finalizar, siguiendo los resultados obtenidos y respondiendo al problema planteado en nuestra investigación, podemos concluir que la percepción subjetiva de la CV del total de la muestra ha sido en general altamente satisfactoria, ya que los aspectos agradables, positivos de la CV fueron mucho más ponderados que los desagradables, negativos o insatisfactorios.

Es interesante remarcar que la CV de las personas es una amalgama de aspectos favorables y desfavorables, y no se limita a las condiciones reales y objetivas de vida, sino a la valoración que de ella hace el individuo de acuerdo a sus valores, expectativas, intereses, logros, comparando lo que ha obtenido con lo que esperaba obtener, por lo cual su percepción de la misma cambia con el tiempo y las circunstancias vitales, como puede ser durante el proceso de enfermar, el impacto de un padecimiento y el resultado de su tratamiento. Por ello, el proceso terapéutico será efectivo en la medida en que dicho espacio facilite la toma de decisiones en relación a los intereses, donde la persona pueda experimentar el logro y la competencia personal, se favorezca la relación y colaboración con otras personas en la consecución de estas metas, pero fundamentalmente respetando la perspectiva de lo que cada uno considera mejor para su proyecto de vida, es decir valorando la calidad de vida desde la mirada del que padece.

Sería interesante poder realizar en investigaciones futuras un estudio de tipo longitudinal de la misma muestra, para conocer y comparar si existen cambios significativos en la CV de los Concurrentes, dado que el CSCV es un instrumento que permitiría detectarlos. Por ello, se sugiere también, implementar este cuestionario como instrumento de seguimiento y complementario a las evaluaciones empleadas en cada dispositivo durante el proceso terapéutico, para determinar la respuesta a las intervenciones de Terapia Ocupacional, puesto que la CV es un importante mediador de otras variables significativas como la satisfacción, la adhesión al tratamiento y el logro de roles sociales y vocacionales significativos para la persona; aspectos de incumbencia fundamentales en nuestro quehacer profesional.

También proponemos la realización de un estudio de tipo cualitativo, con el fin de observar si el comportamiento de las variables intervinientes es diferente desde dicha perspectiva y proporciona mayor riqueza en el análisis de las mismas.

Desde lo personal, llevar a cabo este estudio, nos permitió aproximarnos al desempeño del rol de profesionales de la salud que seremos en un futuro. El contacto con los Concurrentes durante el proceso de recolección de los datos y la implementación del cuestionario, resultó una experiencia enriquecedora a nivel personal y profesional, que además nos brindó la oportunidad de tratar con un grupo de profesionales, quienes no sólo nos transmitieron la información necesaria para realizar este trabajo, sino también su vocación y calidad humana.

FE DE ERRATAS

A continuación se desarrollan aspectos complementarios a las conclusiones expuestas con anterioridad:

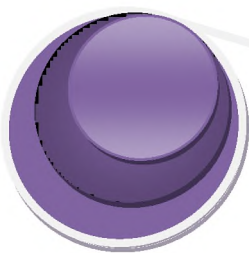
Dado que en la Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F), el factor Satisfacción vital, es el más valorado de los tres que componen esta escala, y en el cual, los ítems "*Estoy satisfecho con el trabajo/estudio que realizo*" y "*Soy capaz de organizarme la vida diaria*" son los que presentan mayor porcentaje de acuerdo entre los participantes de la muestra, se considera oportuno complementar este cuestionario con *escalas de evaluación para A.V.D e I.A.D.L*, y comparar la percepción con el desempeño real del Concurrente en dichas actividades.

En función de los resultados obtenidos, estimar la pertinencia de implementar un *Taller de A.V.D/ I.A.D.L*, puesto que, como es sabido, el déficit en estas áreas de desempeño es un denominador común en las personas con padecimiento psíquico crónico e influyen negativamente en su recuperación y calidad de vida.

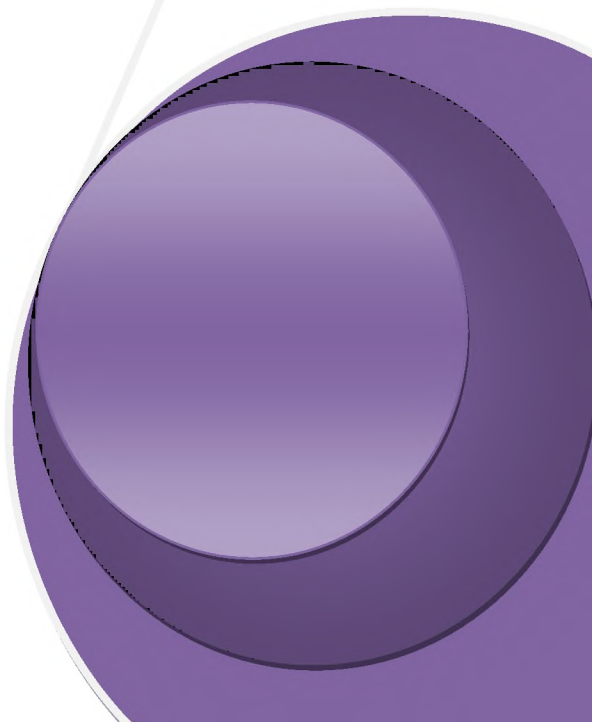
Del mismo modo, contemplar la administración de *Listados de Roles e Intereses* (M.O.H.O) junto a la aplicación del cuestionario puede aportar información adicional, teniendo en cuenta que en la Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D) los factores "Falta de energía" y "Falta de control interno" correspondientes a la esfera de la inhibición, inmersa en el mundo afectivo y en relación con su deterioro, son los que presentan mayor valoración y conllevan dificultades en el funcionamiento del sujeto en las diferentes áreas de desempeño. Siendo los ítems "*Sufro cuando algo dentro de mí me impide hacer lo que quiero*" y "*Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer*" los de mayor porcentaje de acuerdo.

Por tanto, teniendo en cuenta los resultados de la investigación y que un componente fundamental de las actividades instrumentales de la vida diaria lo constituyen la interacción con el entorno y la participación social, aspectos disfuncionales en personas con padecimiento psíquico, y sumado a los síntomas negativos que producen una disminución de la motivación, el interés y el placer para el desarrollo de actividades; se sugiere, considerar la implementación de un *Taller de Habilidades Sociales*, con el objetivo de adquirir destrezas para expresar y comunicar, de manera adecuada, los afectos, deseos, opiniones y expectativas, respetando los derechos propios y ajenos y modificar las conductas de relación interpersonal que se poseen, pero son inadecuadas. Asimismo, planificar acciones, desarrollar habilidades para resolver problemas y situaciones dilemáticas, hallando soluciones diferentes y evaluando las posibles consecuencias de cada una.

En resumen, se pretende que los Concurrentes puedan obtener herramientas para mejorar sus habilidades comunicativas y de interrelación, modificando las conductas o maneras de vincularse que resulten inapropiadas y adoptando conductas socialmente aceptables que les permitan resolver y enfrentar de manera efectiva situaciones problemáticas, identificando sus propios intereses y los de los demás, logrando un manejo adecuado de sus emociones y sentimientos y comprendiendo los de los otros.



Bibliografía



BIBLIOGRAFÍA

- A.I.Pe. *Proyecto Institucional Centro de Promoción Social*. Mar del Plata, 2014. Informe suministrado por la Dirección del CPS. Fuente: L, S. Co-directora de AIPe.
- Álvaro J. L. Román Reyes “*Salud Mental, Diccionario crítico de Ciencias Sociales*”. Universidad Complutense de Madrid. Ed. Plaza y Valdez, Madrid y México 2009.
- Artola, S.; Fernández, S. y Sosa, T. “*Adolescentes con padecimiento psíquico y salud mental: atribuciones y significados de los actores sociales involucrados*”. UNMDP. Fac. Cs. de la Salud y S.S. Lic. en S.S. Tesis de grado 2005.
- Auzmendis, A. L., “*Terapia Ocupacional. Evaluación de la Calidad de Vida en Adultos Mayores Institucionalizados*”. Tesis de Grado Lic. para Graduados en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social .UNMDP. 2004.
- Cané, S., Di Tulio, M. y Martínez, A. J., “*Calidad de vida en niños y adolescentes con mielomeningocele*”. Tesis de Grado Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 2011.
- Cardenas G., “*El Juicio de insania y la internación psiquiátrica*”. Ed. Astrea 1985.
- Cohen, H. y Natella, G. “*Trabajar en Salud Mental, la desmanicomialización en Río Negro*”. Lugar Editorial S.A. 1995.
- Derito, M. N. “*Breve consideración histórica sobre la nosografía psiquiátrica*”. *Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 13, N° 3, noviembre de 2006.
- Dimauro, M. “*Salud mental y sociedad. Más allá de lo endógeno: Principios marco para una psiquiatría humanística.*” Ed. El Ateneo. 1995.
- Escalada, R. A. et. al. (comp), “*Investigaciones interdisciplinarias en salud mental*”, Rosario: Laborde, 684 pp., pp. 19-28, ISBN: 978-987-1315-95-6.

- Ey, H. *“Tratado de Psiquiatría.”* Ed. Masson, S.A.
- Fama, M. Herrera, M. Pagano, L. *“Salud Mental en el derecho de familia”*. Editorial Hammurbi. Año 2008.
- Fidler, Gail S., *“La Performance Estilo de Vida. Desde un Modelo Conceptual”*. AJOT. Vol. 50, Number 2. February, 1996.
- Foucault, M. *“El sentido histórico de la alienación mental”*. *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona, Ed. Paidós, 1984.
- Foucault, M., *“Historia de la Locura en la Época Clásica.”* Ed Paidós. 1980.
- Foucault, M; *“Historia de la Locura en la Época Clásica”* Tomo I. Editorial Fondo de Cultura Económica. Argentina 1967.
- Galende y cols. *“Políticas en salud mental.”* Lugar Editorial S.A. 1994.
- Galende, E. *“Psicoanálisis y Salud Mental”*. Ed. Paidós. Bs. As. 1994
- Galende, E. y Kraut, A. *“El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos.”* 1ra. ed. Buenos Aires. Lugar Editorial, 2006.
- Hopkins, H. L.; Simth, H. D. Willard/ Spackman. *“Terapia Ocupacional”*. Ed. Médica Panamericana. España, 2001.
- Huletche, A y Delgado, L. *“La función social de la locura. Una mirada desde el poder”*. Ed. Espacio. 1998.
- Kazi, G. *“Salud mental y derechos humanos: subjetividad, sociedad e historicidad”*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. 1ra. Edición. Buenos Aires 2004.
- Kenberg, O. *“Trastornos graves de la Personalidad”*. Editorial Manual Moderno. 1992.
- Kraut, A. *“La Salud Mental ante la Ley”*. Apunte de la cátedra de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.2006. UNMdP.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. *“Diccionario de Psicoanálisis”*. 1ra ed. 6° reimp. Editorial Paidós. Buenos Aires 2004.
- López, Ibor Aliño, J. J. *DSM IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed. Masson S.A. Versión española 1995.

- Lopizzo, G. y Rodriguez, N. *“Calidad de Vida en Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico y Artritis Reumatoidea”*. Tesis de Grado Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social UNMDP. 2002.
- Madrid Mazorra, F.J *“Rehabilitación Psicosocial y Terapia Ocupacional: una nueva visión desde el modelo de ocupación humana.”* 2004.
- Normativas de la Dirección Nacional de Salud Mental. Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Año 2010.
- Paganizzi, L y Otros. *“Terapia Ocupacional Psicosocial: Escenarios clínicos y comunitarios”*. 1ra. Edición. Ed. Polemos. Bs. As. Año 2007
- Passerini, A. *“Impacto sobre la CV de las personas de edad que han desarrollado el Síndrome Doloroso Regional Complejo Tipo I”*. Tesis Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 2005.
- Pellegrini, J. *“Salud es sin encierros”*. Ed. Payne 2011.
- Pellegrini, M. *“Fundamentos del Paradigma de las Ciencias de la Ocupación (Yerxa)”*. Terapeutas Ocupacionales del Servicio Andaluz de Salud. Temario parte específica, volumen I. Editorial MAD 2007.
- Polonio Lopez, B. et. al. *“Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional”*. Ed. Médica Panamericana. 1ra. Edición. Madrid 2001.
- Revista Materia Prima: *“El Proceso de Desinstitucionalización: una apuesta a la vida digna”*. N° 9. Septiembre- Octubre 1998.
- Saraceno, B. *“La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible.”* Ed. Pax México. México, 2003.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. Nueva York: John Wiley.
- Tolomio, V. *“Derechos Humanos: Interacciones entre el derecho y la salud” contradicciones en la práctica cotidiana*. Diplomatura Políticas de Salud Mental y Derechos Humanos. Facultad de Derecho. Universidad Nacional de Mar Del Plata. 2009.

- Tolomio, V. Trabajo Final: “Programa de alta con acompañamiento en la comunidad: Construcción de una alternativa posible de reinserción socio comunitaria.” (*Al rescate de una práctica psicosocial real...*). Asignatura: Problemáticas sociales: Efectos de la subjetividad y el padecimiento psíquico. Diplomatura en políticas de Salud mental y Derechos Humanos. Mar del Plata. Marzo 2010.

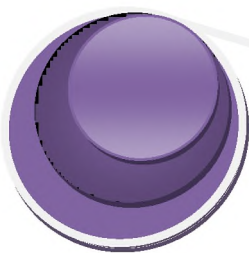
BIBLIOGRAFIA ELECTRÓNICA Y ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- Alvarado, R. M. y Muñoz León, K. “Estudio Psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la calidad de vida en personas con trastornos mentales severos, en una muestra Chilena”. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*; 44 (4):249-257. Chile 2006.
- Ausburguer, A. C. “La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología”. *Psicología & Sociedade*; 16(2): 71-80; mayo-agosto. 2004.
- Bianchi, M. ¿Qué derechos para el enfermo mental? II° Encuentro Internacional de la red Interuniversitaria de Investigación en Psicoanálisis y Derecho. Material disponible en: <https://www.kennedy.edu.ar>. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2014.
- Bobes, J., et. al. “Calidad de vida y psiquiatría.” *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*. Enero- Marzo 1996, España.
- Cantero Garlito, P; Blanco Vila, M. Artículo: “La Terapia Ocupacional en un Centro de Rehabilitación Psicosocial”. V Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/TO_centro_rhb_psicosocial.shtml. Fecha de consulta: 29 de Agosto de 2014.
- Caqueo Urizar, A. y Lemos Giráldez, S. “Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una

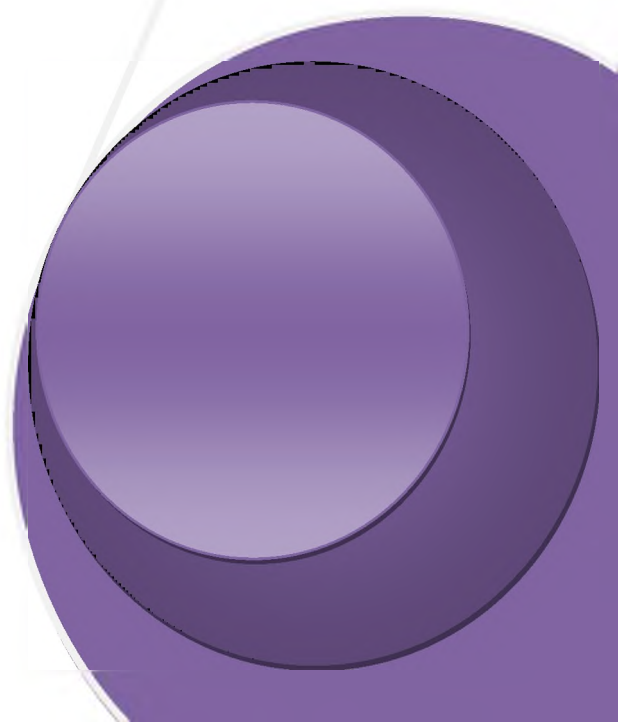
- comunidad latinoamericana*” *Psicothema* Vol. 20 N° 4, pp 577-582. Chile 2008. Disponible en: www.psycothema.com. Fecha de consulta: 13 de agosto de 2013.
- Caqueo-Urizar, A. et. Al. “*Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile.*”. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*; 5 (2):121-126. Barcelona. España 2012. Disponible en: www.elsevier.es/saludmental. Fecha de consulta: 13 de Agosto de 2013.
 - Cavieres, A y Valdebenito, M; “*Funcionamiento cognitivo y Calidad de Vida en esquizofrenia*”. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2005; 43 (2): 97-108.
 - Croxatto, L. G. “*La Salud Mental (en la Argentina): dos paradigmas en pugna.*” *Lecciones y Ensayos*, N° 90. Año 2012.
 - Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. 26 de agosto de 1986. Disponible en: <http://mentalillness.espacioblog.com/post/2006/02/24/declaracion-los-derechos-humanos-y-la-salud-mental>. Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2014.
 - Galende, E; Conferencia: “*Desmanicomialización Institucional y Subjetiva*” *Psicoanálisis - Vol. XXX - N° 2/3 - 2008 - pp. 395-427.*
 - Giner, J. et. al. “*Calidad de Vida en enfermos esquizofrénicos. Desarrollo de un instrumento español para su evaluación: el Cuestionario “Sevilla”. Fases iniciales.* Vol II, N° 9. *Anales de Psiquiatría*. Madrid 1995, España.
 - Giner, J. et. al. “*Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV).*” *Actas Luso- Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines.*, Vol. 25, Supl. 2 (11-23). España. 1997.
 - Giner, J. et. al. “*Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia*” *Actas Españolas de Psiquiatría*; 29 (4): 233-242. España 2001.
 - Gómez, M.; Sabeh, E. N. “*Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.*” Instituto Universitario de

- Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. Publicaciones INTEGRA, número 9, junio de 2000.
- Gutierrez- Maldonado, J. et. al. *“Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores”* Psicothema Vol. 24 N°2, pp. 255- 262. Chile 2012. Disponible en: www.psicothema.com, Fecha de consulta: 13 de agosto de 2013.
 - Ibáñez, E. et. al. *“El cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas.”* Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. Vol. 25, Suplem. 2, España 1997.
 - Leal, C., y Cols. *“Psicopatología y calidad de vida”*. Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines., 25, Supl. 2 (32-36). España 1997.
 - Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Año 2011. Disponible en: http://www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/ley_nacional_26657.pdf. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2014.
 - Muñoz León, K. *“Comparación de la Calidad de Vida en personas con trastornos mentales severos que han tenido o no intervenciones de rehabilitación psicosocial en la Región Metropolitana, 1998.”* Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile, 2006.
 - Pérez Pacho, F. y Lozano Alemany, V Artículo: *“Reflexiones en torno a la Rehabilitación Psicosocial”*. Ciutadella, julio de 2003.
 - Petkari, E; *“Determinantes Longitudinales de Calidad de Vida en Esquizofrenia: un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA”*. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado en Psiquiatría y Servicios Comunitarios. Granada. Junio 2010.
 - Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. Disponible en: <http://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/DI-ONUAG46-119.pdf>. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2014.

- Rodríguez-Vidal, et. al. *“Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos.”* Aquichan, vol., 11, núm 1, pp. 66 – 76, Universidad de La Sabana, Colombia, abril 2011.
- Roselló, P. y Tenías Burillo, J.M. *“Estudio de seguimiento a cinco años de la psicosis aguda: evolución diagnóstica y adaptación psicosocial.”* Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría; 32 (114), 261-270. España 2012.
- Sañudo Corrales, J. et. al. *“Calidad de vida subjetiva y síntomas psicóticos básicos en pacientes con esquizofrenia en distintos recursos asistenciales: un estudio preliminar.”* Anuario de Psicología Clínica y de la Salud; 6 (2010): 67-72.
- Seoane, J. *“Estilos y tipos de calidad de vida en el Cuestionario Sevilla.”* Artículo de revisión. Actas Españolas de Psiquiatría; 27(4):245-249. España 1999.
- Valdebenito V. M. et. al. *“Autoevaluación de personas enfermas de esquizofrenia, empleando el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)”* Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría; 46 (4): 255-262. Chile 2008.
- WHO. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. *“Promoción de la Salud. Glosario.* Ginebra. 1998. Disponible en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf



Anexo I



Centro de Promoción Social-AIPe - Centro de día y Hogar⁹³

“Generar modelos de inclusión para promover el respeto de la dignidad de la persona a través de la prevención, tratamiento e integración psicosocial”. (Misión de AIPe)

Reseña Histórica

Por convenio firmado entre el Hospital Interzonal Gral. de Agudos Dr. Oscar Alende (HIGA), Caritas Diocesana Mar del Plata y A.I.Pe. (Asociación Integradora de Personas con Padecimientos Psíquicos, Personería Jurídica N° 16.357) con fecha 26 de Agosto de 1997 se puso en funcionamiento el **Centro de Promoción Social (CPS)**, **Centro de Día** destinado a Personas con Padecimientos Psíquicos Crónicos.

Al trasladarse en el año 2001 a su sede actual, sita en la calle Valencia 6455, Cáritas queda fuera del convenio por acuerdo mutuo. En agosto del 2007 se puso en funcionamiento el **Hogar**, y en octubre de 2008, por falta de firma de convenio, se retiró la representación del HIGA de la Dirección, quedando el CPS dirigido por A.I.Pe. A pesar de dicha situación, dado el **CARÁCTER SOCIAL DEL PROYECTO** se prosigue con la atención de pacientes hospitalarios y sin cobertura social, con gestiones de firma de convenio.

Propuesta terapéutica del CPS

Esta proyecto surgió ante la carencia de una respuesta integral a las instancias de asistencia de un sin número de personas en situación de riesgo

93 A.I.Pe. Proyecto Institucional Centro de Promoción Social. Mar del Plata, 2014. Informe suministrado por la Dirección del CPS. Fuente: L, S. Co-directora de AIPe.

social por desventajas en su integración familiar y/o laboral, y/o social a consecuencia de la cronicidad y dificultades en las condiciones adaptativas en que su situación los había sumido. Éstas personas al superar su descompensación deambulaban por las distintas instalaciones sanitarias en busca de una respuesta ó bien centrando su vida en su “rol de enfermos” y funcionando como tales, donde el destino final de la mayoría de estas personas estaría signado por una única posibilidad: la internación manicomial.

La propuesta terapéutica implementada por el CPS se nutre del campo de la salud mental y de la discapacidad, de la perspectiva de lo social como intento de recuperación de la integridad del individuo dentro de su contexto familiar y social, con igualdad de derechos.

Parte de una concepción del hombre como ser biológico, psicológico, social y espiritual entramado en las reglas y lazos inconscientes de su sistema familiar trans-generacional en continuo proceso de evolución.

Se fomenta la participación activa en la construcción de un nuevo Proyecto de Vida, surgido éste de un proceso de reconocimiento de los propios recursos de su sistema familiar, y de comenzar a hacer consciente los lazos inconscientes que dificultaban el surgimiento de su destino personal.

A nivel institucional se propició el compromiso de distintos sectores de la comunidad, con los cuales se efectuaron acuerdos de coparticipación en el intento de socializar la problemática de ésta población, a la vez de constituir un importante recurso para la prosecución del objetivo principal: una inserción social más satisfactoria.

La principal población del CPS son personas con internaciones psiquiátricas prolongadas, recurrentes, los llamados “pacientes crónicos” que han sido excluidos no sólo del ámbito familiar, sino del resto de los contextos sociales, transcurriendo su vida para dar cumplimiento al “rol de enfermos”.

La distinción que marca la tarea del CPS es el corrimiento efectuado de tratar patologías a tratar personas, esto en sí mismo es transformador de todos los actores de la Institución. Los beneficiarios, dejan de ocupar un lugar pasivo para ocuparse de sus proyectos de vida. Siendo la asistencia al CPS, el primer “para que” que comienza a dar sentido a su cotidianidad. Los profesionales

facilitan el proceso desde su “ser personas” y no sólo desde una técnica o teoría determinada, a la vez de efectuar el pasaje de actitudes paternalistas y de dominación por el saber, a actitudes de respeto por “un otro” que tiene su individualidad y sus propios saberes.

Todas las actividades programadas son pensadas en función del objetivo, y su acción modificadora tiene tanto que ver con lo que se hace deliberadamente como con el vínculo afectivo que se establece entre los participantes. **Lo que integra, lo que cambia, lo que posibilita vivir mejor; es la experiencia compartida.**

Fundamentación

El concepto de discapacidad desde nuestra visión institucional se asocia íntimamente al de padecimiento psíquico y más aún a su cronicidad, surge del espíritu de la Ley Nacional 22.431 reflejado en Art.2° que dice textualmente: “se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o psíquica que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

Apoyándonos en los Artículos citados consideramos que el CPS cumple suficientemente con lo exigido en estas leyes pudiendo desarrollar las premisas legisladas. Y colocando el énfasis, más que en la causa, en los efectos discapacitantes severos o profundos que producen los padecimientos psíquicos, y en las posibilidades que permitan mayor nivel de integración en las distintas áreas, contando para esto con un equipo técnico profesional multidisciplinario. Incluye un conjunto de medidas sanitarias, socio culturales, científico técnicas, económicas, políticas, legislativas y organizacionales; dicha atención debe orientarse al establecimiento de redes de servicios que sustituyan al modelo asilar.

Población destinataria

Los destinatarios son personas adultas, de ambos sexos, con padecimiento psíquico crónico. No se establece límite de edad, por considerarse adecuada la integración intergeneracional. Se reciben derivaciones de entidades estatales y privadas (obras sociales, pre-pagas) que seleccionen esta modalidad de atención. Actualmente la población del CPS está constituida por 120 concurrentes.

Objetivos

- Establecer el concepto de comunidad intermedia como alternativa a las macroinstituciones y como parte integrada a la red de sostén comunitaria.
- Coordinar recursos humanos y materiales provenientes de distintas instituciones públicas o privadas.
- Dar cobertura a necesidades esenciales de personas con discapacidad por Padecimiento Psíquico crónico.
- Lograr la máxima independencia personal fomentando hábitos de higiene, de responsabilidad ante tareas comunitarias, ante los circuitos de formación laboral y de cumplimiento de las indicaciones del profesional tratante.
- Ampliar sus redes sociales con la comunidad de pares y potenciar su integración familiar, al trabajar diariamente en el análisis de los vínculos que va promoviendo en la convivencia diaria en la Institución.
- Integrarse al medio social en que habita.
- Facilitar el descubrimiento de intereses particulares que incentiven la organización de su proyecto de vida.
- Sensibilizar a la comunidad para la participación activa.

- Apoyar a la familia o grupo de convivencia en el descubrimiento de sus potencialidades como recurso de contención afectiva y de responsabilidad compartida.

Actividades generales

Se implementa a través de la convivencia y la actividad compartida con repercusión indirecta en el grupo familiar y comunitario. Asimismo se propician actividades de integración en el grupo familiar o conviviente a través de seguimientos domiciliarios o entrevistas familiares en sede y de integración comunitaria desde la participación en eventos culturales de la ciudad y espectáculos públicos. Se favorece el encuentro de los integrantes del Centro fuera de los horarios de funcionamiento.

Centro de Día

Definición

Definimos al Centro de Día como un ámbito de contención afectiva y desenvolvimiento personal brindado a aquellas personas que por su nivel severo o profundo de discapacidad no estén en condiciones de realizar un tratamiento de rehabilitación, donde se implementarán actividades tendientes a estimular, desarrollar e internalizar pautas de convivencia y de socialización (hábitos relacionados con las actividades de la vida cotidiana, capacitación laboral, expresión artística, etc.) para alcanzar en cada beneficiario el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

Objetivos

- Lograr la máxima independencia fomentando la responsabilidad en distintas áreas: cuidado personal y de su hábitat, en tareas comunitarias, aprendizaje de hábitos laborales.
- Facilitar el descubrimiento de intereses particulares que incentiven la organización de su proyecto de vida.
- Acompañar a la comunidad en el proceso de integrar a todas las personas, sin exclusión.
- Integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia, apoyando y orientando a la familia.
- Evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional.
- Desarrollar actividades de acuerdo a las posibilidades de los Concurrentes.

Admisión

Requisitos:

- 1- Derivación y diagnóstico de Médico Psiquiatra tratante (original y copia).
- 2- Resumen de Historia Clínica del Médico Psiquiatra tratante (original y copia).
- 3- Dos (2) Fotocopias certificado de Discapacidad, otorgado por Ente Oficial Nacional (Zona Sanitaria VIII) o Provincial (INAREPS).
- 4- Informe de Médico Clínico.

Aprobación:

La misma se realiza por entrevista de evaluación tomada por las Equipo Directivo y Profesional del Área de Psiquiatría.

Ingreso

El Concurrente debe asistir con Familiar y/o Representante legal, para formalizar la Solicitud de Ingreso y el Consentimiento Informado. Los

beneficiarios ingresan al Circuito Cotidiano Integrador (1era Etapa de Centro de Día), cumpliendo un período de adaptación de tres meses como Concurrente condicional. El familiar o representante legal, debe atenerse a dar cumplimiento a las normas, condiciones y requisitos del Centro de Promoción Social.

Condiciones de permanencia:

- Cumplir las pautas establecidas por el Centro de Promoción Social.
- Evidenciar conductas que aseguren su integridad física y la de los demás.
- Justificar las inasistencias.
- No exceder los 20 días de ausentismo o faltas injustificadas en el año. En caso contrario se considera la baja del tratamiento.

Condiciones de egreso:

- No ajustarse a las condiciones de permanencia en la Institución, ya sea por incumplimiento de las pautas establecidas o bien por grave dificultad de adaptación a las normas de convivencia.
- Modificación de sus condiciones psico-físicas de forma tal que sea imposible su permanencia en el Centro de Día, y requieran para su atención otro tipo de servicio especializado.
- Alcanzar niveles de desarrollo que le permitan acceder a servicios educativos, terapéuticos y/o laborales más adecuados a su nueva situación.
- Cambio de residencia a otra localidad.
- Solicitud de Baja por parte del beneficiario y del familiar/representante legal.
- Cumplimiento de los Objetivos.

Etapas y Taller Integrado del Centro de Día

Para cumplimentar el objetivo de Rehabilitación PsicoSocial, se establecen en el tratamiento Etapas (Dispositivos Evolutivos) y Taller Integrado (Dispositivo Alternativo), a saber:

- 1era ETAPA de Centro de Día: CIRCUITO COTIDIANO INTEGRADOR.
- 2da ETAPA de Centro de Día: TALLERES TERAPEUTICOS LABORALES.
- 3er ETAPA de Centro de Día: REINSERCIÓN SOCIOCUMUNITARIA con Encuentro Quincenal y REINSERCIÓN SOCIOCOMUNITARIA con Acompañamiento Mensual (Pre-alta).
- TALLER INTEGRADO.

1. Primera Etapa de Centro de Día: Circuito Cotidiano Integrador: Dispositivo Terapéutico inicial del Centro de Día, que se caracteriza por ser un ámbito de contención afectiva, donde el Concurrente está estimulado por diferentes estrategias grupales, con la finalidad de comenzar a centrarse en su “ser persona” para empezar a contactarse con otros vínculos, comenzando a adquirir su “sentido de permanencia”.

Objetivos Generales:

- Incentivar la construcción de un proyecto de vida con integración al medio social.
- Favorecer el desarrollo de las potencialidades e intereses particulares.
- Promover el desarrollo de actitudes positivas con el fin de estimular la iniciativa del cuidado personal.
- Estimular la adhesión al tratamiento psicofarmacológico por medio del taller de medicación.
- Fomentar el conocimiento necesario sobre diferentes enfermedades infecto contagiosas con el fin de prevenirlas.

- Disminuir sintomatología aguda y actuar a largo plazo sobre la crónica apuntando a la estabilización del cuadro psiquiátrico de base.
- Incluir al resto de la familia como eslabón necesario de tratamiento, intentando juntos descubrir patrones relacionales, las potencialidades y las dificultades; tendiendo a un trabajo de responsabilidad compartida.
- Propiciar la integración con sus pares.
- Fomentar la reintegración con su grupo familiar o red vincular.
- Estimular el trabajo en redes sociales.
- Fomentar la integración del Concurrente en la realización de diferentes ocupaciones significativas.
- Desarrollar actividades cotidianas y de cuidado personal para promover la independencia personal, aumentar el desempeño funcional y la integración comunitaria, mejorando así la calidad de vida.
- Favorecer la adquisición de actitudes laborales satisfactorias.
- Estimular los diferentes procesos cognitivos (atención, memoria, pensamiento, juicio, razonamiento, etc.)

Actividades:

El horario de funcionamiento es de 7 horas a 14 horas, de lunes a viernes durante los doce meses del año. Se respetan los feriados.

Las actividades organizadas en forma grupal son las siguientes: Asamblea de inicio y cierre de semana - Talleres de: Formación Laboral, Estimulación Cognitiva, Artes Plásticas, Yoga, Música, Teatro, Informática y Medicación (Individual y Familiar) - Encuentros Familiares - Supervisión de Casas de Convivencia - Desayuno y almuerzo.

2. Segunda Etapa de Centro de día: Talleres Terapéuticos Laborales: Se considera TTL, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Reglamentario de la Ley 22.431: "Al establecimiento público o privado en relación de dependencia con una entidad de rehabilitación de un efector de salud, y

cuyo objetivo es la integración social a través de actividades de adaptación y capacitación laboral, en un ambiente controlado, de personas que por su grado de discapacidad, transitoria o permanente no pueden desarrollar actividades laborales competitivas ni en talleres protegidos productivos”.

Objetivo General:

Desarrollar e implementar diferentes Talleres Terapéuticos Laborales con la finalidad de:

- Constituir un ámbito para que las personas con padecimiento psíquico puedan desarrollarse laboralmente.
- Desarrollar actividades orientadas a adquirir hábitos laborales, disciplina y competencia para el trabajo autónomo.
- Trabajar la resolución de conflictos surgidos en la vida cotidiana institucional.
- Lograr la mayor autonomía posible en relación a la preparación y administración de la medicación.
- Fomentar el conocimiento necesario sobre diferentes enfermedades infecto contagiosas con el fin de prevenirlas.
- Crear un espacio de cuidado, la identificación con otro que comparte circunstancias semejantes.
- Iniciar una proyección vocacional - laboral para su reinserción socio comunitaria.
- Facilitar la autonomía de los integrantes del Taller para detectar y resolver problemas.

Actividades:

Los TTL funcionan de lunes a viernes de 7 a 12 hs. Implementando actualmente los siguientes Talleres: ACUARISMO, COCINA ARTESANAL, TEJIDO ARTESANAL, RECICLADO DE PAPEL Y DISEÑO GRAFICO E IMPRESIONES.

Las actividades organizadas son las siguientes: Supervisión de Equipo de Profesionales - Capacitación laboral - Asamblea semanal grupal - Asamblea mensual general - Taller de medicación semanal - Supervisión de Casas de Convivencia - Encuentros Familiares -Terapias Individuales - Desayuno y almuerzo.

3. Tercera Etapa de Centro de Día: reinserción Socio-Comunitaria con encuentro quincenal: Dispositivo Terapéutico del Centro de Día, que se caracteriza por realizar el seguimiento quincenal de aquellas personas egresadas de los Talleres Terapéuticos Laborales, que lograron en distintos sectores de la comunidad alguna reinserción socio-laboral.

Objetivo General:

- Incentivar la construcción de un proyecto de vida con integración al medio social.
- Elaboración de un Proyecto de Vida.
- Estimular la reinserción en una actividad en el afuera.
- Responsabilizarse en el reconocimiento temprano de los síntomas de su enfermedad, a fin de evitar abandono del tratamiento farmacológico.
- Supervisión de adquisición de habilidades del tratamiento psicofarmacológico, aprendidas en el taller de medicación.
- Práctica del conocimiento necesario sobre diferentes enfermedades infecto contagiosas con el fin de prevenirlas.
- Continuar promoviendo la participación del resto de la familia como eslabón necesario de tratamiento, intentando juntos descubrir patrones relacionales, las potencialidades y las dificultades; tendiendo a un trabajo de responsabilidad compartida.
- Fomentar la integración del Concurrente en la realización de diferentes ocupaciones significativas.

- Desarrollar actividades cotidianas y de cuidado personal para promover la independencia personal, aumentar el desempeño funcional y la integración comunitaria, mejorando así la calidad de vida.

Actividades:

Se realizan Encuentros Grupales en forma quincenal para seguimiento. Además se implementan Talleres Productivos para aquellos Concurrentes que presentan dificultades en la Inserción Socio-Comunitaria.

Las actividades organizadas son las siguientes: Supervisión y coordinación de Equipo de Profesionales - Tratamiento grupal cada 15 días - Talleres Productivos - Trabajo Social – Enfermería - Control psicofarmacológico y Taller de Medicación quincenal - Encuentros Familiares - Terapias Individuales - Supervisión de Casas de Convivencia - Almuerzo (opcional).

Talleres Productivos: Los Talleres Productivos funcionan de lunes a viernes de 14 a 18hrs. Actualmente se están implementados los siguientes: COCINA ARTESANAL, TEJIDO ARTESANAL, Y DISEÑO GRAFICO E IMPRESIONES, HUERTA/ JARDINERÍA, OFILINE.

4. Reinserción Socio-Comunitaria con Acompañamiento Mensual (pre-alta): El seguimiento mensual se realiza con aquellas personas que se encuentran insertas laboralmente en forma estable, o ya lograron tener mayor autonomía e independencia para sostener y generar proyectos laborales. Se caracteriza por el cierre de gestiones.

Objetivos Generales:

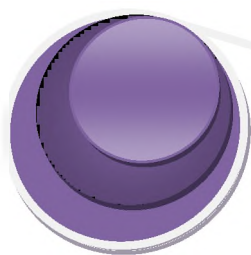
- Lograr la construcción de un proyecto de vida con integración al medio social.
- Favorecer el desarrollo de las potencialidades e intereses particulares en el ámbito extrainstitucional.

- Reconocimiento temprano de los síntomas de su enfermedad, a fin de evitar abandono del tratamiento farmacológico.
- Práctica del conocimiento necesario sobre diferentes enfermedades infecto contagiosas con el fin de prevenirlas.
- Crear en la familia conciencia de sistema, siendo todos partícipes de los ordenes jerárquicos correspondientes, con sentido de pertenencia, finalizando un trabajo de responsabilidad compartida a lo largo del tratamiento.
- Lograr una adecuada inserción sociocomunitaria de la persona.
- Lograr la mayor autonomía posible en relación a la preparación y administración de la medicación.
- Preparar al Concurrente para el alta del tratamiento.

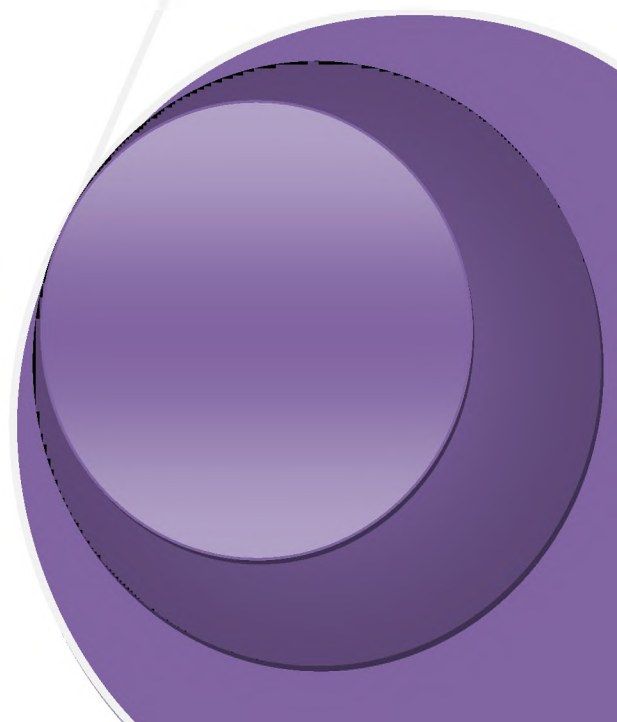
Actividades:

Las actividades implementadas en esta Etapa, son de carácter extrainstitucionales, ya que se prepara al Concurrente para el Alta de tratamiento.

Las mismas son: Supervisión y coordinación de Equipo de Profesionales
- Trabajo Social - Control psicofarmacológico – Enfermería - Taller de Medicación mensual - Encuentros Familiares - Terapias Individuales - Supervisión de Casas de Convivencia.



Anexo II



Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) ⁹⁴						
ESCALA FAVORABLE						
1. Consigo lo que quiero	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
2. Los demás aprueban mi forma de ser	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
3. Cuando decido algo lo realizo	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
4. Estoy contento/a con lo que hago	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
5. Me gusta como soy	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
6. Tengo aficiones que distraen y llenan mi tiempo libre	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
7. Me siento a gusto con la gente	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
8. Distribuyo bien mi tiempo	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
9. Me siento a gusto con mis pensamientos	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
10. Yo decido cómo quiero vivir	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
11. Soy capaz de organizarme la vida diaria	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
12. Estoy satisfecho/a con el trabajo/estudio que realizo	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
13. Me satisface la energía que tengo	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo

⁹⁴ CSCV autores: Giner, J., Ibáñez, E., Baca, E., Bobes, J., Leal, C., Cervera, S.

ESCALA DESFAVORABLE							
1. Tengo dificultades para comprender la televisión	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
2. No me entero de las cosas aunque me interesen	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
3. No comprendo lo que dice la gente	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
4. Me aburro todo el tiempo	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
5. No puedo aprender nada	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
6. Tengo dificultades participar en las Conversaciones	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
7. Sólo hago lo que quieren los demás y no lo que yo quiero	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
8. Me hace sufrir no poder controlar mis impulsos	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
9. No puedo dejar de notar cosas desagradables	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
10. Los demás me hacen sufrir	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
11. Me hace sufrir sentir mi cuerpo extraño	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
12. Siento miedo constante	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
13. Es insoportable no poder estar quieto/a	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
14. Me hace sufrir el sentirme raro/a	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo

15. Me da miedo la vida	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
16. Me molesta estar estreñado/a	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
17. sufro porque estoy enfermo/a	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
18. Me siento muy cansado/a	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
19. Veo las cosas borrosas	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
20. Me doy miedo yo mismo	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
21. No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
22. Los vecinos me molestan	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
23. Todo me angustia	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
24. Me mareo con facilidad	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
25. Me desagrada no poder controlar mis pensamientos	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
26. Estoy triste continuamente	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
27. Me gustaría poder hacer daño	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
28. Me cuesta trabajo dirigirme a los demás	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
29. Me siento cobarde	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
30. No puedo controlarme	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo

31. Me siento como un zombie o como un robot	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
32. Siento los músculos tensos	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
33. No tengo interés por nada	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
34. El día se me hace muy largo	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
35. Alguien que no sé quien es me hace sufrir	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
36. Me paso el día medio dormido/a y eso me molesta	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
37. Sufro cuando algo dentro de mi me impide hacer lo que quiero	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
38. Tengo dificultades para encontrar las palabras al hablar	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
39. Repetir una cosa muchas veces me alivia	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
40. Si no dejo salir la rabia me siento muy mal	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
41. Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
42. No puedo hacer bien las cosas normales	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
43. No sé lo que pasa y eso me asusta	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
44. Me molesta no tener gracia para contar chistes	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
45. Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo
46. Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no quiero ver	Completo desacuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo acuerdo

Hoja de resultados CSCV

NRO DE RECOPIACIÓN:

FICHA DE RECOPIACIÓN DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA SELECCIÓN DE LA MUESTRA, SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- NOMBRE DEL PACIENTE:
- SEXO:
- EDAD:
- DIAGNÓSTICO:
- ETAPA DE TRATAMIENTO:
- TIEMPO DE TRATAMIENTO: (EN LA INSTITUCIÓN)
- TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA:
- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:
- LUGAR DE RESIDENCIA: 1- CASA.
2- OTROS (CONSIGNAR).
- NUCLEO CONVIVIENTE: 1- VIVE SOLO.
2- VIVE ACOMPAÑADO (CONSIGNAR)

Consentimiento informado para participar en la investigación

Título del estudio: Calidad de vida en personas con padecimiento psíquico crónico.

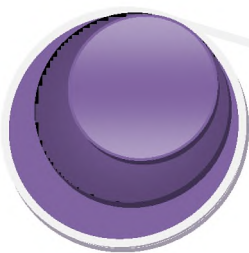
Investigadores: Di Santo, Ana Julia – Kreiker, Noralí - Menéndez García, Jorgelina; estudiantes avanzadas de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Objeto: Dimensionar la percepción de la calidad de vida de los pacientes que concurren a talleres de T.O en el Centro de Promoción Social.

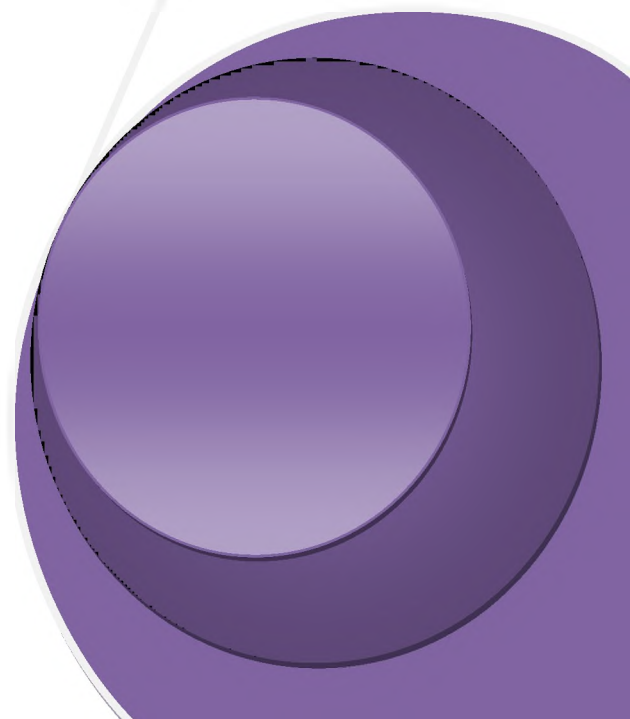
Procedimientos: Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

- **Confidencialidad:** Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. MI identidad será mantenida en anonimato.
- **Derecho a rehusar o abandonar:** Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar de tomar parte o de abandonar en cualquier momento.
- **Consentimiento:** Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA: -----



Anexo III



Mar del Plata, 29 de Agosto de 2014

A quien corresponda.

De nuestra mayor consideración:

Somos estudiantes avanzadas de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Estamos llevando a cabo la tesis de grado para obtener nuestro título profesional.

El objetivo de nuestro trabajo es dimensionar la percepción de la calidad de vida de los pacientes que concurren a talleres de T.O en el Centro de Promoción Social.

Es por esta razón que nos dirigimos a ud./uds. con el motivo de solicitarle/es autorización para contactarnos con los concurrentes del Circuito Cotidiano Integrador, Talleres terapéuticos laborales y Reinserción socio comunitaria, para poder realizar nuestro estudio. La colaboración de los mismos en este sentido sería de valiosa importancia para nosotras.

Desde ya garantizamos el anonimato y la confidencialidad de los datos, de la misma manera que si fuera factible la realización del estudio no interferir en las actividades que realiza dicho establecimiento. Por lo tanto nuestra visita se realizará en los días y horarios que estipule/en convenientes.

Sin otro particular, agradeciendo desde ya la atención que preste/en a nuestra solicitud.

Saludan atentamente.

Ana Julia Di Santo

Noralí Kreiker

Jorgelina Menéndez García

DNI:28.013.754

DNI:28.297.918

DNI:28.728.770

Correspondencia Electrónica con el Dr. José Giner, uno de los autores del CSCV

El 30 de abril de 2013 22:19, Norali Kreiker <knorali@hotmail.com> escribió:

Buenas tardes:

Somos estudiantes de la carrera Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

Estamos iniciando una investigación sobre Calidad de Vida en personas con Padecimiento Psíquico Crónico, para nuestra tesis de grado.

Dado que en la recopilación bibliográfica que estamos realizando, hemos hallado varias referencias sobre la aplicación del CSCV en población con esquizofrenia, y el mismo ha sido diseñado para dicha población, es que estamos interesadas en conocer detalles de su aplicación, y de ser viable, poder acceder a su protocolo de administración.

Agradeceríamos toda información que UD. pudiera brindarnos, ya que sería de mucha importancia para nuestra investigación.

Aguardamos su respuesta.

Sin otro particular, saludamos atte.

Ana Julia, Di Santo (santoanaju@yahoo.com.ar)

Noralí Kreiker (knorali@hotmail.com)

Jorgelina Menedez (jorgelinamenedez@hotmail.com)

From: jginer@us.es

Date: Thu, 2 May 2013 10:57:14 +0200

Subject: Re: Cuestionario Sevilla Calidad de Vida

To: knorali@hotmail.com

Le mando, creo que lo necesario.

Atentamente.



José Giner

Departamento de Psiquiatría

Universidad de Sevilla.

El 05/05/2013, a las 21:06, Norali Kreiker <knorali@hotmail.com> escribió:

Muchísimas Gracias por su colaboración. Si es de su interés, cuando terminemos con nuestra investigación, se la enviamos. Saludos desde Argentina.

From: jginer@us.es
Date: 5 May 2013 11:54:12 +0200
Subject: Re: Cuestionario Sevilla Calidad de Vida
To: knorali@hotmail.com

Gracias, claro que me gustaría recibir el trabajo.
Atentamente



José Giner
Departamento de Psiquiatría
Universidad de Sevilla