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

2002

Nivel de satisfacción en el funcionamiento psicosocial y características sociales y de los consultantes, según muestra de la consulta externa del servicio de terapia ocupacional del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr. José T. Borda

Capozzo, Marcela Alicia

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

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/775

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL

TESIS

TITULO

Nivel de satisfacción en el funcionamiento psicosocial y características sociales y de los consultantes, según muestra de la consulta externa del servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr José T. Borda

Autoras

T.O Marcela A. Capozzo

T.O Elizabeth B.A .Gómez Mengelberg

Buenos Aires

Agosto 2002

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario
3268.
Vol
Universidad Nacional de Mar del Plata

Datos Curriculares

* Terapista Ocupacional Marcela Alicia Capozzo

Matricula nacional 456

Egresada de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional- (1983)

Docente de Cátedra de la E.N.T.O (Metodología de la Investigación)

Jefe de sección del Area de Rehabilitación Laboral y Dispositivos de Externación del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr José .T. Borda- (Desde 1984 a la fecha)

* Terapista Ocupacional Elizabeth Gómez Mengelberg

Matricula nacional 463

Egresada de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional- (1983)

Docente de Cátedra de la E.N.T.O (Terapia Ocupacional V)

Jefe de sección del Area Clínico Asistencial (internación y atención ambulatoria) del servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr José .T. Borda (Desde 1984 a la fecha)

Director de Tesis.

Liliana Paganizzi.

Terapista Ocupacional. (Universidad Nacional de Mar del Plata) 1978.

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de Mar del Plata) 1997

Matricula Nacional N° 267

Docente Titular de Cátedra Terapia Ocupacional V- Escuela Nacional de Terapia Ocupacional - Universidad Nacional de General San Martín.

Coordinadora del Ciclo de Complementación Curricular para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Instituto de la Ciencias de la Rehabilitación- Universidad Nacional de General San Martín. 2000.

Pos-grado en Adicciones y Minoridad en riesgo, UBA. 1995.

Maestría en Salud Pública -U.B.A. 1998.

INDICE

INTRODUCCION.....1

1° PARTE

Estado actual de la cuestión..... 4

Marco teórico.....9

2° PARTE

Objetivo general, objetivos específicos, esquema de la investigación 18

Universo de estudio y caracterización de la muestra 21

3° PARTE

Acerca de los instrumentos, Escala de funcionamiento psicosocial:

Su desarrollo y sus dimensiones.....22

Ficha de identificación de datos sociales..... 27

Acerca de la toma.....29

4° PARTE

Presentación y análisis de los datos: análisis de los datos de la ficha de

identificación de datos sociales.....31

Presentación de las características sociales de la población.....44

5° PARTE

Presentación y análisis de los datos: análisis de los datos de la

Escala de funcionamiento Psicosocial.....45

Características de los entrevistados según escala de

funcionamiento psicosocial.....52

6° PARTE

Cruce de variables, ficha de datos sociales y

Escala de funcionamiento psicosocial..... 56

7° PARTE

Resultados.....73

Conclusiones.....75

BIBLIOGRAFIA.....77

ANEXO

1° PARTE

Manual de aplicación, preguntas guía y hoja de calificación de la

Escala de funcionamiento Psicosocial y ficha de datos sociales.....81

INTRODUCCIÓN

En las dos décadas pasadas se han sumado a las presiones económicas, sociales y políticas, las de la ciencia y la tecnología, produciendo una demanda en pos de un nuevo concepto de asistencia sanitaria. Esto es una responsabilidad ética para los consumidores y las personas que prestan los servicios y una nueva estructura de las instituciones para el tratamiento de la salud con prestaciones más amplias, mejores y de mayor efectividad de costos. En consecuencia el sistema para la prestación de los servicios de salud se ha vuelto un sistema perpetuamente cambiante.

A la luz de la rapidez con que están ocurriendo estos cambios, en la práctica de los terapeutas ocupacionales se requerirá ampliar el campo de sus conocimientos específicos articulándose con los nuevos avances en la concepción de la salud.

"El incremento de un modelo cada vez más mecanicista de la medicina, relacionado solamente con la erradicación de la enfermedad y sus síntomas, refuerza la necesidad de la introducción de un elemento humanístico en la atención de la salud" (7)

Es en esta dirección que nos proponemos investigar acerca de la percepción subjetiva de los pacientes que asisten a tratamiento en Terapia Ocupacional en relación con la satisfacción de su desempeño en diferentes áreas tales como: ocupacional, social, económica, sexual y familiar Para tal fin utilizamos una evaluación, **"Escala de Funcionamiento Psicosocial- (EFPS)" y una ficha construida por nosotras de identificación de datos sociales (FIDS)**. Ambos instrumentos fueron aplicados mediante una entrevista en una muestra compuesta por un total de 50 consultantes.

Destacamos que cincuenta, fueron los pacientes que accedieron a participar de las entrevistas, de los consultantes en el segundo semestre del año 2000, período en que llevamos adelante el trabajo de campo. Desde la perspectiva clínica de nuestra investigación consideramos la muestra pertinente para este, nuestro primer acercamiento en el uso de estas herramientas.

Las relaciones que establecemos entre las distintas variables y sus resultados se comunican en este trabajo.

Comenzamos por una **1° parte**, donde desarrollamos el Estado actual de la temática que nos ocupa y el Marco teórico referencial, base para esta investigación, presentamos los conceptos ejes que nos orientaron en la misma.

En la **2° parte**, junto con el Objetivo general y los específicos de la investigación, exponemos los elementos metodológicos que definen el tipo y el método utilizado que caracterizan la investigación (tipo de diseño, etapas, universo de estudio, caracterización de la muestra).

La **3° parte** incluye la Escala de Funcionamiento Psicosocial- (EFPS)" , la ficha de identificación de datos sociales (FIDS), y las observaciones realizadas en el trabajo de campo en la aplicación de estos instrumentos (Acerca de los instrumentos –Acerca de la toma).

En la **4° parte** se presentan las tablas simples A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M y N de la ficha social su análisis e interpretación y las características de la población según los datos relevados. Se incluyen las tablas siguiendo lo planteado por Ander EGG. (2)

La **5° parte** contiene las tablas simples 1,2,3,4,5 y 6 de las diferentes áreas ocupacional, social, económica, sexual y familiar, de la escala de funcionamiento psicosocial y su análisis e interpretación y la síntesis de los resultados de la escala.

FOLIO
3

En la **6° parte** introducimos los cruces de variables seleccionados con sus tablas respectivas su análisis e interpretación.

Finalmente en la **7° parte** presentamos los resultados y las conclusiones a las que arribamos.

En el **ANEXO como información complementaria,** incluimos dentro de la **1° parte;** el Manual de aplicación y las preguntas guía de la Escala de Funcionamiento Psicosocial y el modelo de la ficha de identificación de datos de características sociales.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

1 parte

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

La modalidad de atención en terapia ocupacional en un hospital de salud mental es por demás abarcativa y se desarrolla desde la más tradicional (la atención en el pabellón de internación) hasta el área ambulatoria de consultorios externos y los servicios en la comunidad.

Nuestra práctica profesional se desarrolla en el Hospital José T. Borda de la Ciudad de Buenos Aires, que cuenta con una población de 1.200 internados y que realiza actualmente 3.000 prestaciones multidisciplinarias mensuales en el área de consulta externa general.

El área clínico-asistencial del Servicio de Terapia Ocupacional incluye la atención en consulta externa. En el transcurso del tiempo se ha producido un lento y paulatino aumento en sus prestaciones, incrementándose considerablemente en los últimos años.

Es en esta área que situamos nuestro desenvolvimiento profesional presente, participando de los cambios en la atención de la salud mental que se van generando a tráves de las demandas actuales de la comunidad.

Dentro de la problemática que presenta la población que asistimos, personas con trastornos psíquicos, identificamos problemas que plantean la necesariedad de adoptar y

tomar elementos de evaluación y valoración acordes a las nuevas concepciones y modelos de salud mental de estos tiempos.

Durante años, los terapistas ocupacionales hemos realizado evaluaciones, entrenamiento, planificación y desarrollo de programas de atención basados en la valoración de la funcionalidad en las áreas que presentan dificultades (ocupacional -laboral, contacto social, recursos económicos, vida de relación en la pareja y en la familia) para las personas con pocas probabilidades de sostener una vida fuera de una institución.

Sin embargo, actualmente los pacientes que atendemos en forma ambulatoria, viven en sus casas, solos o con sus familias y además de lo propio de su cuadro psicopatológico, evidencian problemáticas relacionadas con lo laboral, social, familiar y económico dentro de esta comunidad.

Estas problemáticas influyen en su estabilidad psíquica, en su bienestar y pueden devenir en situaciones de crisis que en ocasiones llevan a una internación, una medida a adoptar para reducir los riesgos de las situaciones críticas, incluso la de una probable internación, es en principio abordar dichas temáticas.

Al decir de Corrigan respecto de las desventajas psicosociales, como el impedimento que sufre una persona al verse limitado o imposibilitado de cumplir con el rol social esperado "Las personas con trastornos psíquicos no logran roles sociales apropiados a la edad; por ejemplo, no terminan la escuela, no tienen una profesión u oficio, no se casan ni establecen un hogar en forma independiente. Las personas con estas pérdidas refieren tener una mala calidad de vida y falta de satisfacción generalizadas de la gama de experiencias que componen la existencia cotidiana" (14)

Los años de desempeño en la especialidad de salud mental fueron cimentando nuestro interés por la investigación y su aplicación en la clínica de terapia ocupacional.

El acceder al conocimiento de la propia percepción de una persona con trastornos psíquicos acerca de su funcionamiento psicosocial en las áreas: ocupacional –laboral, contacto social, recursos económicos, vida de relación en la pareja y en la familia, nos permitirá conocer si perciben una falta de satisfacción tal como lo señala el autor de la cita antes mencionada y contar con elementos para elaborar estrategias de intervención en concordancia con el nivel de satisfacción que posibiliten priorizar su dimensión particular: considerando tanto las necesidades, el modo de participación, como el nivel de satisfacción que experimenta en relación con su vida.

En el ámbito internacional actualmente el nivel de satisfacción con la propia vida es una de las variables de evaluación de los programas de Rehabilitación para enfermos mentales o usuarios de servicios de Salud Mental; la satisfacción de los usuarios con su propia vida constituye hoy también uno de los indicadores de resultados de los servicios.

La satisfacción es un componente subjetivo de la calidad de vida y tema de varias publicaciones, que encontramos agrupadas en el artículo de la Revista madrileña de Rehabilitación psicosocial N° 10 /11, de Caron Jean (9) "Un valioso antecedente es la Satisfaction with Life Domains Scale. (SLDS; Andrew y Whitney,1976) fue adaptada por Baker e Intaltaglia(1982) para pacientes psiquiátricos, traducida al francés por Corten, Mercier y Pelc (1994) añadiendo en 1996 '¿qué piensa la gente de ellos mismos?' ".

Las escalas de satisfacción de los usuarios forman parte hoy de la evaluación cualitativa que la Provincia de Buenos Aires propone en el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA- 1999) (32) Primer programa que contempla la creación de

FOLIO
7

dispositivos alternativos al Hospital Psiquiátricos (hostales, hogares, casa a mitad de camino) en la provincia antes mencionada.

El nivel de satisfacción eje de carácter subjetivo en la realización de actividades, es fundamental y nos lleva a plantearnos estos interrogantes:

¿Cómo se percibe en su funcionamiento psicosocial la persona con padecimiento psíquico?

¿ Existe una relación entre el grado de satisfacción y un desempeño "exitoso" según las expectativas sociales?, ¿Las áreas que la persona con padecimiento psíquico identifica como poco satisfactorias inciden en su desempeño en las distintas áreas?, ¿Afecta su rendimiento en las mismas?,

¿ Cómo se vinculan estos aspectos a la calidad de vida de la persona con trastornos psíquicos?

Estas preguntas que nos formulamos constituyen el núcleo más sólido de nuestro trabajo, permiten abrir el camino que nos planteamos en los objetivos, deducir los supuestos teóricos y el resultado de la exploración clínica.

Es imperioso entonces, disponer de un instrumento que nos permita evaluar el funcionamiento psicosocial conjuntamente con la percepción de la satisfacción.

El cambio de la atención sanitaria por un lado y el de las necesidades de la población por otro nos conducen a nuestra preocupación actual, que es la posibilidad de construir estrategias que maximicen la atención ofertada y mejoren su calidad de vida.

Con respecto a éstos nos preguntamos: ¿ Es posible construir estrategias individuales desconociendo el nivel de funcionamiento psicosocial del usuario? ¿Es posible planificar desconociendo las características de la población usuaria? ¿es posible realizar adecuados

programas de rehabilitación psicosocial si desconocemos el grado de satisfacción que perciben los usuarios, en las áreas de su funcionamiento psicosocial? "El impacto que una determinada enfermedad y /o su tratamiento producen sobre el individuo o el medio social debe ser medido de una manera que refleje no sólo la evaluación externa de un observador entrenado (médico, psicologo, terapista ocupacional, asistente social, enfermera, etc.) sino también la percepción acerca de cómo ese desorden afecta su nivel de funcionamiento, su emotividad, su actividad social y todos los aspectos que conforman su vida y las circunstancias en las que se desenvuelve. Este bienestar subjetivamente percibido que se resume en el concepto de calidad de vida constituye la preocupación total del paciente y de sus familiares, y debería serlo también de los organismos encargados de cuidar su salud". (7)

Consideramos además que la creación de modelos de intervención debe adaptarse a las realidades locales diferentes otorgando un lugar central al usuario y a las soluciones cercanas a su medio de vida. Es indispensable conocer las características de la población usuaria, para contextualizar las problemáticas de los usuarios y el nivel de satisfacción que el usuario reconoce en su funcionamiento psicosocial. Ahora bien, en correspondencia con las características de la población: ¿ Existe una relación estrecha entre determinadas características sociales y el nivel de satisfacción que reportan los que componen esa población?

"Ante el escaso desarrollo de herramientas para expresar la propia opinión de los usuarios, las distintas filosofías de intervención y prácticas quedarán amenazadas por el movimiento de homogeneización propio de un sistema que busca exclusivamente su eficiencia, reduciendo la definición de esta última a criterios económicos y cuantificables

(exigencias administrativas y organizativas que tienden a imponer criterios de evaluación estadísticos y standars que intentan sobre todo, la generalización de los resultados" (17)

El desafío consiste en 1) articular las iniciativas, las estrategias y la totalidad de las intervenciones con el universo de la experiencia de las personas. 2) Evaluar las intervenciones partiendo desde el punto de vista de los sujetos y en relación con el lugar que ocupan en su vida cotidiana y en su dimensión cultural. 3-)**Colaborar en la construcción de una vida cotidiana satisfactoria, creando espacios que permitan a los sujetos conservar el dominio de sus vidas.**

MARCO TEÓRICO

El perfil de las acciones de Terapia Ocupacional en el campo de la salud mental en su desarrollo actual, puede enmarcarse dentro de las estrategias denominadas en términos generales como **Rehabilitación Psicosocial.**

"La **Rehabilitación Psicosocial** como campo se va construyendo a medida que se crean los servicios territoriales y representan un contrapunto a las prácticas desarrolladas en las instituciones totales, principalmente las psiquiátricas" (39)

La definición de la rehabilitación psicosocial está en permanente tarea de construcción. Construir prácticas de **Rehabilitación Psicosocial** - sostienen quienes llevan años trabajando e investigando en este campo -, ".....no puede consistir en discurrir, solamente, sobre las formas de organización de servicios o definición de políticas asistenciales. Implica crear nuevas experiencias, con nuevas visiones sobre quién y cómo es el sujeto de la Rehabilitación. La posición que se sustenta es que: es sujeto de derecho, no

FOLIO
10

solamente de derechos sociales, sino también con atribuciones de intervenir directamente en los procesos. Y participar en el "Dónde y cómo" de la planificación y desarrollo de estrategias de atención y servicios". (18)

Esto implica reveer la noción de sujeto de la rehabilitación lo que redunda en la necesaria revisión de los tipos de evaluaciones y los parámetros utilizados para conocer las necesidades y demandas.

El Terapista Ocupacional es miembro activo del equipo que lidera la estrategia de rehabilitación psicosocial, modalidad necesaria a recurrir en todo tratamiento hacia los que están en desventaja psicosocial, para que logren desenvolverse en su comunidad.

La **rehabilitación psicosocial** apunta al trabajo con todas aquellas personas que por diferentes problemáticas (motoras, sensoriales, psíquicas o mentales) se encuentran en una situación desventajosa para lograr una participación social activa: desenvolverse en la rutina cotidiana e integrarse en actividades habituales de la comunidad.

La **desventaja** es el impedimento que sufre una persona (como resultado del daño o la discapacidad) limitándolo o impidiéndole cumplir con el rol esperado, para esa persona de acuerdo con su edad, su género y sus patrones socioculturales (20)

La rehabilitación psicosocial, propone a las personas, dentro de sus alternativas de intervención, promover la estructuración de sus actividades en el tiempo y el espacio, de forma tal que su día se reparta -como el de los otros miembros de la comunidad- entre las tres áreas primarias de la vida: descanso, trabajo y recreación.

"Cada paciente requiere, para encarar su rehabilitación, un enfoque único que logre equilibrar, por una parte, sus necesidades y posibilidades y, por la otra, los patrones habituales, recursos y limitaciones de la comunidad".(20)

El Hospital Borda (hospital psiquiátrico de derivación y el mayor en su tipo del país) tiene como representación social la de ser un centro especializado en el diagnóstico y tratamiento dentro del área de Salud Mental. Los pacientes que habitualmente concurren a solicitar atención a este hospital sufren en su mayoria de trastornos psíquicos de una gravedad tal que en forma transitoria o permanente afecta a su **funcionamiento psicosocial;** este concepto implica: las acciones que realiza la persona- acorde a su edad- en relación con las condiciones en que se desenvuelve dentro del grupo sociocultural a que pertenece.

Esta problemática habitualmente es uno de los desencadenantes de la consulta a nuestra institución a la que se le otorga un saber hacer con los trastornos psíquicos y/o padecimientos psíquicos

Basadas en nuestra experiencia clínica, consideramos que los **trastornos psíquicos** afectan al funcionamiento psicosocial y se manifiestan en las personas que los padecen con tendencia al aislamiento, restricciones en el contacto social, dificultades en lo laboral, problemáticas en las relaciones familiares, perdida de habilidades sociales y una desafectividad generalizada. En general las acciones terapeúticas se centran en el tratamiento de la patología y en la reducción de su sintomatologia y no en conocer la repercusión de la misma en el funcionamiento psicosocial de cada sujeto.

Las reacciones de la sociedad basadas en concepciones erradas sobre los trastornos psíquicos tienen un efecto dañino sobre el funcionamiento psicosocial y el logro de roles. El estigma social y la discriminación interfieren con las oportunidades necesarias para alcanzar las metas de la vida y llevan hacia la discriminación social.

"Los programas de rehabilitación necesitan combinar estrategias que encaren tanto la enfermedad en sus aspectos biológicos y la discriminación como reacción de la sociedad".

"Esta integración es hoy aún difícil de lograr, suele tomarse una perspectiva excluyendo la otra." (14)

Es de vital importancia tender un puente teórico y entonces evaluar, cómo la persona que padece un trastorno psíquico percibe su funcionamiento psicosocial, ya que nos permitirá dimensionar el impacto de las consecuencias de su padecer desde la visión personal acerca de su vida.

"La evaluación constituye generalmente el primer punto de contacto con el paciente"(30). En nuestro caso es el punto de partida, para conocer y registrar información sobre el funcionamiento psicosocial desde la dimensión de los consultantes, donde el sujeto evaluado se posiciona ubicando el nivel de satisfacción en relación con diferentes áreas de su vida, delimitando sus problemáticas, permitiendo mayor precisión en las intervenciones a realizar.

En lo referente al funcionamiento psicosocial es necesario tener en consideración los conceptos de **necesidad y calidad de vida (CDV)**

La **necesidad** es; en una acepción básica, la carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida y el riesgo que se padece por el cual es necesario ser auxiliado; es de lo cual no se puede prescindir.

La **necesidad** en el dominio de la salud mental está ampliamente relacionada con la evaluación del tipo de ofrecimiento que se realiza, desde los servicios de salud mental al usuario, el tipo de intervenciones que son efectivas y su relación con los tratamientos standars.

De los instrumentos que miden las **necesidades** algunos, estudian las dificultades que los usuarios tienen en varios aspectos de su vida, comparándolos con un estándar externo e ideal, en concordancia con los patrones socioculturales predominantes de la época.

"Durante el siglo que acabó y a raíz de la revolución tecnológica experimentada por las sociedades occidentales, se empezó a hablar en la década de los sesenta del "estado de bienestar". Junto con la prosperidad económica, la filosofía de "libertad, igualdad y fraternidad", que considera a la persona como un ciudadano con una serie de derechos a dignidad, capacidad de decisión autonomía económica y personal, salud, y otros, es de los factores que contribuyen a crear el concepto de **calidad de vida.** (CDV) (33)

"El concepto de CDV ha estado siempre muy asociado al de enfermedad pero también al de salud y bienestar, de los que no siempre es fácil diferenciarlo y hace a la construcción del concepto CVD y a la evolución del de salud. La salud deja de ser "ausencia de enfermedad" para convertirse en " bienestar bio-psico-social" tal y como lo definieron los expertos de la OMS en ALMA-ATA".(38)

El estudio de la calidad de vida en pacientes mentales crónicos comenzó a desarrollarse en E.E.U.U. con la creación a mediados de los años 70, del Programa de Apoyo Comunitario. Este programa surgió como consecuencia de la desinstitucionalización de los enfermos mentales crónicos y alentó el interés por la calidad de vida en este tipo de enfermos. A partir de aquí el interés por este constructo ha ido aumentando, pero la proliferación de la investigación al respecto no ha tenido necesariamente una conceptualización común.

BIBLIOTECA C.E.C. S.C.
FOLIO
14

El crecimiento del interés por definir **CDV** ha progresado junto al aumento, de las enfermedades crónicas y, por tanto de los programas de intervención médicos y psicosociales en este tipo de trastornos.

A 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 calidad de vida, hasta la perspectiva psicosocial actual en la que los aspectos subjetivos son considerados fundamentales.

El bienestar objetivo es lo que habitualmente se denomina "nivel de vida", que hace referencia a indicadores de tipo socioeconómico, y que varía en función del sujeto en particular. "Estos elementos si bien son indispensables para la consecución del bienestar social no son suficientes. La consideración de indicadores objetivos del nivel de vida (funcionamiento económico, social y salud) no tiene sentido sin la determinación de otros indicadores de carácter subjetivo, el bienestar percibido con esas condiciones de vida."(33).

La OMS en 1994 define la **calidad de vida** como "La percepción personal 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, standares e intereses".(7)

En el nivel de bienestar subjetivo la persona considera sus aspiraciones y expectativas; lo importante no es sólo lo que tiene sino lo que quiere tener. Este bienestar subjetivo es la evaluación subjetiva-afectiva y cognitiva- que realiza el sujeto de sus condiciones de vida actuales, frente a las condiciones de vida ideales, sostenidas desde los patrones socioculturales. Por lo tanto la CVD implica bienestar entendido este como la relación entre condiciones objetivas de vida y la valoración subjetiva de las mismas.

La **calidad de vida**, se relaciona con una dimensión subjetiva e histórica que guarda estrecha relación con el nivel de satisfacción, indicador eje de esta investigación.

"Contar con los beneficios de: Salud y seguridad, capacidad de elegir, valoración y reconocimiento personal y propio, y también de los demás, un conjunto de experiencias que les ayuden a participar en la vida física y social de la comunidad, una buena relación con su familia, y competencia para realizar actividades cotidianas y tratar de alcanzar metas personales, caracterizan un concepto básico consensuado de una buena calidad de vida. Cada persona tiene preferencias únicas para alcanzar estos beneficios y toma decisiones específicas para afrontar los conflictos.

Se enfatiza en relación con los logros la importancia de desarrollar procedimientos para valorar si los usuarios logran los beneficios que los programas se proponen, tomando como base la satisfacción y bienestar de las personas. Desde esta visión, se implica también una nueva forma de definir las oportunidades, de comprender los problemas y de intentar buscar soluciones." (42)

"Los instrumentos que se han ido desarrollando a través del tiempo para medir **calidad de vida,** tienen como objetivo común evaluar el grado de bienestar de la población para la cual se confeccionaron e intentan hacerlo focalizando en el estado actual de la problemática en distintas áreas de la vida. Frecuentemente se incluyen preguntas acerca de cómo percibe el usuario su vida en su conjunto y como es en cuanto a su satisfacción global." (25)

Reconocemos que ciertos programas actuales de rehabilitación se han empeñado en lograr una satisfacción básica de las necesidades de los usuarios, sin embargo a veces resultan

propuestas "modeladoras de estilo de vida" que salvo en circunstancias muy afortunadas, no han tenido en cuenta la opinión de los propios destinatarios.

Nuestro interés profesional y la clínica de terapia ocupacional desarrollada en el campo de la salud mental, precisando en el área ambulatoria nos llevó a una intensa búsqueda bibliográfica acerca del desarrollo y la evolución de los conceptos mencionados con anterioridad, y a planificar esta investigación en la que nos planteamos conocer el nivel de satisfacción en el funcionamiento psicosocial y las caracteristicas sociales de la población consultante.

Desde la clínica apostamos que una de las utilidades de conocer el nivel de satisfacción del funcionamiento psicosocial, es la de constituirse como un indicador válido del estado de las personas al comienzo de un tratamiento, que permite organizar intervenciones desde el inicio.

A los sujetos del presente estudio fueron les fue solicitado, previa explicación su autorización para participar en el mismo.

Para el desarrollo de esta investigación hemos seleccionado e implementado la **Escala de Funcionamiento Psicosocial *(EFPS)*** (42). El principal foco de interés, para sus creadores, respecto al **funcionamiento psicosocial** se refiere básicamente al estudio y evaluación del grado de satisfacción en el "desempeño de roles" que realiza el individuo en las distintas áreas de su vida, en su interacción con otros y en el medio ambiente en que se desenvuelve.

El **desempeño de roles** ha sido definido por Valencia y colaboradores (42) como: " las acciones que realiza el individuo en relación con las condiciones en que se desenvuelve dentro del grupo social que le pertenece".

Este **desempeño de roles** lo realiza en las distintas áreas de su vida: ocupacional, social, sexual, económica y familiar; estas áreas están comprendidas dentro de la escala a través de la cual se evalúa el funcionamiento social en términos de un continuo satisfacción-insatisfacción que reporta el individuo respecto a su desempeño de roles.(42). Este continuo de cinco categorías que va desde: muy satisfecho- satisfecho -indiferente- poco satisfecho- hasta insatisfecho, reportadas por el entrevistado a nuestras preguntas, nos dará luego de realizar las operaciones pertinentes, el indicador **nivel de satisfacción** en cada área y en forma global.

La **satisfacción** conlleva la evaluación y la valoración que la persona hace respecto a una situación que la implica desde su percepción y ligada a sus propias expectativas.

La **satisfacción** da cuenta de la dimensión subjetiva porque permite explorar la elección que es constitutiva del deseo del sujeto, siendo que toda elección compromete la totalidad del aparato psíquico

Las **expectativas** están constituidas por la conjunción de aquello que la persona espera para sí y aquello que el entorno familiar y sociocultural espera de ella.

Para cumplimentar con el objetivo general de nuestra investigación y según lo desarrollado sobre esta temática, recabamos información de las características sociales; (datos personales, sexo, edad, origen, procedencia, nivel de instrucción, familia, trabajo, dependencia económica, seguridad social, convivencia, habitat); para tal fin hemos diseñado una **Ficha de identificación de datos sociales (FIDS)** de los entrevistados, que componen junto con la **Escala de Evaluación Psicosocial (EFPS)** la batería de instrumentos a administrar. Consideramos de importancia evaluar los instrumentos arriba mencionados en

FOLIO 18

función de su aplicación, mas allá de los alcances de la presente investigación y su utilización en la práctica clínica cotidiana.

2 parte

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el nivel de satisfacción en el funcionamiento psicosocial y las características sociales de las personas que consultan al área clínico- ambulatoria del Servicio de Terapia Ocupacional del Htal.Borda.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer el nivel de satisfacción en el funcionamiento psicosocial que presentan las personas que integran la población en estudio.
- Caracterizar la población en estudio para conocer con mayor especificidad el contexto social dentro del cual se inscriben las trayectorias de vida que integran este relevamiento.
- Conocer las posibles relaciones entre los datos obtenidos sobre el nivel de funcionamiento psicosocial y las características sociales de la población en estudio.

ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

METODOLOGIA Y TIPO DE DISEÑO SELECCIONADO:

El tipo de diseño implementado para esta investigación, es de tipo exploratorio-descriptivo. Consistió en la implementación como instrumento para la recolección de datos de la **Escala de Funcionamiento Psicosocial- E.F.P.S.** (42).

Esta escala ha sido desarrollada en forma de una entrevista semiestructurada que incluye preguntas que sirven como guía al entrevistador dándole al mismo tiempo la oportunidad de hacer otras preguntas adicionales hasta que se haya obtenido la información necesaria por parte del entrevistado. Es oportuno señalar aquí que su aplicación constituye el primer paso para hacer debutar esta escala, validada por el Instituto Mexicano de Psiquiatria, que es para nosotros sumamente interesante y que nos se ha utilizado en el país.

Son 35 reactivos, siete en cada una de las áreas, con un sistema de calificación donde se utilizan cinco categorías: 1=muy satisfecho, 2= satisfecho, 3=indiferente, 4= poco satisfecho, 5= insatisfecho, que nos permitirán luego de realizar las operaciones pertinentes, obtener un **nivel de satisfacción: indicador que da el puntaje global de la escala de las personas evaluadas, este se obtiene de la media de la sumatoria de las medias de las puntuaciones de cada una de las áreas.** (Ver Manual de Aplicación en el Anexo)

Conjuntamente se completará una **ficha de identificación de datos sociales** de la población en estudio (**FIDS**).

Para participar de este relevamiento se cumplimentó con los requisitos de brindar información al usuario sobre la investigación y se le solicitó la aceptación a través del correspondiente consentimiento informado.

Este proyecto de investigación para su implementación se remitió al Comité de Investigaciones y por su intermedio al Comité de Bioética del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr.J.T.Borda, cumpliendo con las disposiciones establecidas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para avalar las investigaciones que se realizan dentro de su ámbito.

ETAPAS

- 1. Recopilación de material bibliográfico.

  1.1 Detección de fuentes y relevamiento de la información existente respecto del tema.

  1.2 Recolección de datos específicos del funcionamiento psicosocial y su implicancia en la terapeútica ocupacional.

  1.3 Recolección de información específica del funcionamiento psicosocial vinculado al padecimiento psiquico.
- 2. Lectura de bibliografía.
- 3. Análisis de la bibliografía.
- 4. Diseño de la investigación.

  4.1 Elaboración del proyecto de investigación para su presentación y aprobación por el Comité de Investigaciones y Bioética previo al trabajo de campo.
- 5. Obtención del consentimiento informado de los participantes.
- 6. Trabajo de campo: recolección de datos.

- 6.1. Realización de las entrevistas.
- 7. Procesamiento de los datos recogidos a través de la E.F.P.S.
- 7.1. Registro individual según la hoja resumen de la Escala.
- 7.2. Determinación de los valores individuales del nivel global de satisfacción.
- 7.3.Volcado en Tabla Matriz de datos.
- 7.4 Elaboración de tablas simples y de doble entrada.
- 8. Análisis de la información obtenida a luz de las preguntas iniciales planteadas.
- 9. Elaboración y registro de las conclusiones correspondientes a la investigación.
- 10. Redacción del informe final correspondiente a la investigación.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Personas que consultan en forma ambulatoria, al área clínica de consulta externa del servicio de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda en el segundo semestre del año 2000.

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra fue accidental, tomando como criterio de selección la disposición del paciente a acceder a la entrevista y responder a las preguntas.

Ambos instrumentos se implementaron a través de una entrevista semi-estructurada según los ítems a relevar incluidos en la FIDS (Ficha Social) y en la E.F.P.S. (Escala de funcionamiento psicosocial)

3 parte

ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS

Escala de funcionamiento psicosocial:

- **Su desarrollo:**

La constante preocupación - de la cual se hace eco - el Instituto Mejicano de Psiquiatria por encontrar nuevas y mejores alternativas de atención ha provocado en los últimos treinta años un gran interés en considerar a los factores sociales como importantes en el estudio del paciente. Weissman plantea que este interés se debe al hecho de que la enfermedad ocurre en un contexto o sistema social y por lo tanto factores familiares, sociales, ocupacionales, etc. De la vida del paciente pueden influir en su funcionamiento y de la misma forma en el curso y tratamiento de la enfermedad.

De esta manera surgió el interés por estudiar el mundo social del paciente independientemente o en combinación con características de su sintomatología.

El antiguo enfoque de tomar en cuenta solamente el estado clínico o los síntomas ha cambiado sustancialmente a uno donde se consideran relevantes los aspectos familiares, interpersonales, sociales, ocupacionales, sexuales, ambientales, etc. Los cuales están relacionados con la iniciación, curso y tratamiento de la enfermedad.

Al nivel internacional se han desarrollado una gran cantidad de instrumentos para evaluar el área psicosocial. Se decidió, diseñar una escala para evaluar el funcionamiento

social en pacientes de un centro de Salud, lo que implicó la elaboración de un esquema teórico así como el desarrollo de una metodología adecuada para el diseño del instrumento.

Bajo la perspectiva de los autores de esta escala y partiendo de un supuesto generalizado de que toda sociedad tiene una serie de expectativas respecto de los diversos roles que los individuos que la componen pueden desempeñar, se planteó el estudio del funcionamiento social del individuo en su relación con otros y en un ambiente determinado.

El primer criterio que se utilizó para elaborar el instrumento de investigación consistió en llevar a cabo una exhaustiva revisión de todas las escalas existentes en esta área de estudio. Esta revisión les permitió tener una idea del contenido de cada una de ellas y conocer los elementos utilizados por los diferentes autores para elaborar su instrumento.

La utilidad de la revisión también se tradujo en la posibilidad de desarrollar una metodología para el diseño del instrumento.

El segundo criterio consistió en consultar a expertos en esta área de estudio para que dieran sus opiniones e ideas de cual podría ser el contenido del instrumento.

En tercer lugar se tomó en cuenta las características de la población a estudiar.

Se elaboró un primer borrador de la escala que no se consideró suficiente, por lo que se pasó a una segunda etapa que consistió en llevar a cabo un ejercicio de investigación en la cual participaron investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Luego se continuó con el proceso de enumerar y clasificar los problemas de tipo social reportados y se elaboró un segundo borrador de la escala. De este modo la tercera etapa consistió en comparar, combinar e integrar el segundo borrador elaborándose de esta forma la primera versión de la escala.

La cuarta etapa fue la prueba piloto en una muestra reducida de 10 pacientes, esto sirvió para que en la quinta etapa se realizara una revisión con todas las modificaciones sugeridas por los investigadores que participaron de la prueba piloto logrando tener una versión final, y la sexta etapa consistió en la aplicación definitiva, el trabajo de campo y la séptima contar con una versión final de la escala de acuerdo al manejo estadístico realizado. La escala tal como fue elaborada se aplicó en un Centro de Salud abarcando la población que consultaba en el mismo sin particularizar en especialidades.(42)

A partir de tener conocimiento de la existencia de esta escala y acordando con los principios básicos del marco teórico en la que fue concebida, es que tomamos contacto con los autores y los consultamos acerca de la viabilidad de su aplicación en_nuestro ámbito especifico de salud mental. Ya que, como resultado de su investigación concluyeron que la validez y fiabilidad de la escala como instrumento posibilita su aplicación a ámbitos más específicos como en el que nos desempeñamos. Los investigadores del mencionado instituto avalaron su aplicación nos informaron acerca de la técnica de implementación bajo el compromiso de notificarles sobre los resultados obtenidos en nuestro estudio para sumar aportes a la escala.

- **Dimensiones**

La escala comprende cinco dimensiones:

a) Area Ocupacional:

Esta faceta explora el punto vista del sujeto respecto a : la cantidad de horas que trabaja, incluyendo su valoración cuantitativa sobre las mismas, su desempeño en el trabajo, sus relaciones interpersonales con el jefe y sus compañeros de trabajo, la frecuencia y modo de comunicación que mantiene con ellos . De tener problemas en el trabajo se le solicita que explicite de que tipo son y cuan frecuentes. Como es el ambiente físico, incentivo, motivación, determinando como son las condiciones de su trabajo.

b) Area Social:

Esta faceta examina en qué medida la persona siente el compromiso aprobación y la asistencia de los amigos o vecinos. Las preguntas exploran sobre como es la relación con sus vecinos, si los visita, o si los invita a su casa y la frecuencia con que esto sucede. Si está interesado en tener un mayor contacto social, en conversar con la gente, en llevarse bien, se pregunta también acerca de su percepción del nivel de comunicación que mantiene con la gente, con sus amigos, con sus vecinos, si se siente solo con frecuencia, si se aísla de la gente, si tiene problemas de tipo social, de que tipo son y con que frecuencia se presentan y de tenerlos si se preocupa por ellos.

c) Area Económica:

Esta faceta explora el punto de vista de la persona acerca de sus recursos económicos y la extensión en que estos recursos satisfacen las necesidades para un estilo de vida confortable y saludable. La evaluación ocurrirá independientemente de si la persona trabaja o no.

Las preguntas incluyen los siguientes tópicos, si el dinero le alcanza para vivir cubriendo sus necesidades básicas, si tiene problemas de tipo económicos cómo son estos, si está

preocupado por ello, en que medida, en relación con el manejo del dinero si tiene facilidad para distribuirlo entre sus gastos, el pago de deudas, si se siente seguro económicamente o con posibilidades de salir adelante económicamente y si la falta de dinero lo limita para realizar actividades sociales.

d) Area Sexual:

Esta faceta se refiere a la necesidad y deseo de la persona por el sexo, y a la extensión en la que puede expresar y disfrutar apropiadamente su deseo sexual incluyendo las relaciones de pareja.

Las preguntas no incluyen juicios de valor acerca del sexo, y se refieren sólo a la relevancia de la actividad sexual para la calidad de vida de la persona, ya que algunos entrevistados pueden reportar poco deseo por el sexo, sin que esto tenga efectos adversos en su calidad de vida.

Se interroga acerca de la comunicación existente entre la pareja (si la tuviera) sobre aspectos sexuales y si tiene seguridad de conservarla, su desempeño en el rol sexual, su interés en actividades sexuales, si tiene problemas y /o preocupaciones sexuales, cuáles son y con qué frecuencia se presentan.

c) Area Familiar:

Esta faceta examina en que medida una persona siente que recibe la aprobación y aliento de su familia, el compromiso por parte de éste con ella, incluye también el potencial rol negativo de la familia ya que las preguntas están construidas también para dar cuenta del rechazo.

Abarca los siguientes tópicos: con qué frecuencia conversa con su familia, siente rechazo de ella o hacia ella, hacia algún miembro en especial. Si se considera integrante de la

familia, si tiene dificultades con ésta, que tipo de problemas son y con qué frecuencia se presentan y si está preocupado por ellos, cual es su desempeño en el contexto familiar y en relación con lo que la familia hace por la persona, si le brinda apoyo, seguridad, interés, rechazo o agresión.

En cada uno de los puntos que integran las áreas, se interroga sobre ¿ Cómo se siente en relación con esto? Y se solicita una evaluación global de su satisfacción en cada área.

Ficha de identificación de datos sociales (FIDS)

Elaboramos esta ficha a fin de organizar la información sobre las características sociales de la población en estudio en función con nuestros intereses a relevar, las particularidades de cada persona nos da una visión de conjunto, que es valiosa para su aplicación clínica.

Cada item fue pensado en relación con una temática (ej sostén familiar, posibilidades económicas, donde vive, desde donde viaja a atenderse, con quien vive, de quien depende económicamente, que estudios realizó, si trabaja, como esta formada su familia, donde nació, y otros) que en el tratamiento de las enfermedades con pacientes con padecimientos psíquicos relevamos de importancia sustancial a la hora de realizar intervenciones en la clínica.

Por lo tanto las caracteristicas si bien nos darán una visión del conjunto, cada dato tiene una significación especial ya que el abordaje terapeútico se realiza caso por caso.

Diseñamos la ficha para ser administrada en el inicio de la entrevista y comprende los siguientes ítems: Lugar de nacimiento, procedencia, sexo, edad, estado civil, constitución familiar, recursos económicos, ocupación, oficio, escolaridad, vivienda y grupo conviviente.

Datos personales: se refiere a los datos particulares del entrevistado.

Nombre y Apellido.

Dirección: Calle y número, Barrio y Localidad.

Teléfono.

Número de Historia Clínica.

1- Lugar de nacimiento:

País de origen.

Ciudad o localidad de nacimiento y la provincia que le corresponde.

2- Procedencia:

Ciudad o localidad desde la cual se traslada para su atención.

3- Sexo: masculino o femenino.

4- Edad: A partir de la edad de inicio que la norma establece para el comienzo de una atención en el Hospital, o sea los 18 años, se construyó una escala por intervalos de 10 años cada uno, cuyo límite es los 97 años.

5- Estado civil: se tomó su situación actual: Soltero/a, Casado/a, Separado/a, Divorciado/a, Viudo/a, Unión de hecho.

6- Constitución familiar: este ítem se refiere a lazos familiares que el entrevistado posea y su existencia actual como tales.

Padre- Madre.Hermanos/Hermanas- Número de cada uno de ellos.

Hijos / Hijas- Número de cada uno de ellos.

7- Recursos económicos: Se refiere al sentido de dependencia / independencia brindado por los recursos económicos del individuo tomando como parámetro la satisfacción de sus necesidades básicas.

FOLIO
29

De ser dependiente nos interesa conocer si lo es de la familia, de la asistencia comunitaria y/o de los beneficios sociales.

8- Ocupación: actividad laboral que realiza en el momento de la entrevista, aclarando si está o no en actividad, si es en relación de dependencia o no.

9- Oficio: tipo de actividad que realiza en el momento de la entrevista.

10- Escolaridad: último nivel de instrucción aprobado o en curso al momento de la entrevista.

11- Vivienda: se toma como referencia el lugar donde habita al momento de la entrevista.

Propia: si tiene título de propiedad.

Alquilada: si existe contrato de locación.

Tipo:

Casa en terreno único con entrada única y sin pisos.

Departamento en propiedad horizontal.

Habitación pensión: reside en una casa donde es recibido como huésped bajo un precio convenido.

12- Grupo conviviente: en este ítem se incluyen las personas que conviven en la casa y el vínculo que mantienen con el entrevistado.

Esposa /Esposo, Madre /Padre, Concubino /Concubina, Hermano /Hermana, Cuñado / Cuñada, Hijo /Hija, Tío /Tía, Yerno /Nuera, Abuelo /Abuela, Madrastra /Padrastro, Amigo /Amiga y Otros.

ACERCA DE LA TOMA:

La entrevista pautada maneja ciertos principios y reglas propias, facilita y posibilita la aplicación de un cuestionario, y permite la comparación sistemática de datos. La entrevista con objetivos de investigación, en la que importan los resultados científicos de la misma, requiere que el entrevistador cree intereses y participación en el entrevistado.

En el manual de aplicación de la escala que nos fuera enviado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, se especifican las preguntas orientadoras que debe formular el entrevistador en función de cada item a relevar. Previo a su aplicación realizamos la prueba del instrumento a través de la toma de dos entrevistas. El resultado de las mismas puso de manifiesto que para una mejor comprensión era necesario ampliar durante la toma algunos de los conceptos que integran las preguntas, formulándolas en un lenguaje amplio y natural que facilitara su comprensión.

Siendo que los grados de valoración de las respuestas que constituyen una escala, deben ser comprendidos sin dificultad, en lo atinente a la satisfacción, fue preciso ante la duda del entrevistado para poder emitir una mas adecuada respuesta, clarificar el concepto de satisfacción sustentado desde lo sociocultural. La respuesta de cada entrevistado a las preguntas de la Escala de Funcionamiento Psicosocial , es una selección entre los niveles de Satisfacción , reveladora de una evaluación y cosmovisión personal , completamente singular y en relación con la situación por la que se interroga.

En cuanto al tiempo de referencia para que el entrevistado sitúe sus respuestas de acuerdo al manual se tomó el aquí y ahora del momento de la entrevista. En este punto se debió intervenir con frecuencia durante la misma recordando que las respuestas debían corresponderse a la circunstancia actual.

El promedio de duración de cada entrevista fue de 35 minutos.

FOLIO
31

En el marco de nuestra población objetivo, para el presente estudio se registró un caso de no aceptación a participar del mismo.

4° parte

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS

Análisis de los datos relevados a través de la ficha social

Tablas Simples (TS)

A- Distribución según sexo

Sexo	F. absoluta	F. relativa
Masculino	38	76 %
Femenino	12	24 %
Total	50	100 %

- Nuestra muestra está constituida en un 76 % por hombres y en un 24 % por mujeres, lo cual se encuentra dentro de lo esperado, ya que en el Hospital Borda la internación es de un 90 % de hombres y la asistencia en consulta externa para mujeres data de reciente inicio.

B Distribución según nacionalidad y lugar de nacimiento

Nacionalidad y lugar de nacimiento	Fa	Fr
Argentino/G.Bs.As.	19	38%
Argentino/Cap.Fed.	21	42%
Argentino/Pcias.	3	6%
Extranjero/otros	7	14%
Total	50	100%

- El 86 % son de nacionalidad argentina siendo los extranjeros un 14 %, la mayoría de los argentinos nacieron en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires (42 % y 38 % respectivamente).

C- Distribución según procedencia

Procedencia	Fa	Fr
Capital Federal	22	44 %
Gran Buenos Aires	28	56%
Total	50	100%

- El 56 % proviene del Gran Buenos Aires y el 44% de Capital Federal,

FOLIO
33

- Dado que el hospital pertenece a la jurisdicción de la ciudad autónoma de Buenos Aires, es de destacar el fenómeno que el porcentaje mayor de nuestra muestra pertenezca al gran Buenos Aires. Esta circunstancia coincide con una tendencia cada vez más acentuada del crecimiento de la demanda en todos los niveles de atención del cordón jurisdiccional bonaerense en cuanto a infraestructura sanitaria

D- Distribución según edad

Edad	Fa	Fr
18 a 27 años	14	28%
28 a 37 años	14	28%
38 a 47 años	13	26%
48 a 57 años	7	14%
58 a 67 años	1	2%
68 a 77 años	1	2%
78 años en +	0	0
Total	50	100 %

- El 56 % de la población se ubica entre 18 y 37 años, el 40 % entre 38 y 57 años y el 4 % entre 58 y más.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
FOLIO
34

E- Distribución según estado civil

Estado civil	Fa	Fr
Soltero/a	42	84 %
Separado/a	1	2 %
Viudo/a	1	2 %
Casado/a	3	6 %
Divorciado/a	1	2 %
Unión de hecho	2	4 %
Total	50	100 %

- Los resultados que se evidencian en nuestra muestra, coinciden con los estudios realizados en las investigaciones de estos trastornos psiquiátricos, en los que se destaca la preponderancia de un estado civil, que nos habla del no establecimiento de una relación que se pueda formalizar incluyéndola en los otros ítems.
- Así es que el 84 % de la muestra son solteros el 6 % están casados, 4 % mantienen una unión de hecho, el 4 % están separados y divorciados y un 2 % ha enviudado.

F- Distribución según estado civil sexo masculino

Hombres	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Solteros	32	84 %
Casados	2	5,30 %
Separados	–	–
Divorciados	1	2,70 %
Viudos	1	2,70 %
Unión de hecho	2	5,30 %
totales	38	100%

G- Distribución según estado civil – Sexo femenino

Mujeres	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Solteras	10	83 %
Casadas	1	8,50 %
Separadas	1	8,50 %
Divorciadas	–	–
Viudas	–	–
Unión de hecho	–	–
Total	12	100 %

- Teniendo en consideración la prevalencia de hombres en nuestra muestra, en el análisis de la distribución del estado civil según sexo, se observa que no existe una relación directa que determine una diferencia en un grupo u otro. Las personas solteras representan la mayoría tanto en los hombres como en las mujeres(84% y 83% respectivamente).

Una diferencia, que si podemos destacar como particularidad de uno de estos grupos, es que hay más mujeres que establecieron una relación formal, aunque fue disuelto el vínculo.

H- Conformación de las familias

Del primer análisis en la matriz de datos de la variable **Conformación Familiar** (no incluida en esta parte), se realizó un agrupamiento de categorías para simplificar la información obtenida dada la diversidad de formas de constitución de las mismas. Para ello se tomaron las categorías referida a los padres, a los hermanos y a los hijos, las que se consideraron en función de su representación con respecto al total.

- La conformación actual de las familias de cada uno de los integrantes de la muestra señalan como datos relevantes los siguientes, el 64 % cuenta con su madre, el 42 % con su padre, el 86 % con hermanos, el 16 % con hijos. Por otro lado el 4 % no posee información acerca de la existencia de algunos integrantes de su familia.

I- Distribución según recursos económicos

Recursos Económicos	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Independiente	6	12%
Independiente con beneficio social	5	10%
Dependencia Familiar	29	58 %
Dependencia fliar. C/beneficio soc. y asist comunitaria	2	4%
Dependiente del beneficio social y/o asistencia comunitaria	8	16 %
Total	50	100%

- El 78 % mantiene una relación de dependencia económica, dentro de este grupo se hallan los que sólo dependen de su familia en un 58 %, el 16 % depende del beneficio social y /o asistencia comunitaria y un 4% además de depender de su familia cuentan con beneficio social y/o asistencia comunitaria.
- El 22% es independiente económicamente, de estos sólo un 10 % percibe un beneficio social.

Varias inferencias se pueden realizar de estos datos en relación con los factores que inciden en su determinación, de acuerdo a la ubicación contextualizada de la muestra. El escaso alcance de las políticas sociales dirigidas a personas con trastornos psiquiátricos, la oferta restringida de oportunidades, la carencia de incentivos hacia el desarrollo individual tanto de capacidades e intereses que posibiliten el acceso al mercado laboral obliga a mantener la dependencia familiar.

En algunos caso la presencia de beneficios sociales y asistencia comunitaria complementan el sustento familiar y en otras ocasiones se transforma en el único recurso que no es suficiente para adquirir el status de independencia.

J- Distribución según situación laboral

Trabajo	Fa	Fr
Trabaja	17	34 %
No trabaja	33	66 %
Total	50	100 %

- El mayor porcentaje de nuestros entrevistados no trabaja, constituyendo el 66 % de la muestra, y los que trabajan el 34%.

Estos porcentajes concuerdan con lo señalado precedentemente en relación con las oportunidades que se ofrecen a las personas con desventajas psicosociales, en función del mercado laboral, a lo que se suma la creciente merma de puestos de trabajo- en general dentro del mismo- y el cambio operado en las condiciones laborales en cuanto a mayores requisitos y por ende mayores exigencias hacia los trabajadores, acentuando así la competitividad, que dificulta el acceso.

Dentro de la muestra están incluidos quienes perciben beneficios sociales, que implica en algunos casos una restricción de acceso al mercado, ya que de hacerlo deberían renunciar al mismo o someterse a condiciones de trabajo de menor regulación, lo que se transforma en una situación desfavorable.

K- Distribución según oficio y/o tipo de trabajo

Tipo de trabajo	Fa	Fr
Trabajo Protegido	12	24 %
Trabajos esporádicos y/o por cuenta propia	5	10 %
Desocupados	32	64 %
Estudiante	1	2 %
Total	50	100 %

- El 62 % de los entrevistados están desocupados, un 24 % trabajan en condiciones protegidas, un 12 % realiza trabajos esporádicos y/o por cuenta propia y un 2 % estudia.

Un trabajo protegido es el realizado en un ambiente en el cual se adaptan ciertas condiciones laborales y los puestos de trabajo a las desventajas que presentan quienes se incluyan dentro de él, en la muestra el 24 % trabaja en estas condiciones. En la ciudad de Buenos Aires esta modalidad está organizada en los Talleres de Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica dependiente del G.C.B.A.

El 10 % trabaja por cuenta propia es decir sin ningún tipo de relación de dependencia lo cual implica un nivel de organización complejo, la mayoría son trabajos informales y dentro de estos se puede realizar con continuidad o sin ella.

L- Distribución según nivel de instrucción

- *Esta variable se presenta en una escala ordinal dada la característica propia de la misma en la que los niveles son excluyentes entre sí y siguen una secuencia. En función de destacar el acceso de la población investigada de un nivel a otro y el grado alcanzado (completo –incompleto) es que optamos por presentarlos en forma separada: A- Nivel Primario, B Nivel secundario, C Nivel Terciario. Es nuestro interés visualizar el recorrido educativo de cada uno de los pacientes y el nivel alcanzado (completo-incompleto)*

- *A*

Nivel Primario	Fa	Fr
Completo	48	96 %
Incompleto	2	4 %
Total	50	100 %

B

Nivel Secundario	Fa	Fr
Completo	17	34%
Incompleto	27	54 %
No iniciaron el nivel secundario	6	12 %
Total	50	100 %

Nivel Terciario	Fa	Fr
Terciaria Completa	2	12 %
Terciaria Incomp.	2	12 %
Universitaria Com.	2	12 %
Universitaria Incompleta	6	35 %
No continuaron	5	29 %
Total	17	100 %

- El 96 % de las personas que constituyen la muestra han completado sus estudios primarios, de estos un 43 % han completado también su instrucción secundaria y de estos el 24 % recibieron instrucción terciaria y /o universitaria completa.
- Del 96 % que finalizaron su instrucción primaria el 54 % no terminó el nivel secundario, del 34 % que representan los que completaron el nivel secundario un 29 % no continuo estudiando.

Destacamos la posibilidad de acceso al nivel de instrucción primaria, no constituyendo el analfabetismo un obstáculo a ser sorteado. El 4% que no completaron este nivel están igualmente alfabetizados.

De los que estaban en condiciones de continuar con el nivel secundario lo iniciaron en un 88% y sólo lo completaron un 34 %, convirtiendo al 54 % en el límite del primer gran escalón que lo llevará a distanciarse del resto del grupo de aquí en más.

Del 34% que estaba habilitado para acceder al nivel terciario/ universitario hubo un 24 % que lo finalizó, un 47 % lo inició y no lo completó y un 29 % al terminar la secundaria no continúo estudiando.

Esto no constituye necesariamente una característica particular de las personas con trastornos psiquiátricos, se inscribe dentro un marco social, cultural y económico que abarca a la población actual.

M- Distribución según tipo de vivienda en la que residen

Tipo de vivienda	Fa	Fr
Casa propia	26	52 %
Depto. propio	14	28 %
Casa alquilada	1	2 %
Depto alquilado	2	4 %
Habitación pensión	4	8 %
Otros	3	6 %
Total	50	100 %

- Un 80 % reside en una vivienda que es de su propiedad y/o de alguno de los miembros de la familia y/o grupo conviviente, un 6 % alquila el lugar donde vive, 8 % habita en una vivienda con régimen de hospedaje.

En esta muestra la temática de contar o no con una vivienda, no adquiere un peso significativo como motivo de preocupación.

N- Distribución según personas con las que convive

Grupo conviviente	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Solo	6	12 %
En pareja	6	12 %
Madre y/o padre	28	56 %
Hermano/a	15	30 %
otros	17	34 %

Del primer análisis en la tabla matriz de la variable **Grupo Conviviente** de los entrevistados, se realizó un agrupamiento de categorías para simplificar la información obtenida dada la

diversidad de formas de constitución de los mismos. Para ello se tomaron las categorías referida a los padres, a los hermanos, en pareja, solos y con otros, las que se consideraron en función de su representación con respecto al total.

- El 56 % de los entrevistados viven con uno de sus progenitores o con ambos, luego el 30 % convive también con sus hermanos o sólo con ellos, los que viven en pareja al igual que los que viven solos representan respectivamente un 12 %, un 34 % se incluye en otros ya que vive con otros familiares, amigos o compañeros.

Destacamos, del análisis efectuado la prevalencia de los porcentajes que nos señalan que los entrevistados mayoritariamente no viven solos. Establecemos por un lado como un factor de incidencia; el económico y la situación laboral actual, señalamos también el de las dificultades en la asunción de roles que hacen al mantenimiento de una vida cotidiana autónoma que se evidencia en general en las personas con padecimientos psíquicos.

Dentro de los que viven solos la mayoría carece de familia cercana y son independientes económicamente.

Entre los que viven en compañía el mayor porcentaje queda establecido en la categoría en la cual viven con los padres, el factor de la edad actual de los mismos se pone aquí de manifiesto.

Presentación de las características sociales de la población en estudio

- **Las características que presenta** el grupo mayoritario **de nuestros entrevistados son las siguientes: género masculino, argentinos entre 18 y 47 años, cuya procedencia es del**

Gran Buenos Aires. Solteros, con familia directa, viven con ella, y lo hacen en una vivienda propia. Completaron el nivel primario de instrucción e iniciaron el secundario, no trabajan y son dependientes económicamente.

- Las características que presentan el grupo minoritario de nuestros entrevistados son las siguientes: género femenino, argentinos nacidos en las restantes provincias de la nación, exceptuando la de Buenos Aires, procede de la Capital Federal, y tienen mas de 48 años. Su estado civil es separado, viudo o divorciado, viven solos o en pareja, en una vivienda alquilada, y ha completado un nivel terciario de instrucción. Son independientes económicamente y algunos cuentan con beneficios sociales.

5° parte

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Análisis de los datos relevados a tráves de la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS)

El análisis de los datos obtenidos en relación con la Escala de Funcionamiento Psicosocial que se presenta a continuación está integrado por los registros correspondientes y las observaciones realizadas en el transcurso de las entrevistas.

1- Area Ocupacional

Area Ocupacional	Fa	Fr
No aplicable	33	66 %
Muy satisfecho	5	10 %
Satisfecho	10	20 %
Indiferente /Neutral	2	4 %
Poco Satisfecho	-	-
Insatisfecho	-	-
Total	50	100 %

- El 66 % de la muestra no es aplicable ya que no trabaja.

Este dato es por demás significativo no obstante no se puede establecer una diferencia entre las causas del mismo, dentro de los factores que la constituyen; podríamos decir que uno es el alto índice de desocupación vigente en el momento

en que se realizó la entrevista, otro es el difícil acceso que tienen al mundo del trabajo las personas que padecen de desventajas psicosociales, producto de los mismos padecimientos psíquicos o de las secuelas de la institucionalización.

La desocupación y las dificultades de acceso se convierten en obstáculo par iniciar una búsqueda laboral.

- Con respecto al total de los entrevistados (50) un (34 %) trabaja , un 20 % se encuentra satisfecho con el mismo, un 10 % muy satisfecho y el 4 % se manifiesta indiferente.

Por lo tanto observamos que de los que trabajan, la mayoría refiere sentirse muy satisfecho y satisfecho con su desempeño y el establecimiento de sus relaciones laborales.

2- Area Social

Area Social	Fa	Fr
No aplicable	-	-
Muy satisfecho	4	8 %
Satisfecho	34	68 %
Indiferente /Neutral	7	14 %
Poco Satisfecho	5	10 %
Insatisfecho	-	-
Total	50	100 %

- En relación con sus actividades sociales en general y a los vínculos que establecen con los vecinos y amigos un 68 % se expresa satisfecho, un 14 % se muestra indiferente, un 10 % refiere estar poco satisfecho y un 8 % manifiesta sentirse muy satisfecho.

Esta temática se relaciona directamente con las expectativas a desarrollar en esta área social, que es preponderantemente el vínculo con otros, observamos que la satisfacción(76 %) se relaciona con llevar a cabo ciertas actividades interpersonales básicas acordes a su rol, no involucrando necesariamente un nivel de mayor participación en la comunidad. En ese mismo sentido destacamos la ausencia de registro en el nivel de insatisfecho.

También es de destacar que en esta área se registra un porcentaje considerable en el nivel de indiferente, desde nuestro análisis lo ubicamos pertinente a las características del padecimiento psíquico en lo que concierne a las restricciones en lo social, dadas tanto por lo singular de cada persona que se encuentra en esta situación y además por los prejuicios de la comunidad hacia este padecimiento.

3- Area Económica

Area Económica	Fa	Fr
No aplicable	-	-
Muy satisfecho	-	-
Satisfecho	9	18 %
Indiferente /Neutral	21	42 %
Poco Satisfecho	17	34 %
Insatisfecho	3	6 %
Total	50	100 %

En relación con su desenvolvimiento en el área económica, en cuanto a disponibilidad de dinero, forma de administración, cobertura de necesidades básicas y posición personal frente a estas cuestiones, se observa que:

- Un 42% se muestra indiferente, el 34 % Poco satisfecho, un 6 % Insatisfecho y un 18 % satisfecho.
- Estos datos (42%) se corresponden con que la mayoría no trabaja y son dependientes económicamente de su familia.
- Con casi la misma proporción, un (40%) manifiesta a través de la poca satisfacción y la insatisfacción, su preocupación en cuanto a sus recursos económicos y a la repercusión que tiene en otras áreas del funcionamiento psicosocial. Tomando en cuenta las

características de nuestros entrevistados esto nos habla de un alto porcentaje que está atento a la problemática socio-económico.

4- Area Sexual

Area Sexual	Fa	Fr
No aplicable	2	4 %
Muy satisfecho	17	34 %
Satisfecho	20	40 %
Indiferente /Neutral	9	18 %
Poco Satisfecho	2	4 %
Insatisfecho	-	-
Total	50	100 %

En cuanto al desenvolvimiento de su rol sexual esto es, un vínculo con un grado de mayor compromiso afectivo, de ejercicio de la sexualidad y de desempeño de rol sexual social, que se corresponde con las expectativas que cada uno tiene para sí.

- Un 40 % se muestra satisfecho, un 34 % muy satisfecho. Sumados estos da cuenta de un 74 % de satisfacción en el área sexual.

Quizás estos porcentajes contradigan mas de un prejuicio y se establezca como un hallazgo, si se lo analiza en relación con la indiferencia afectiva como una de las características de mayor importancia del padecimiento psíquico.

- Los entrevistados que se ubican dentro del 4 % de no aplicable no refirieron falta de interés en establecer una relación de pareja. El 18 % que se manifestó indiferente expresó su falta de interés enfáticamente, en algunos se remontan a experiencias malogradas anteriores, otros visualizan una responsabilidad de difícil asunción.

5- Area Familiar

Area Familiar	Fa	Fr
No aplicable	2	4 %
Muy satisfecho	7	14 %
Satisfecho	23	46 %
Indiferente /Neutral	10	20 %
Poco Satisfecho	7	14 %
Insatisfecho	1	2%
Total	50	100 %

- El 46 % está satisfecho con la relación que mantiene con su familia, el 20 % se mantiene indiferente, un 14 % refiere estar muy satisfecho, un 14 % se manifiesta poco satisfecho y

un 2 % insatisfecho. El 4 % que se ubica en el ítem no aplicable corresponde a quienes no mantiene relación con su familia en el momento de la entrevista.

La escala se propone medir desde la subjetividad del entrevistado dos aspectos: aquello que refiere que la familia hace o realiza con o por el entrevistado y aquello que este hace o realiza con o por su familia, esta bidireccionalidad lo hace único dentro de la generalidad de las áreas de relevamiento. De tal modo es tomado para el análisis realizado y de ahí la importancia del porcentaje obtenido (60 %) entre satisfecho y muy satisfecho, en ambos resaltamos el compromiso establecido por la familia y por el entrevistado desde la óptica de este último.

El 20 % constituido por las personas que refieren que le es indiferente la actitud que mantiene su familia para con él, nos lleva a inferir la limitación significativa de las relaciones entre él y su familia, apoyada en esta posición que en ocasiones suponemos será compartida.

Los que constituyen el porcentaje de pocos satisfechos o insatisfechos incluyen estas dos posiciones: la de un reconocimiento de cierta imposibilidad para asumir un rol mas destacado dentro de su familia y la de quienes reclaman mayor atención por parte de esta centrándose en sus propias expectativas.

6-Nivel Global de Satisfacción

El Nivel Global de Satisfacción se construye determinando la media de los valores de las cinco áreas que componen la Escala de Funcionamiento Psicosocial, y permite obtener una visión general acerca de cómo se ubican los entrevistados en cuanto al desempeño de roles y su nivel de satisfacción en el funcionamiento psicosocial.

Nivel Global	Fa	Fr
No aplicable	-	-
Muy satisfecho	4	8 %
Satisfecho	31	62 %
Indiferente /Neutral	12	24 %
Poco Satisfecho	3	6 %
Insatisfecho	-	-
Total	50	100 %

- Del total de los entrevistados (50) de acuerdo a la evaluación global de las diferentes áreas, el 62 % se ubica en el nivel de Satisfecho, en el nivel de muy satisfecho se ubica el 8 %, el 24 % resulta indiferente, y un 6 % en el de Poco Satisfecho.

Características de los entrevistados según Escala de funcionamiento Psicosocial:

El alto índice de desocupación vigente en el momento en que se realizó la entrevista, y el difícil acceso que tienen al mundo del trabajo las personas que padecen de desventajas psicosociales, producto de los mismos padecimientos psíquicos o de las secuelas de la institucionalización podrán ser las causas determinantes del alto porcentaje de la no aplicabilidad al evaluar el área ocupacional. Además la desocupación y las dificultades de acceso se convierten en obstáculo para iniciar una búsqueda laboral.

No obstante ello, de los que trabajan la mayoría refiere estar satisfecho con su desempeño y establecimiento de relaciones laborales

En relación con las actividades sociales la mayoria se manifiesta satisfecho. Esta temática se relaciona directamente con las expectativas a desarrollar en esta área social, que es preponderantemente el vinculo con otros, observamos que la satisfacción se relaciona con llevar a cabo ciertas actividades interpersonales básicas acordes a su rol, no involucrando necesariamente un nivel de mayor participación en la comunidad. En ese mismo sentido destacamos la ausencia de registro en el nivel de insatisfecho.

También es de destacar que en esta área se registra un porcentaje considerable en el nivel de indiferente, desde nuestro análisis lo ubicamos pertinente a las características del padecimiento psíquico en lo que concierne a las restricciones en lo social, dadas tanto por lo singular de cada persona que se encuentra en esta situación y además por los prejuicios de la comunidad hacia este padecimiento.

Teniendo en cuenta que la mayoría refiere ser indiferente en lo concerniente al área económica, con casi la misma proporción, se manifiesta a través de la poca satisfacción y la insatisfacción, su preocupación en cuanto a sus recursos económicos y a la repercusión que tiene en otras áreas del funcionamiento psicosocial. Tomando en cuenta las caracteristicas de nuestros entrevistados esto nos habla de un alto porcentaje que está atento a la problemática socio-económico.

La mayoria establece un alto grado de satisfacción en el ejercicio de su rol sexual quizás esta prevalencia contradiga mas de una concepción establecida para las personas con trastornos psíquicos y se establezca como un hallazgo, si se lo analiza en relación con la indiferencia afectiva como una de las características de mayor importancia del padecimiento psíquico.

La bidireccionalidad de esta área de relevamiento aumenta la importancia de los datos obtenidos siendo que la mayoria se ubica entre satisfecho y muy satisfecho, es que en ambos resaltamos el compromiso establecido por la familia y por el entrevistado desde su propia visión.

Analizando las diferentes áreas se observan variaciones respecto de los niveles de satisfacción, que dan cuenta de la presencia de necesidades, sin embargo se hallan satisfechos en el nivel global de satisfacción de la escala.

Este nivel de satisfacción global se obtiene sobre la base de los datos obtenidos en cada área y representa el promedio de los mismos, explicitamos esto aquí con el fin de orientar la lectura de los resultados y las conclusiones, siendo que este nivel es un constructo específico de la escala como tal que engloba todas las áreas.

No obstante es válido preguntarse por qué asisten entonces a un servicio de Terapia Ocupacional de un Hospital especializado en Salud Mental y con qué expectativas.

Media de los resultados totales obtenidos de la Escala de funcionamiento Psicosocial por área y nivel global

Area	Media
Area Ocupacional	0,79
Area Social	2,57
Area Económica	3,70
Area Sexual	2,19
Area Familiar	2,69
Nivel global	2,38

Estos resultados permiten ubicar el nivel de satisfacción promedio de la población en estudio, tanto en lo relativo a cada área que compone la escala , como así también en cuanto al nivel global.

Muestra que los mismos se ubican en general en el intervalo de SATISFECHO (de 2 a 3) en la mayoría de las áreas que la componen observándose un resultado diferente a este comportamiento en las áreas ocupacional (0,79- No aplicable) y económica (3,72- Indiferente) Esta observación apunta a la totalidad de la población en estudio y permite apreciar un comportamiento de conjunto, que es valioso al momento de contextualizar la problemática, pero es de resaltar que desde el enfoque de la clínica de terapia ocupacional el eje central se ubica en la particularidad de cada consultante, en su funcionamiento psicosocial y en sus características sociales.

6° parte

Cruces de variables (C.V) entre la escala de funcionamiento psicosocial y los datos de la ficha de características sociales.

Los cruces de variables que se presentan a continuación, son aquellos que guardan una conexión con los objetivos planteados para esta investigación y nos permiten explorarlos.

Estos fueron seleccionados considerando las diferentes áreas del funcionamiento psicosocial y su correspondencia con las variables relevadas a través de la ficha de características sociales; para indagar la relación existente entre ellas.

Nuestra finalidad es identificar el nivel de satisfacción en el funcionamiento psicosocial y las caracteristicas sociales de las personas que consultan el área clínico ambulatoria del servicio de Terapia ocupacional del Htal. Borda.

Dado que clínicamente se asevera que las personas con trastornos psíquicos evidencian serias dificultades en la sociabilidad, y en lo ocupacional, siendo estas temáticas de extensos debates teóricos, hemos seleccionados estos dos ejes como orientadores para centrar los cruces de variables. No obstante en principio realizamos algunos cruces de las características sociales y el nivel de satisfacción global de la escala de Funcionamiento Psicosocial.

- **A -Sexo y Nivel de satisfacción global**

Sexo	0 a 1 no/aplic	1 a 2 muy/satisf.	2 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	TOTAL
Masculino	0	3	23	11	1	38
Femenino	0	1	8	1	2	12
TOTAL	0	4	31	12	3	50

- De nuestros 38 entrevistados masculinos 23 se encuentran satisfechos en el nivel global, 3 refieren estar muy satisfechos, 11 se definen indiferentes y 1 se dice poco satisfecho y ninguno insatisfecho.
- De nuestras 12 entrevistadas femeninas 8 se encuentran satisfechas en el nivel global, 1 refiere estar muy satisfecha, 1 se define indiferente, 2 se dicen poco satisfecha y ninguna insatisfecha.
- Mas de la mitad de la muestra refiere estar satisfecha en el nivel global, no se destaca una diferencia significativa según género en relación con este tema. Nuestra experiencia coincide con los resultados que se observan al relacionar estas variables.

FOLIO
59

❖ **B- Edad y Nivel de satisfacción global**

Edad	0a1 no/aplic.	1 a 2 muy/satisf.	2 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	TOTAL
18 a 27	0	0	9	4	1	14
28 a 37	0	1	8	3	2	14
38 a 47	0	2	7	4	0	13
48 a 57	0	1	5	1	0	7
58 a 67	0	0	1	0	0	1
68 a 77	0	0	1	0	0	1
TOTAL	0	4	31	12	3	50

- Haciendo una lectura de este cuadro en función de la posibilidad clínica que brinda, si agrupamos la franja de edad comprendida entre los 18 a 47 años observamos que – si bien, hallamos allí la mayor frecuencia de los entrevistados- es también en esa franja donde encontramos la mayor cantidad que se manifiesta satisfecho globalmente. En el periodo étareo donde están ubicadas estas personas, las posibilidades y las expectativas acerca del futuro revisten el carácter de lo posible.

FOLIO
60

- Los indiferentes siguen en cantidad de frecuencia, y también se ubican en la franja antes mencionada.

❖ **C- Estado civil y Nivel de satisfacción global**

Estado Civil	0 a 1 no aplicable	1 a 2 muy satisfecho	2 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	5 o más insatisf	TOTAL
Soltero/a	0	4	25	11	2	0	42
Separado/a	0	0	0	0	1	0	1
Viudo/a	0	0	1	0	0	0	1
Casado/a	0	0	3	0	0	0	3
Divorciado/a	0	0	0	1	0	0	1
Unión de hecho	0	0	2	0	0	0	2
TOTAL	0	4	31	12	3	0	50

- El 62 % de los entrevistados dicen encontrarse satisfechos al nivel global, el 81 % son solteros, el 10 % casados y el 6% sostienen una unión de hecho y 3% corresponde a la categoría de viudo/a.

Tomando en cuenta que la mayoría de nuestros entrevistados son solteros las inferencias que podríamos realizar acerca de la relación entre las personas que se hallan satisfechas

- El 22 % de la muestra que se ubica en el nivel de Indiferente está constituido mayoritariamente por el grupo de los solteros (91%) y el resto corresponde a la categoría de divorciado/a. Similar comportamiento se observa en relación con el ítem de poco satisfecho en el que los solteros representan el 67 % y el resto se ubica en la categoría Separado/a.
- Dentro del 8% de los muy satisfechos la totalidad son solteros.

❖ **D- Familia y Nivel global de satisfacción**

Familia	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Sin familia	0	1	1	0	0	0	2
Flia. directa	0	4	29	12	3	0	48
TOTAL	0	5	30	12	3	0	50

De los datos obtenidos, como señaláramos anteriormente, dada la diversidad de registro en las categorías establecidas, luego del análisis de las mismas, se las consideró en referencia a su representación con respecto al total(Tabla H- Conformación de las familias 4° Parte).

De acuerdo a ello y situadas desde la perspectiva de la clínica, realizamos este agrupamiento tomando como flia directa, aquella que comprende madre, padre y /o hermanos, destacando como dato significativo, el hecho de contar o no con familia dato que deviene en fundamental a la hora de pensar las intervenciones individuales a realizar.

El 60 % de la muestra se ubica en el item satisfecho, y el 10 % en el muy satisfecho en ambos casos el mayor porcentaje se concentra en las personas que poseen familia directa y constituyen el 66 % del total. Como podemos ver la mayoría de las personas que poseen familia directa corresponden a un nivel de satisfacción global, podriamos decir que es lo social y culturalmente esperable. Estas personas con trastornos psíquicos que viven en sus casas cuentan con un soporte familiar que les permite referirse satisfechos, y tal vez este sostén los ayude a mantenerse circulando e intercambiando en la comunidad. Los indiferentes representan el 24 %, los pocos satisfechos un 6 % y en su totalidad ambos poseen familia directa.

- Las personas que no tienen familia si bien son sólo dos y sobre 50 representan un4 % y se ubican en los niveles de satisfecho y muy satisfecho, es de destacar que a estas personas la circunstancia actual de no tener familia, no las invalida para sentirse satisfechas en el funcionamiento psicosocial.

❖ **E- Grupo conviviente y Nivel global de satisfacción**

	Nivel global de satisfacción						
Grupo conviviente	0 a 1 no aplicable	1 a 2 muy satisfecho	2 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	5 o más insatisf.	TOTAL
Solo	0	1	2	3	1	0	7
En pareja	0	0	6	0	0	0	6
Hermano/a	0	0	1	0	1	0	2
Madre y/o padre	0	2	15	9	1	0	27
Otros	0	1	6	0	1	0	8
TOTAL	0	4	30	12	4	0	50

- El 62 % del total de la muestra dice estar satisfecho en el nivel global, dentro de éstos el 52% convive con sus padres, el 38 % vive en pareja o con otros, 7 % vive solo y el 3 % lo hace con sus hermanos. Dentro de los indiferentes que representan el 24% del total de los entrevistados, el 75 % vive con sus padres y el 25 % solo.
- La mayoria de los que están satisfechos a nivel global viven con otros, nuevamente se refleja aqui aquello que se conoce teóricamente; que en estos padecimientos psíquicos el estar con otros, de tener una cotideaneidad compartida es beneficioso, que la mayor parte viva con sus padres, se puede relacionar con el nivel de dependencia que se estructura dada las circunstancias sociales que rodean al trastorno psíquico, y que no favorecen la

autonomia. Esta dependencia que es también afectiva se suma a la compleja realidad actual de las personas con este padecimiento, que no está ajena a la situación actual del contexto social, económico y cultural y su implicancia en las posibilidades y dificultades.

❖ F- Sexo y Area social

	Area social				
Sexo	1 a 2 muy/satisf.	2 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	TOTAL
Masculino	2	26	6	4	38
Femenino	2	8	1	1	12
TOTAL	4	34	7	5	50

- De nuestros 38 entrevistados masculinos 26 se encuentran satisfechos en el área social, 2 refieren estar muy satisfechos, 6 se definen indiferentes y 4 se dice poco satisfecho y ninguno insatisfecho.
- De nuestras 12 entrevistadas femeninas 8 se encuentran satisfechas en el área social, 2 refieren estar muy satisfechas, 1 se define indiferente, 1 se dice poco satisfecha y ninguna insatisfecha.
- Mas de la mitad de la muestra refiere estar satisfecha con el área social, no se destaca una diferencia significativa según género en relación con este tema, no obstante se observa

❖ **G- Edad y Area social**

Edad	0 a 1 no aplic.	1 a 2 muy satisf.	2 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	TOTAL
18 a 27	0	0	10	2	2	14
28 a 37	0	1	8	3	2	14
38 a 47	0	3	8	1	1	13
48 a 57	0	0	6	1	0	7
58 a 67	0	0	1	0	0	1
68 a 77	0	0	1	0	0	1
TOTAL	0	4	34	7	5	50

- De los que están satisfechos el 30 % tienen entre 18 y 27 años, les siguen en orden de frecuencia los intervalos de 28 a 37 y 38 a 47 años, y registrando datos en todas las categorías de edad en este nivel de satisfacción. En los restantes niveles los datos se distribuyen desde los 18 hasta los 57 años.

- Se observa que respecto de cada uno de los intervalos los porcentajes mas altos se ubican en el nivel de satisfecho siendo variable la distribución hacia los otros.

❖ **H- Estado civil y Area social**

Estado civil	0 a 1 no/aplic	1 a 2 muy/satisf	2 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	TOTAL
Soltero/a	0	3	31	4	4	42
Separado/a	0	0	0	1	0	1
Viudo/a	0	0	1	0	0	1
Casado/a	0	1	1	1	0	3
Divorciado/a	0	0	0	1	0	1
Unión de hecho	0	0	1	1	0	2
TOTAL	0	4	34	8	4	50

- Siendo la mayoría soltera de ellos destacamos que; un 81 % refiere estar muy satisfecho y satisfecho en el área sexual, y un 19 % es indiferente y poco satisfecho.
- Del análisis de este cruce no se puede establecer una relación determinante entre el nivel de satisfacción en el área social y el estado civil, coincidiendo la información con lo

observado como principales características de la muestra en cuanto al estado civil y por lo tanto en su vinculación con las otras áreas.

- **I- Nivel de instrucción y Area Ocupacional**

	Area Ocupacional						
Nivel de instrucción	0a1 no/aplic.	1 a 2 muy/ satisf.	2 a 3 satisfe cho	3 a 4 indifere nte	4 a 5 poco satisf.	5 o mas insatisf.	TOTAL
Primaria completa	4	0	0	0	0	0	4
Primaria y secundaria completa	4	0	1	0	0	0	5
Primaria secundaria y universitaria completa	1	1	0	0	0	0	2
Primaria secundaria universitaria incompleta	4	1	1	0	0	0	6
Primaria secundaria terciaria completa	0	1	0	1	0	0	2
Primaria secundaria y terciaria incompleta	1	0	1	0	0	0	2
Primaria completa secundaria incompleta	18	1	7	1	0	0	27
Primaria incompleta	1	1	0	0	0	0	2
TOTAL	33	5	10	2	0	0	50

- Para nuestra muestra de 50 que sólo dos personas no hayan completado la escuela primaria, puede reflejar una facilidad en el acceso a la posibilidad de instruirse.

- El 36 % del total que no trabaja (no aplicable), cuenta con instrucción primaria y no finalizó el ciclo secundario, también en igual condición se encuentran los que se manifiestan satisfechos en el área ocupacional y que constituyen el 14 % de la muestra.

No hallamos una diferencia a destacar dentro del nivel de muy satisfecho en cuanto a su relación con el nivel de instrucción alcanzado, pudiéndose trasladar este mismo análisis a los restantes niveles de satisfacción. No hallamos ninguna repercusión directa entre la instrucción y el hecho de tener o no tener trabajo.

❖ **J -Nivel de instrucción y Area social**

	Area Social						
Nivel de instrucción	0 a 1 no/aplic	1 a 2 muy/satf	2 a 3 satisf	3 a 4 indifer	4 a 5 poco satis	5 o más insatisf	TOTAL
Primaria completa	0	0	1	2	1	0	4
Primaria y secundaria completa	0	0	4	0	1	0	5
Primaria secundaria y universitaria completa	0	0	1	0	1	0	2
Primaria secundaria universitaria incompleta	0	1	4	1	0	0	6
Primaria secundaria terciaria completa	0	1	0	1	0	0	2
Primaria secundaria y terciaria incompleta	0	0	1	0	1	0	2
Primaria completa secundaria incompleta	0	2	21	3	1	0	27
Primaria incompleta	0	2	0	0	0	0	2
TOTAL	0	6	32	7	5	0	50

- Advertimos que en este cruce se destaca que el 42% del total de nuestros entrevistados que se manifiesta satisfecho en el área social ha completado los niveles primario e iniciado el secundario de formación, lo que nos permite inferir que dado el mayor recorrido social que se requiere para cumplimentar esos niveles académicos conllevó una

adquisición de habilidades sociales que sin duda ha influenciado en una mayor satisfacción en el ejercicio de los roles sociales.

- La mayoría de los entrevistados se dicen estar satisfecho en el área social se corresponden con casi todas las categorías de nivel de instrucción, sin hallar una relación determinante entre estas dos variables.

❖ K -Recursos económicos y Area social

	Area Social				
Recursos económicos	1 a 2 muy satisfecho	1 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	TOTAL
Independiente	0	6	0	0	6
Independiente con beneficio social	1	3	1	0	5
Dependencia Familiar	1	19	5	4	29
Dependencia fliar. C/beneficio soc. y/o asist comunitaria	1	0	0	1	2
Dependiente del beneficio social y/o asistencia comunitaria	1	6	1	0	8
TOTAL	4	34	7	5	50

- Es de resaltar que aquellos que son dependientes tanto de su familia como del beneficio social y/o asistencia comunitaria se hallan satisfechos, es posible inferir que una mayor estabilidad en esta temática, opere dando una seguridad que influya sobre una mayor satisfacción. La totalidad de los independientes económicamente se encuentran satisfechos en el área social.

- Observamos que la restricción social no obedece a la disponibilidad o no de los recursos económicos, hay otros factores como la motivación el interés y otros que inciden en el área social particularmente.

❖ <u>L- Recursos económicos y Area económica</u>

	Area económica					
Recursos económicos	1 a 2 muy satisfecho	3 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	5 o más	TOTAL
Independiente	0	1	2	2	1-	6
Independiente con beneficio social	0	0	4	1	0	5
Dependencia Familiar	0	6	11	11	1	29
Dependencia fliar C/beneficio soc. y asist. comunitaria	0	0	1	1	0	2
Dependiente del beneficio social y/o asistencia comunitaria	0	2	3	2	1	8
TOTAL	0	9	21	17	3	50

- El 40 % de los entrevistados se muestra indiferente en relación con lo económico, dentro de este grupo, que es el más numeroso, encontramos todas las posibles categorías de la variable recursos económicos.
- El mayor porcentaje de este grupo está ubicado en el ítem Dependencia Familiar, representando el 55%; esta situación puede relacionarse con la seguridad económica que puede representar depender económicamente de su familia, aunque podría pensarse como limitante en la búsqueda de nuevos recursos económicos.

El 34 % de la muestra se manifiesta Poco Satisfecho y se distribuyen abarcando todo el espectro de las categorías de recursos económicos, esto coincide con lo esperado teniendo en cuenta la situación socio-económica imperante al momento de realizar las entrevistas.

Dentro de los poco satisfechos el 65 % corresponde a quienes son dependientes económicamente de su familia.

- El 18 % refiere estar satisfecho y estos son: uno que es independiente, seis que son dependientes de su familia, y dos que cuentan con beneficio social y/o asistencia comunitaria.

❖ <u>M-Grupo conviviente y Area social</u>

	Area Social					
Grupo conviviente	0 al no aplicable	1 a 2 muy satisfecho	2 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	TOTAL
Solo	0	0	5	0	1	6
En pareja	0	1	3	2	0	6
Madre y/o padre	0	1	20	3	4	28
Hermano/a	0	0	1	1	0	2
otros	0	2	5	1	0	8
TOTAL	0	4	34	7	5	50

- El 58 % del total de la muestra dice estar satisfecho en el área social, dentro de éstos el 59% convive con sus padres, el 15 % vive solo o con otros, el 9% vive en pareja, el 2 % lo hace con sus hermanos. Es de destacar aquí la preponderancia de la satisfacción en el área social en los que viven con otros en general y en particular aquellos que viven con sus padres. Podriamos decir clínicamente que gozan del beneficio de estar con otros, sustancial para el tratamiento de personas con trastornos psíquicos.
- El 14 % de los entrevistados se ubica en la categoría de Indiferente incluyéndose en este grupo todos los ítems de grupo conviviente menos el de quienes viven solos.

❖ **N- Conformación familiar y Area Social**

	Area Social						
Conformación familiar	0 a 1 no aplicable	1 a 2 muy satisfecho	2 a 3 satisfecho	3 a 4 indiferente	4 a 5 poco satisfecho	5 o mas insatisf	TOTAL
Sin familia	0	0	2	0	0	0	2
Flia directa	0	4	32	7	5	0	48
TOTAL	0	4	34	7	5	0	50

- El 96 % posee familia directa (padre, madre, hermano/a, esposa/o e hijos), 4 % no posee familia directa, establecemos aquí la diferencia que no contemplamos aquellos que tienen abuelos, tíos, primos y /o familia política.
- El 75 % de los que poseen familia, se ubican entre muy satisfecho y satisfecho, inferimos que las personas que tienen acceso a una mayor circulación familiar, y cuentan quizás con mas posibilidades en el ejercicio de los roles sociales y refieren encontrarse satisfechas en el área social, Los que no tienen familia (4 %) refieren también estar satisfechos en esta área.
- El 25 % con familia comprende las categorías de indiferente (15 %) y poco satisfecho (10%).

7° parte

RESULTADOS

El porcentaje más amplio de nuestra muestra pertenece al gran Buenos Aires, su edad es de entre 18 y 57 años, dentro de estos la mayoría son hombres. El estar soltero es el estado civil que prevalece en los entrevistados.

Un número importante cuenta con su madre y su padre y convive con ellos, la generalidad mantiene una dependencia económica de su familia y no trabaja, están desocupados y residen en una vivienda de propiedad familiar.

Casi la totalidad de la muestra ha completado sus estudios primarios, la mitad de ellos inició el nivel secundario y no lo finalizó.

Forma parte de la muestra una minoría que trabaja y es independiente económicamente y quienes la integran viven solos o en pareja.

Globalmente quienes trabajan se encuentran satisfechos con su trabajo y con las relaciones interpersonales que esta situación les genera.

En relación con sus actividades sociales en general y en particular a los vínculos que establecen con los vecinos y amigos la mayoría se expresa satisfecho.

En cuanto al desenvolvimiento en el área económica; la disponibilidad de dinero, forma de administración, cobertura de necesidades básicas y posición personal frente a estas cuestiones, se observa que el grupo más amplio es indiferente; como así también se registra un número considerable de poco satisfechos e insatisfechos.

En su conjunto se hallan satisfechos en el establecimiento y desempeño de su rol sexual.

Alrededor de la mitad de la muestra, están satisfechos con su relación familiar, tanto en lo que concierne a lo que su familia hace por él, como a lo que él hace por ella.

Es de importancia destacar que en el nivel global de satisfacción se dicen satisfechos el 70 % de nuestra muestra esta información nos resulta significativa ya que se contrapone con aquello que es de mayor difusión, que a mayores dificultades psicosociales se espera un mayor grado de insatisfacción.

Dentro del área social y según la distribución por sexo, no se observan diferencias a destacar en el nivel de satisfacción y en lo referente al nivel global de satisfacción se observa un comportamiento similar por lo tanto no se identifica una relación particular en la distribución según género.

Teniendo en cuenta que la mayoría de nuestros entrevistados son solteros no se puede llegar a establecer relaciones de peso entre este estado civil y la satisfacción, ya que esta preponderancia establece un sesgo determinante dentro de la muestra.

No se alcanza a establecer una incidencia entre el desempeño ocupacional y el nivel de instrucción alcanzado y lo mismo ocurre entre éste y el nivel de satisfacción en el área social.

La totalidad de lo que son independientes económicamente se encuentran satisfechos en el área social y de similar manera aquellos que dependen de su familia, como del beneficio social y asistencia comunitaria.

La mayoría de nuestra muestra que viven con otros se muestran satisfechos en el área social y del mismo modo se reproduce en lo concerniente al nivel global de satisfacción.

Dentro de la muestra quienes están satisfechos en las áreas social y familiar y en el nivel global de satisfacción, poseen familia directa mayoritariamente. Por otro lado quienes se refieren indiferentes tienen familia directa.

CONCLUSIONES

La utilidad de los instrumentos seleccionados en función de relevar información del nivel de funcionamiento psicosocial de la población en estudio se corroboró en esta investigación.

Su implementación resultó accesible tanto al entrevistado como al entrevistador de sencilla aplicación y pertinente al desempeño del Terapista Ocupacional, destacando que constituye una evaluación psicosocial que se utiliza dentro de un encuadre asistencial orientado a la Rehabilitación psicosocial.

Si bien, la escala tal como fue concebida propone medir fundamentalmente el nivel global de satisfacción en aquellas personas en las que se la aplica, consideramos necesario analizar además cada área que la compone, desagregar el comportamiento de cada una de ellas posibilita la instrumentación de intervenciones de mayor precisión acordes con la particularidad de cada consultante en función de su funcionamiento psicosocial.

A la luz de los resultados relevados y su análisis, no hemos encontrado relaciones determinantes entre un nivel de funcionamiento psicosocial y las características sociales.

En la población estudiada no se cumple aquello que la bibliografía internacional refiere de las personas que padecen un trastorno psíquico, acerca de la insatisfacción

generalizada con respecto de su propia vida (no pueden cumplir un rol social adecuado a la edad y refieren tener una mala calidad de vida).

Nuestros entrevistados en su mayoría se manifiestan globalmente satisfechos, no obstante acuden a consultar a Terapia Ocupacional, diremos clínicamente que la búsqueda de asistencia se relaciona con aquellas áreas en las cuales dicen sentirse menos satisfechos.

Dada la característica del presente estudio no es posible generalizar estos resultados.

La percepción de cada uno de los consultantes respecto de su funcionamiento psicosocial, resultado de la reflexión acerca de su desempeño de roles vinculados a sus particulares características sociales, permite configurar un panorama de cómo se conjugan una serie de factores en relación con la desventaja psicosocial, constante que se manifiesta con crudeza en estos padecimientos, aproximándonos a conocer el impacto de ella sobre el sujeto.

Atentas a levantar los datos de la subjetividad, línea directriz de nuestra práctica, destacamos la aplicación clínica de estos instrumentos como facilitadores del acceso a esta información que muestra al sujeto más allá de su trastorno psíquico, en la dimensión de su desventaja y su implicancia en lo social, punto esencial en el enfoque de las estrategias de rehabilitación psicosocial.

BIBLIOGRAFIA

1. -A.A.T.O.- "Libro del Segundo Congreso Argentino y Primer Simposio Latinoamericano"- Compilación de trabajos presentados de varios autores- Buenos Aires 1992.
2. Ander Egg, Ezequiel. "Técnicas de Investigación social" El Cid Editor. Buenos Aires 1980
3. Andrew,F.M. y Withey,S,B. "Social indicators of Well-being Americans' percepcions of life quality" NY; Plenium 1976.
4. -Apollon. W y Otros -"Traiter La Psychose".Woeud Griffic. Quebec. Cánada. 1989
5. -Augé de Depino, Alabarcez y Otros. "El Hostal". Psicoterapias Integradas Editores 1993
6. -Augé de Depino. "El Hostal, una alternativa de tratamiento para pacientes en crisis". Revista Vertex -Dic 93-Ene Y Feb 94.
7. -Bonicatto.S,Soria.J.J. "Los instrumentos de calidad de vida de la organización mundial de la salud" Ediciones CATA 1998
8. Bonicatto.S, Zaratiegui.R y otros "Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad" Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina- 2000- 46 (4: pag.318 a 324).
9. -Caron,Jean.Tempier,R.Mercier,C "Componentes del soporte social y de la calidad de vida en enfermos mentales severos, individuos de bajos ingresos y población en general"- ,Boletin asociación Madrileña de rehabilitación psicosocial- N°10-11- Año 44 -1999
10. -Corten,P.Mercier,C y Pelc "Quality of life" clinical model for assessment of rehabilitacion treatment in psichiatry" Ed Social Psichiatry y Psichiatry Epidemiology 29-178-183.

11. -Capozzo, Gómez Mengelberg- Emisión Radial-" Hablemos de Salud" Frecuencia Especial 93.1

12. -Capozzo, Gómez Mengelberg- Daneri - "Terapia Ocupacional- Multidisciplina" - Revista Argentina de Psiquiatria -Volúmen VIII-N° 27- mayo 1997.

13. -Capozzo, Gómez Mengelberg- Daneri- "Consideraciones generales sobre la Terapia Ocupacional y su inserción en la Institución" Jornadas Hospitalarias- Hosp.Borda -1984-

14. -Corrigan,P,W. "Enfermedad y discriminación: enfrentando las dos causas de la discapacidad psiquiátrica" VERTEX-Rev. Arg .de Psiquiat. 1999, Vol.X:105-110.

15. -Chazaud Jacques- "Introducción a la terapia institucional"- Grupos e instituciones - Paidos 1980.

16. -Da Rocha Medeiros,M "La reforma de la atención al enfermo psiquiátrico en Camphinas: "un espacio para la Terapia Ocupacional"- Tesis de doctorado no editada. Brasil 1996.

17. Dubois,J - "La Rehabilitación psicosocial"- Boletin de la World Asociation Phicosocial Rehabilitation- Ed WAPR- Francia 1999.

18. -Dias Barros,Denise y Correa Oliver Fátima- "Rehabilitación y ciudadania"-1999-V Congreso Nacional de Terapia Ocupacional- La Rioja - Argentina.

19. -Desjarlais.R,Eisenberg.L,Good.B,Kleinman- "Salud mental en el mundo" Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos- Programa ampliado de Libros de Texto (PALTEX)-OPS.

20. -Egri,G "La Rehabilitación en salud mental con base en la comunidad" Libro de la OMS 1998.Editorial OPS- OMS- Washington 1992.

21. -Fernandez Elida -Diagnosticar Las Psicosis- Data Editora 1993.

22. Gofin,J.Levav,I.Sarceno,B "Vigilancia y evaluación en los programas de salud mental-comunitaria"- Cap IV- Temas de salud mental en la comunidad- PALTEX Ed- OPS-(1992).

23.-Lehman;A,F,(1998) "A quality of life interview for the cronically mentally" ill.Evaluation and programing Planning 11-52-662-Boletín de la Asociación de Rehabilitación Psicosocial de Madrid- Octubre de 1999.

24-Lehr Ursula M y Thomae Hans "La Vida Cotidiana, tarea métodos y resultados"- Biblioteca de Psicología- Textos Universitarios- Editorial Herder 1994.

25-Levav.I "Temas de salud mental en la comunidad" Serie Programa ampliado para libros de texto- (PALTEX) para ejecutores de programas de salud N°19- OPS-1992.

26-Levav,I "Psiquiatria social". Ed Acta Psiquiatrica y psicológica de America Latina 18:3 - 1972.

27-Liberman Robert Paul "Rehabilitación integral del enfermo mental crónico" -Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud -ED Martínez Roca -Libros Universitarios y profesionales- 1993.

28-Libro Del V Congreso Europeo De Terapia Ocupacional- Madrid-1996.

29-Mac Donald, E "Terapéutica en Rehabilitación". Madrid, Editorial Salvat. Segunda Edición.1979

30-Magalhaes Livia. T.O - "Evaluación de Terapia Ocupacional": O qué Evaluar Y Cómo Evaluar"- 1997 Anales del V° Congreso Brasilero de Terapia Ocupacional.

-31-Materia Prima- Dossier "La evaluación" Primera Revista Independiente De Terapia Ocupacional. Año II-N° 4.

32- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- Dirección de Salud Mental Programa de Rehabilitación y Externación Asistida- (Resolución N° 001832)- Año 1999.

33-Muñoz.M, Perez.Santos, López.A, Panadero.S "Apuntes para la medida de la calidad de vida" Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial-N°10-AÑO 1999.

34-Paganizzi, Liliana- "Intervenciones en Rehabilitación Psicosocial" -1988-Presentado en las VII Jornadas de Terapia Ocupacional del Hospital Borda-Bs.As.

35-Paganizzi Liliana -"Actividad Lenguaje Particular"- Ed Independiente. Bs. As.- 1997

36-Paganizzi y otros- "Terapia Ocupacional- Del hecho al dicho"-Psicoterapias Integradas Editores- Bs.As. 1991.

37-Rodríguez Del Barrio Lourdes - "Salud Mental y Rehabilitación: La dinámica de diversificación y homogeneización de organizaciones discursos y prácticas" Profesora De Universidad de Otawa , Quebec-Cánada. Traducción Revista Argentina de Psiquiatría Vertex Volumen X. N° 36-1999.

38-Salamero Platas.C, Eizaguirre de Luna.L- "Medida de calidad de vida en cuadros psiquiátricos crónicos" Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial-N°10-AÑO 1999.

39-Saraceno.B,Levav.I- "La evaluación de servicios de salud mental en la comunidad"- Capitulo V- Temas de salud Mental en la comunidad. Paltex OPS- 1992.

40-Saraceno,B.Bolongaro,G. "Valutazione della qualitá in psichiatria. En: Di Munzio W.(Edit) La valutazione in psichiatria tra approccio epidemiologico e metodologia della scienza.Napoli,Liguori. Edittore ,1990

41-Silva Ibarra Hernán -La Esquizofrenia de Kraepelin al Dsm-IV-Ediciones de La Universidad Católica de Chile.1993

42-Valencia y Colaboradores "Evaluación del Funcionamiento Social en pacientes de un Centro de Salud" -1988. Ed Instituto Mejicano de Psiquiatría.

FOLIO
82

43-Verdugo y colaboradores." Politicas sociales en la atención de personas con discapacidad" Cuadernillo de la U. De Belgrano 2001-Buenos Aires.

44-Vidon.G,Dubuis.J,Leguay.D,Habib.M,"Le Mouvement de Réhabilitación Psychosociale, Une opportunité pour la Psychiatrie francaise" -2000-WAPR – Francia.

45-Willard y Spackman "Terapia Ocupacional"- - Editorial Panamericana- Año 1998

46- Wolf ,Judith "La importancia de la valoración de las necesidades y la calidad de vida para la innovación en la atención" -V Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial- Rotterdam –Abril 1996

ANEXO

1° parte

Manual de aplicación

La escala de funcionamiento psicosocial se compone de cinco áreas de evaluación: ocupacional, social, económica, sexual y familiar. La escala comprende un total de 35 reactivos y un sistema de clasificación que incluye 5 niveles: 1, Muy satisfecho; 2, Satisfecho; 3, neutral -indiferente; 4, Poco Satisfecho y 5, Insatisfecho. El último reactivo de cada área es una evaluación global que hace el paciente de su nivel de funcionamiento psicosocial en es área.

Por lo general se toma al paciente como informante, pero también se puede considerar a un familiar como informante clave acerca del funcionamiento del paciente.

El período de evaluación puede variar de acuerdo al tipo de estudio que se pretenda realizar.

La escala se desarrolló en forma de entrevista semiestructurada que incluye preguntas que sirven como guía al entrevistador, dándole al mismo tiempo la oportunidad de hacer otras preguntas adicionales para obtener toda la información necesaria. Para la calificación de la escala se obtiene un promedio de cada área y uno global.

Bibl... 3
FOLIO
84

Preguntas que se utilizaron como guía para la entrevista de la Escala de FuncionamientoPsicosocial

- Area Ocupacional:
- *Horas de trabajo:*

1)- ¿Cuántas horas trabaja Usted al día?- ¿ Le parecen excesivas, pocas o considera que son adecuadas?

¿ Cómo se siente en relación con la cantidad de horas que trabaja al día?

2)- Desempeño en el trabajo:

- ¿ Cómo se desempeña Usted en el trabajo: correctamente, incorrectamente?
- ¿ Cómo se siente en relación con la valoración de su desempeño?

3)- Relaciones interpersonales:

- De tener en su trabajo, jefes, compañeros,etc.: ¿Cómo podría Usted definir la relación interpersonal con los mismos : Adecuada-Inadecuada ¿
- ¿ Cómo se siente en relación a las relaciones que establece ¿

4)- Comunicación en el trabajo:

- ¿ Cómo definiría Usted su comunicación en el trabajo con el /los Jefe/Jefes, compañeros: -Buena, regular, mala?
- ¿ Cómo se siente en relación a este nivel de comunicación?

5)- Problemas en el trabajo:

- ¿ Tiene Usted problemas en el trabajo?- Si-No.¿ Puede identificar qué tipo de problemas y con qué frecuencia se presentan?

- ¿ Cómo se siente en relación con tener o no tener problemas en el trabajo?

6)- Condiciones de trabajo:

- ¿ Cómo son las condiciones de su trabajo: ambiente físico, incentivo, motivación: - Buenas-regulares- malas?
- ¿ Cómo se siente en relación con la calificación de las condiciones de su trabajo?

7)- Nivel de satisfacción global hacia el trabajo:

- En relación con todo lo que ha dicho sobre su trabajo: ¿ Cómo se siente en relación a su trabajo en general: - Muy satisfecho- Satisfecho-Indiferente-Poco Satisfecho- Insatisfecho.

- <u>B- Area Social:</u>

1-Contacto social con sus vecinos:

- ¿ Visita Usted a sus vecinos? ¿Recibe visita de ellos? ¿los invita Usted a su casa?¿lo invitan a Usted? ¿Con qué frecuencia: a menudo- algunas veces- pocas veces- nunca?
- ¿Cómo se siente en relación con el contacto social que mantiene con sus vecinos?

2-Interés en contacto social:

- ¿ Está Usted interesado en relacionarse con la gente, en charlar? ¿Siente Usted que tiene una necesidad de mayor contacto social: Si- Indiferente- No?
- ¿ Cómo se siente en relación con el interés que Usted tiene por el contacto social en general?

3- Nivel de comunicación:

- ¿ Cómo diría Usted qué es su nivel de comunicación con la gente, con sus vecinos, con sus amigos?-Bueno- Regular- Malo
- ¿ Cómo se siente en relación al nivel de comunicación que Usted mantiene con ellos?

4- Aislamiento social:

- ¿Se siente solo con frecuencia: Si-Más o menos- No? ¿ Se aísla Usted de la gente: Siempre- frecuentemente- a veces- nunca?
- ¿Cómo se siente en relación a su actitud frente al aislamiento social?

5-Problemas o dificultades sociales:

- ¿Identifica tener problemas de tipo social: Si-No? -¿Puede definir qué tipo de problemas?
- ¿ Cómo se siente en relación a este punto?

6- Preocupación por problemas o dificultades sociales:

- Si Usted tiene problemas o dificultades sociales: ¿Cómo calificaría su nivel de preocupación:-muy preocupado-medianamente preocupado-no me preocupa.
- Si Usted no tiene problemas o dificultades sociales: ¿ Usted podría definirse preocupado por no tenerlos: Si-No?
- ¿ Cómo se siente en relación con la preocupación que Usted tiene?

7-Nivel de satisfacción global hacia los roles sociales:

- En relación con todo lo que ha mencionado sobre actividades sociales con vecinos, amigos, con la gente en general: ¿Cómo siente Usted que desempeña sus actividades sociales?
- ¿ Cómo se siente en relación con esto?

<u>C-Area Económica:</u>

1)- Disponibilidad de dinero:

- ¿ Piensa Usted que el dinero que tiene le alcanza para vivir: Si-Más o menos- No?
- ¿ Cubre sus necesidades básicas (alimento, ropa, etc.): Si- Medianamente- No?

- ¿ Cómo se siente en relación a esto?

2-Problemas económicos:

- ¿ Tiene Usted problemas de tipo económico: Si-No?
- ¿ Cómo se siente en relación a tener o no tener dificultades económicas?

3-Preocupación por problemas económicos:

- Si Usted tiene problemas económicos: ¿Cómo calificaría su nivel de preocupación:-muy preocupado-medianamente preocupado-no me preocupa.
- Si Usted no tiene problemas económicos: ¿ Usted podría definirse preocupado por no tenerlos: Si-No?
- ¿ Cómo se siente en relación a la preocupación que Usted tiene?

4- Manejo del dinero:

- ¿ Tiene facilidad para distribuir el dinero para sus gastos, para pagar las deudas: Si-Más o menos-No?
- ¿ Cómo se siente en relación a esto?

5- Seguridad económica:

- ¿ Se siente seguro económicamente: Si-Más o menos- No?
- ¿ Cómo se siente en relación a esto?

6- Contacto social:

- ¿ Siente Usted que por la falta de dinero no puede realizar algunas actividades sociales(Ej.Ir al cine, evento deportivo, salidas con amigos, familiares): Si-Más o menos-No ¿
- ¿ Cómo se siente en relación a esto?

7- Nivel global de satisfacción en relación a lo económico:

- En relación a lo conversado en cuanto a estos aspectos económicos, ¿qué tan satisfecho se encuentra en general? Muy satisfecho-Satisfecho-Indiferente-Poco satisfecho- Insatisfecho.

D- Area Sexual

- *Nivel de comunicación:*
- ¿ Existe comunicación entre Usted y su pareja sobre aspectos sexuales: Si-Más o menos-No?
- ¿ Conversan sobre estos temas: Si-Más o menos- No?
- ¿ Cómo se siente en relación a este nivel de comunicación?

2-Desempeño de actividades sexuales:

- ¿ Cómo evalúa Usted su desempeño en su rol sexual, en cuanto a conocimientos, actitudes y conductas?
- ¿ Cómo se siente Usted en relación con esto?

3- Nivel de interés:

- ¿Tiene Usted interés en tener actividades sexuales? Mucho-Regular-Poco
- ¿ Cómo se siente Usted en relación con esto?

4-Seguridad en conversar la pareja:

- ¿ Tiene Usted interés en conservar su pareja? Si-Más o menos- No
- ¿ Cómo se siente Usted en relación a esto?

5- Problemas de tipo sexual:

- ¿ Tiene Usted problemas de tipo sexual? Si-No
- ¿ Cómo se siente Usted en relación a esto?

6-Preocupación por problemas de tipo sexual:

- Si Usted tiene problemas de tipo sexual: ¿Cómo calificaría su nivel de preocupación:-muy preocupado-medianamente preocupado-no me preocupa.
- Si Usted no tiene problemas de tipo sexual: ¿ Usted podría definirse preocupado por no tenerlos: Si-No?
- ¿ Cómo se siente en relación con la preocupación que Usted tiene?

7- Nivel global de satisfacción:

- En relación con todo lo que Usted ha dicho sobre su sexualidad: ¿ Cómo se siente en relación con su vida sexual? – Muy satisfecho- Satisfecho-Indiferente- Poco satisfecho-Insatisfecho

E-Area Familiar:

- *Comunicación:*
- ¿ Conversa Usted con su familia? Frecuentemente- En algunas ocasiones- Pocas veces.
- ¿ Cómo se siente en relación con la comunicación que establece con su familia?

2-Rechazo familiar:

- ¿ Siente rechazo hacia algún miembro de su familia en particular? Si-No
- ¿ Puede identificar a qué se debe ese rechazo? Si-No
- ¿ Cómo se siente Usted frente al rechazo? Muy satisfecho-Satisfecho-Indiferente-Poco satisfecho-Insatisfecho.

3- Pertenencia familiar:

- ¿ Se siente Usted parte se su familia?

-¿ Cómo se siente en relación con esto? –Muy satisfecho-Satisfecho- Indiferente-Poco satisfecho-Insatisfecho.

4- Problemas o dificultades con su familia:

- ¿ Tiene Usted problemas o dificultades con su familia? Frecuentmente-En algunas ocasiones- Pocas veces.
- ¿ Cómo se siente en relación con esto? Muy satisfecho-Satisfecho-Indiferente-Poco Satisfecho-Insatisfecho.

5-Preocupación por problemas o dificultades familiares::

- Si Usted tiene problemas o dificultades familiares: ¿Cómo calificaría su nivel de preocupación:-muy preocupado-medianamente preocupado-no me preocupa.
- Si Usted no tiene problemas o dificultades familiares: ¿ Usted podría definirse preocupado por no tenerlos: Si-No?
- ¿ Cómo se siente en relación con la preocupación que Usted tiene?

6- Nivel de satisfacción global sobre la familia:

- En relación con todo lo que ha dicho sobre su familia, a cómo se desempeña en las actividades familiares? ¿Cómo se siente? –Muy satisfecho-Satisfecho-Indiferente-Poco satisfecho-Insatisfecho.

7- Nivel de satisfacción de la familia hacia el paciente:

- ¿ Cómo se siente Usted en relación con lo que su familia hace o siente por Usted?

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

HOJA DE CALIFICACIÓN

FECHA:- .....

NOMBRE Y APELLIDO.....

EVALUADOR.....Evaluacion N°.....

ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

- Califique utilizando la siguiente Escala

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Indiferente
4. Poco satisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

ÁREA	REACTIVOS							TOTAL POR ÁREA	NIVEL POR ÁREA
	1	2	3	4	5	6	7		
A. OCUPACIONAL									
B.SOCIAL									
C.ECONÓMICA									
D.SEXUAL									
E.FAMILIAR									

SUMA DE LA MEDIA (x) DE TODAS LAS ÁREAS:.....

NIVEL DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL:.....