

2011

Grado de dependencia en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria en personas que asisten al centro de promoción social

Fernández, María del Pilar

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/810>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4111

**GRADO DE DEPENDENCIA EN LA REALIZACIÓN DE LAS
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
EN PERSONAS QUE ASISTEN AL CENTRO
DE PROMOCIÓN SOCIAL**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA**
.....

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.
TESIS PRESENTADA EN LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
PARA OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

POR:

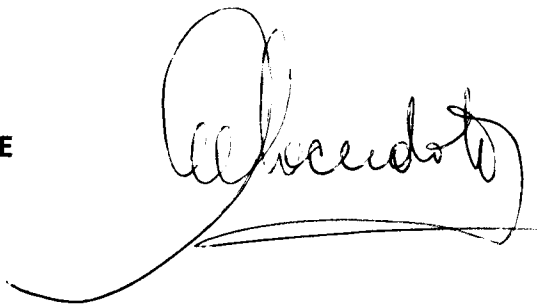
FERNÁNDEZ, MARÍA DEL PILAR

MAR DEL PLATA. BUENOS AIRES. ARGENTINA.

AÑO 2011.

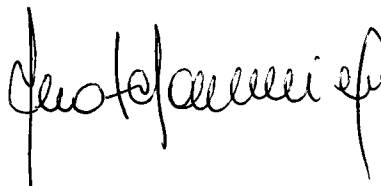
DIRECTORA

T.O ANALÍA EMMA SACERDOTE



CO-DIRECTORA

LIC. EN T.O VERÓNICA A. TOLOMIO



ASESORAMIENTO METODOLÓGICO

TALLER DE TESIS

| | |
|---------------------------------------|--------------------|
| Biblioteca C.E.C.S. y S.S. | |
| Inventario 4111 | Signatura top / |
| Vol / | Exemplar / |
| Universidad Nacional de Mar del Plata | |

31 OCT 2012

ASESORAMIENTO ESTADISTICO

MG. LIC. EN PSICOLOGIA CLAUDIA ARIAS



AUTORA

FERNÁNDEZ, MARÍA DEL PILAR



AGRADECIMIENTOS

- ❖ A cada uno de los concurrentes del Centro de Promoción Social y sus respectivas familias que participaron de la investigación.
- ❖ A la Terapeuta Ocupacional Analía Sacerdote por dirigirme y guiarme en el transcurso de la realización de la tesis.
- ❖ A la Lic. en T.O Verónica Tolomio por orientarme y guiarme.
- ❖ Mg. Claudia Arias por su ayuda y orientación en el análisis estadístico.
- ❖ A los Directivos y equipo interdisciplinario del Centro de Promoción Social por facilitarme el acceso a los pacientes y brindarme el material necesario para el trabajo.
- ❖ Mg. Sc. Norma Gordillo por guiarme y asesorarme.
- ❖ A la Comisión de Tesis quien supo responder todas mis inquietudes.
- ❖ A mi familia y amigos por estar siempre a mi lado.
- ❖ A mi novio quien me acompañó a lo largo de este proceso.
- ❖ Y a Ti que pintas de recuerdos todos mis días.

Sinceramente agradecida.

INDICE

PÁG.

| | |
|---|----|
| DIRECCIÓN Y ASESORAMIENTO..... | 1 |
| INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| ESTADO ACTUAL..... | 11 |
| FUNDAMENTCIÓN..... | 21 |
| MARCO TEÓRICO | |
| <u>CAPÍTULO I:</u> | |
| HISTORIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL. SU EVOLUCIÓN. | |
| PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN..... | 23 |
| DERECHOS Y SALUD MENTAL. EL TRASTORNO MENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. SITUACION EN NUESTRA CIUDAD..... | 34 |
| <u>CAPÍTULO II:</u> | |
| CENTRO DE PROMOCIÓN SOCIAL..... | 40 |
| POBLACIÓN..... | 41 |
| POBLACIÓN DESTINATARIA..... | 42 |
| PADECIMIENTO PSÍQUICO CRÓNICO..... | 43 |
| CRITERIOS DE ADMISIÓN INSTITUCIONALES..... | 44 |
| FUNDAMENTACIÓN INSTITUCIONAL..... | 46 |
| CAPITAL HUMANO DEL CENTRO DE DÍA Y HOGAR..... | 48 |
| FUNCIONAMIENTO DE LA INSTITUCIÓN..... | 50 |
| <u>CAPÍTULO III:</u> | |
| TRASTORNO MENTAL CRÓNICO..... | 62 |

CAPÍTULO IV:

| | |
|--|-----------|
| EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA..... | 64 |
| RASGOS DE LAS AVD..... | 68 |
| AVD EN SALUD MENTAL..... | 74 |

CAPÍTULO V:

| | |
|--|-----------|
| REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL..... | 79 |
|--|-----------|

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| INDICE DE LAWTON Y BRODY..... | 86 |
|--------------------------------------|-----------|

ASPECTOS METODOLÓGICOS

| | |
|---|------------|
| TEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 88 |
| PROBLEMA..... | 89 |
| OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO..... | 89 |
| VARIABLES DE ESTUDIO. DEFINICIÓN..... | 91 |
| DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE..... | 98 |
| ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN..... | 100 |
| TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO..... | 100 |
| POBLACIÓN DE ESTUDIO..... | 100 |
| MUESTRA..... | 100 |
| UNIDAD DE ANÁLISIS..... | 100 |
| MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA..... | 100 |
| CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA..... | 101 |
| TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 102 |
| TÉCNICA DE MEDICIÓN..... | 102 |
| PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 103 |

| | |
|--|------------|
| TIEMPO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 104 |
| ANÁLISIS DE DATOS..... | 105 |
| CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA..... | 106 |
| RESULTADOS..... | 107 |
| CONCLUSIÓN..... | 126 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 130 |
| ANEXOS..... | 138 |

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Por convenio firmado entre el Hospital Interzonal Gral. de Agudos, Dr. Oscar Alende de Mar del Plata (H.I.G.A), A.I.Pe. (ONG Asociación Integradora de Personas con Padecimientos Psíquicos, Personería Jurídica 16.357) y Cáritas Diocesana Mar del Plata (fuera de convenio a partir de junio de 2001 por acuerdo mutuo), con fecha 26 de Agosto de 1997, se puso en funcionamiento el CENTRO DE PROMOCION SOCIAL (C.P.S.), Centro de Día destinado a Personas Discapacitadas Mentales por Padecimientos Psíquicos Crónicos. Este centro tuvo su sede temporalmente en Balcarce 5036, local compartido con el Hogar de Nazareth, propiedad de Cáritas, en horarios alternados. Desde el 23 de abril del 2001 se trasladó a su sede propia en Valencia 6455, propiedad adquirida por un subsidio por la ley del cheque, gestión realizada por AIPE ante la Secretaría de Desarrollo Humano de la Nación. El 13 de agosto del 2007 se puso en funcionamiento el Hogar.

Desde octubre de 2008, por falta de firma de convenio, se retiró la representación del HIGA de la Dirección, quedando el Centro de Promoción Social dirigido por A.I.Pe. A pesar de dicha situación, dado el CARÁCTER SOCIAL DEL PROYECTO se prosigue con la atención de pacientes hospitalarios y sin cobertura social, con gestiones de firma de convenio.

La propuesta para este dispositivo surgió ante la carencia de una respuesta integral a las instancias de rehabilitación de un sinnúmero de personas en situación de riesgo social por desventajas en su integración familiar, laboral y social a consecuencia de la cronicidad y dificultades en las condiciones adaptativas en que su situación los había sumido.

Los pacientes al superar su descompensación deambulaban por las distintas instalaciones sanitarias en busca de una respuesta ó bien centrando su vida en su rol de enfermos y funcionando como tales. Es obvio considerar que el destino final de la mayoría de estas personas estaría signado por una única posibilidad: la internación manicomial.

La propuesta terapéutica implementada por el C.P.S. se nutre del campo de la salud mental y de la discapacidad, de la perspectiva de lo social como intento de recuperación de la integridad del individuo dentro de su contexto familiar y social, con igualdad de derechos.

La institución parte de una concepción del hombre como ser biológico, psicológico, social y espiritual entramado en las reglas y lazos inconscientes de su sistema familiar trans-generacional en continuo proceso de evolución.

Asimismo, se fomenta la participación activa en la construcción de un nuevo Proyecto de Vida, surgido éste de un proceso de reconocimiento de los propios recursos de su sistema familiar, y de comenzar a hacer conciente los lazos inconscientes que dificultaban el surgimiento de su destino personal.

A nivel institucional se propició (y se sigue propiciando) el compromiso de distintos sectores de la comunidad con los cuales se efectuaron acuerdos de coparticipación en el intento de socializar la problemática de la enfermedad mental a la vez de constituir un importante recurso para la prosecución del objetivo principal: la inserción social.

Es a partir de mi experiencia realizada en el Centro de Promoción Social, durante la asignatura Práctica Clínica II para la Licenciatura de Terapia Ocupacional, que surge la necesidad de realizar esta investigación siguiendo el objetivo principal de

la institución, es decir, lograr una inserción social en la comunidad lo más satisfactoria posible.

Por tal motivo consideré necesario abordar una de las áreas específicas de la Terapia Ocupacional, como son las Actividades de la Vida Diaria, entre ellas las Instrumentales, como pilar necesario para la Rehabilitación Psicosocial, siendo su objetivo esencial el de ayudar al enfermo mental crónico a superar o compensar las dificultades psicosociales que sufren y ayudar en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna posible.

Se parte del reconocimiento de que la internación resuelve sólo cuestiones terapéuticas limitadas (crisis o descompensaciones), por ello se hace necesario atender tanto su problemática clínico- psiquiátrica como sus diferentes problemas psicosociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar la integración social en la comunidad.

Las personas que sufren padecimientos psíquicos crónicos y graves, como la esquizofrenia, depresión mayor, trastornos bipolares, trastornos delirantes crónicos y otros, presentan serias dificultades en el comportamiento adaptativo. Manifiestan en mayor o menor medida déficit en algunas o en varias de las áreas de: autocuidado, autonomía personal, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, en el funcionamiento cognitivo, llevando a exclusiones del núcleo familiar, social y laboral con una implicancia tal, que conlleva a la pérdida de su individualidad.

Como sabemos estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño de roles ocupacionales, y en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social,

insuficiencia de recursos de atención), originan un riesgo de desventaja social, de marginación y aislamiento.

Se entiende por Actividades de la Vida Diaria, aquellas tareas y estrategias que se llevan a cabo de manera diaria, encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social.

En principio, estas actividades se centraban únicamente en el área de autocuidado, pero con el paso del tiempo se han ido diversificando, para constituirse posteriormente en Actividades Básicas (ABVD) y Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD). Estas últimas, las podemos caracterizar como aquellas tareas orientadas a la interacción con el medio y tendientes a mantener la independencia en el hogar y en la comunidad.

El objetivo general de la investigación es poder determinar el grado de dependencia en la realización de las AIVD en las Etapas de Tratamiento, por la que transcurre el paciente en el Centro de Promoción Social en pos de su alta institucional, con el fin de brindar datos estadísticos a la institución. Es decir, conocer cómo ingresa el paciente y cómo se encuentra luego de haber transcurrido determinado período. De esta manera y según lo indiquen los datos obtenidos, la institución podrá plantear nuevas estrategias de tratamiento con el fin último de mejorar la calidad de vida de los concurrentes.

Para ello se instrumentará una prueba estandarizada, Escala de Lawton y Brody, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, la cual constituirá el eje central de la investigación. Será aplicada en la Primera y Tercera Etapa de Tratamiento, por considerarse estos dos momentos del tratamiento significativos a la investigación.

Este trabajo no sólo intenta exponer a las AIVD como configuración de la autonomía del individuo, sino además como fenómenos comunicativos, impregnadas de aspectos subjetivos y culturales, que dan cuenta de la identidad del sujeto y, a la vez, se constituyen en vehículos para la interacción social.

ESTADO ACTUAL

DE LA

CUESTIÓN

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

De la búsqueda bibliográfica realizada, los artículos de mayor aproximación al tema de investigación han sido recogidos de la base de datos Psicothema, de la Revista Gallega de Terapia Ocupacional, y del buscador de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid), las cuales se citan a continuación:

Escudero López, M.A; Cantero Garlito, P. A. A propósito de un caso con Esquizofrenia Paranoide. Revista Terapia Ocupacional Galicia. España, 2010.

El informe tiene como objetivo comentar un caso clínico, profundizando en las cuestiones que se refieren a la evaluación y al diagnóstico ocupacional.

El paciente es de sexo femenino de 39 años de edad y con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide.

El primer ingreso se produjo en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) en el año 1991, a la edad de 22 años por crisis maniformes con actitudes histriónicas. Desde entonces ha requerido hospitalización psiquiátrica en doce ocasiones.

En el 2006 ingresa a la Unidad de Media Estancia (UME) con objetivos rehabilitadores. En los primeros días presentó delirios erotomaníacos que se han ido prolongando a lo largo de los últimos nueve años, con escasa conciencia de la enfermedad y con dificultades para establecer objetivos realistas. Durante su estadía se reajustó el tratamiento, que sumado a la intervención psicoterapéutica, reduce la sintomatología de tipo delirante.

Durante todo el proceso de intervención se ha generado cierta conciencia de enfermedad y logrado mayor autonomía en la toma de medicación. Además, se ha

conseguido un mayor cuidado de su imagen, el aseo personal, la limpieza de su ropa y se ha propiciado la mejora de las relaciones familiares.

La paciente es derivada desde el UME al Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL), el cual es un dispositivo ambulatorio organizado para la realización de planes individuales de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario para las personas con enfermedad mental que presentan dificultades en el funcionamiento psicosocial.

Desde Terapia Ocupacional se la evaluó empleando las siguientes herramientas, que son utilizadas de manera protocolizada en los distintos CRPSL de la región:

- ✓ el Registro de Evaluación de Actividades de Autonomía (REA), que evalúa mediante una entrevista semiestructurada los temas: higiene personal, cuidado de la ropa, vestido y calzado, alimentación, sueño, manejo del dinero, ocio y tiempo libre, cuidado del entorno, la conducta problema, etc.
- ✓ el Cuestionario de Percepciones de Problemas del Usuario y Familiares, se evalúa mediante una entrevista semiestructurada que aborda: higiene personal, cuidado de la ropa, vestido y calzado, alimentación, sueño, manejo del dinero, ocio y tiempo libre, cuidado del entorno y la conducta problema donde el paciente y sus padres manifiestan qué problemas observan en estos temas.

El diagnóstico ocupacional arrojó los siguientes datos, obtenidos en el proceso de evaluación.

Pudieron determinar que la usuaria presenta alteraciones en todas las áreas de desempeño. Estos déficits estarían motivados por la falta de destrezas así como por los condicionantes del entorno familiar.

- **Actividades básicas de la vida diaria:** presenta una alteración en el patrón sueño-descanso, al dedicar mucho tiempo de forma desorganizada a otras actividades. Alimentación irregular en cantidad y frecuencia, hábitos no saludables y carencia de estructuración de un horario de comidas.
- **Actividades Instrumentales de la vida diaria:** carece de destrezas en el manejo de la medicación, al no tener conciencia de su enfermedad por una alteración de las funciones mentales superiores. Es dependiente en la gestión de su propio dinero. Demuestra incapacidad para el mantenimiento y organización del hogar, especialmente en lo que se refiere a la preparación de comidas y limpieza e ir de compras, al carecer de hábitos en el desempeño de actividades en el hogar así como en la necesidad cubierta por parte del entorno familiar.

En lo referido a su medicación, muestra serias dificultades siendo su madre quien prepara y administra la misma.

Necesita supervisión para realizar trámites sencillos.
- **Trabajo:** como consecuencia de las propias características de la paciente y de su entorno físico, cultural y social no ha desempeñado ninguna actividad remunerada por cuenta ajena.
- **Ocio y tiempo libre:** manifiesta un rango amplio de intereses de ocio y tiempo libre pero su potencia de realización es escasa.
- **Participación social:** se ponen de manifiesto dificultades en ésta área ya que no realiza ningún tipo de tareas con otras personas ni está incluida en actividades comunitarias.

A partir del análisis e interpretación de los datos, el equipo de Terapeutas Ocupacionales, se plantea objetivos a corto, medio y largo plazo con el fin de lograr la rehabilitación psicosocial y favorecer la rehabilitación vocacional- laboral.

Recio Delgado, D.; García Parrado-Navas, V. Estudio sobre las Actividades de la Vida Diaria en Salud Mental. 2009. Ver anexo.

El objetivo del trabajo fue evaluar el desempeño en las actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental crónica y la puesta en marcha de programa en AVD, en una Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP) en el Complejo Asistencial Benito Menni de la ciudad de Madrid.

Este dispositivo cuenta con un total de 240 pacientes. Al momento de la investigación han evaluado al 62% de toda la población y continúan evaluando al 38% restante.

La herramienta utilizada fue la Escala de Bels, la cual ha sido diseñada por el Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental para evaluar el desempeño de las habilidades de la vida diaria en residentes cuando se trasladan a un alojamiento de tipo doméstico.

Esta escala permite evaluar el desempeño de las habilidades de la vida diaria en personas que sufren una enfermedad mental de larga duración y residen en un alojamiento institucional.

Consta de 26 preguntas que se puntúan en dos escalas: por un lado, valora el grado de oportunidad para que el individuo ejerza de forma independiente una habilidad concreta en su entorno, por otro, clasifica el nivel de realización de cada una de las habilidades en la vida diaria (oscilando el intervalo entre 4 si es máximo el nivel de independencia hasta 0 si es que no realiza ninguna actividad o es necesaria la

supervisión diaria). Engloba a cuatro grandes áreas: Auto-cuidado, Habilidades domésticas, Habilidades comunitarias y Actividades y relaciones sociales.

A partir del análisis de los datos, obtuvieron que el 90% de la población que ha sido evaluada se encuentra en situación de necesidad ocasional o frecuente de sugerencia en las tareas, es decir tienen problemas moderados o severos en su autonomía. Se comprobó que el 0% obtenido en el nivel de total autonomía (puntuación 4) está dado por las características de las unidades de hospitalización, donde el enfoque de tratamiento condiciona la autonomía. Los porcentajes más bajos se registran en las áreas de Habilidades domésticas y Habilidades comunitarias, infiriendo que la población requiere importantes necesidades de intervención. En las puntuaciones obtenidas en la escala de oportunidades se refleja que las áreas de Habilidades domésticas y comunitarias, el entorno supone una limitación para el desempeño independiente.

Se ha implementado un programa de AVD con algunos de los pacientes ya evaluados, procurando mejorar el nivel de independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria.

Llegaron a la conclusión de que hay una falta de enfoque del T.O y la Terapia Ocupacional en las UCPP hacia las AVD, así como también una falta de herramientas para valorar y realizar un seguimiento de las AVD de forma global.

Paganizzi Liliana y otros. Terapia Ocupacional Psicosocial: escenarios clínicos y comunitarios. Editorial Polemos. Buenos Aires, 2007.

En la provincia de Buenos Aires, partido de San Martín, durante el año 2006, describieron los resultados de un trabajo interdisciplinario, con el objeto de conocer el

estado actual de las personas con Trastorno Mental Severo que se encuentran viviendo en la comunidad y son asistidas en la Curaduría Oficial de este mismo partido.

El estudio estuvo conformado por 33 adultos con trastorno mental severo (TMS): psicosis en sus diferentes tipos y Discapacidades Intelectuales Leves y Moderadas.

La edad media de los evaluados fue de 45 años.

Se utilizó como instrumento de medición la Escala de Lawton y Brody sobre Independencia en Actividades Básicas Instrumentales y la escala de Minusvalía Social, Económica y Ocupacional.

El trabajo estuvo fundamentado en las estrategias de Rehabilitación Psicosocial, debido a que las persona con TMS suelen presentar limitaciones en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria y situaciones de minusvalía en tres áreas básicas: Social, Económica y Ocupacional.

La investigación permitió observar que más del 60% de los evaluados son independientes en las AIVD o con leves limitaciones. Sólo un 9% presentó dependencia total, al igual que la dependencia severa y un 18% mostró una dependencia moderada.

Se comprobó que un 40% presenta limitaciones moderadas en el área ocupacional, desempeñándose en ámbitos protegidos, institucionales o familiares; en otro 40% aparecen leves limitaciones al desarrollar empleos informales y un 20% no realiza ninguna actividad.

El área social se encontró igualmente comprometida, un 70% manifiesta limitaciones moderadas, logrando mantener vínculos con el grupo conviviente y contacto con algún amigo o vecino.

Económicamente perciben ingresos con los que apenas cubren sus necesidades básicas (90%).

Concluyeron que la población asistida requiere apoyo para la participación en actividades ocupacionales, educativas y sociales que promuevan la mejor inclusión social posible y que los factores familiares e institucionales resultan de igual o mayor influencia que las limitaciones psíquicas, dentro de las actividades cotidianas.

Moriana Elvira, J.A; Pulido, E; Herruzo, J. Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. Universidad de Córdoba. España, 2004.

El objetivo de la investigación fue evaluar los beneficios de las intervenciones combinadas (farmacológico-psicológico) en el ámbito domiciliario del paciente. Dentro de la intervención se llevó a cabo un entrenamiento en habilidades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales y un módulo de formación para la adhesión al tratamiento farmacológico.

El estudio estuvo conformado por 8 sujetos, elegidos al azar, que acuden a un centro de salud mental, diagnosticados con esquizofrenia tipo paranoide desde hace al menos tres años y su edad ronda entre 25 y 35 años.

Los efectos de la intervención se han valorado mediante un diseño de caso único ABAB en distintas fases: línea base o pretratamiento, tratamiento, retirada y tratamiento. Se denomina de esta manera debido a que al período de línea base inicial (A) le sigue un período de tratamiento (B), un retorno a la línea base (A) y luego un segundo período de tratamiento (B).

Se usó para medir la conducta del sujeto un protocolo asistencial de evaluación, seguimiento e investigación. Utilizando de este protocolo el autoinforme de

seguimiento formado por catorce síntomas (siete positivos: alucinaciones, ideas delirantes, trastorno formal del pensamiento, etc. y siete síntomas negativos: embotamiento afectivo, aislamiento emocional, contacto pobre, pasividad, aislamiento social, dificultad en el pensamiento abstracto, falta de espontaneidad y fluidez de conversación).

Un protocolo de habilidades de la vida diaria que diferencia entre habilidades instrumentales (limpieza, organización y manipulación en cocina, baño, dormitorio, resto de casa y limpieza en general, manejo del dinero, comunicación y transporte, habilidades sociales) y habilidades básicas (ducha, higiene dental, peinado, afeitado, vestido, alimentación, sueño) y un autoinforme de toma de medicación, donde se especificó si cumple o no con las tomas diarias de medicación.

La investigación permitió observar un aumento de las habilidades básicas e instrumentales durante la fase de tratamiento y un leve descenso, que no llegó a los niveles de línea base, en la fase de retirada, que vuelve a incrementarse en la última fase de tratamiento.

En cuanto a la toma de medicación, se presenta una tendencia parecida a la producida en las habilidades de la vida diaria, con un incremento en la fase de tratamiento y moderado descenso en la fase de retirada para volver a incrementar su frecuencia en la segunda fase de tratamiento.

Con respecto a los síntomas, la relación fue inversa. En la fase de línea base se registró un mayor número de síntomas que disminuyeron en la fase de tratamiento y se estabiliza con un pequeño incremento cuando se retiró el tratamiento, volviéndose a reducir en la última fase de intervención.

Pudieron afirmar que aumentó el número de habilidades desarrolladas por los pacientes en el domicilio familiar tras el entrenamiento tanto en las habilidades básicas como instrumentales de la vida diaria.

Con respecto al control farmacológico se encontraron pacientes con baja adhesión al tratamiento en la fase de línea base, con una respuesta cercana al límite superior (ingesta de tres tomas diarias de fármacos) en las fases de tratamiento.

Por último plantearon que el descenso de puntuaciones en la fase de retirada, de habilidades consolidadas durante el entrenamiento, les hizo pensar que el trabajo conjunto y la presencia tanto de la familia como del equipo técnico hacen que, cuando toda la atención se retira, el sujeto baje inicialmente su ejecución.

FUNDAMENTACIÓN

Esta investigación pretende determinar el grado de dependencia en la realización de las AIVD en la Primera y Tercera Etapa de Tratamiento. De este modo, se brindarán datos estadísticos a la institución con el fin de conocer cómo ingresa y cómo se encuentra el paciente luego de haber transcurrido un período de tratamiento, en lo que concierne a las actividades instrumentales de la vida diaria.

Según los datos obtenidos, la institución podrá plantear nuevas estrategias tendientes siempre a mejorar la calidad de vida de los concurrentes.

Todos sabemos que el enfermo mental es un sujeto vulnerable tanto en sus condiciones subjetivas como sociales. Que además de ser una población descuidada y desvalorizada no ha merecido demasiadas investigaciones sobre su problemática. Los estudios encontrados, a partir del rastreo bibliográfico, fueron escasos haciendo que crezca aún más el interés por esta investigación.

Para concluir, los resultados hallados servirán para obtener un registro institucional destinado a mejorar la salud del individuo con padecimiento psíquico.

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Los pacientes seleccionados son aquellos con diagnóstico de Psicosis debido a la mayor prevalencia de esta patología dentro de la institución.

Se aplica la Escala de Lawton y Brody a la Primera y Tercera Etapa de Tratamiento ya que considero significativo evaluar a los pacientes que ingresan a la institución como también a aquellos pacientes que se encuentran cercanos al alta.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL. SU EVOLUCIÓN.

PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN.

Con el devenir histórico, ha ido variando el lugar que ocupa en la sociedad el concepto de enfermedad mental. El objeto de estudio de la psiquiatría es el “trastorno mental” y su fundamentación y límites se han establecido en la medida en que la noción de enfermedad mental se ha delimitado con suficiente claridad. La población afectada ha sufrido una larga historia de marginación y de estigmatización que aún perdura en nuestros días.

Durante la Edad Media los trastornos psíquicos fueron considerados como enfermedades “sobrenaturales”. Se les atribuía la posesión de malos espíritus o de influencias de la hechicería o la brujería. La terapéutica prevalente era la oración, los cantos, la danza y ciertas fórmulas esotéricas, desarrolladas bajo ritos de carácter mágico-religioso. Su finalidad no sólo era la curación del enfermo sino su purificación.

A comienzos del Renacimiento, la “demonología” inspiró los peores excesos, entre ellos se encuentra El Martillo de las Brujas (Malleus Maleficarum S. XV y XVI), manual que le dió autoridad definitiva a jueces y sacerdotes en su enfrentamiento con la brujería. Se equiparó a la locura y a aquellas personas acusadas de tener trato con el diablo. Hubo que vencer grandes resistencias para reconocer la idea de que las brujas y los poseídos son, en realidad, enfermos mentales. Cabe mencionar a Johannes Weyer, quien sostiene que deben ser tratados por un médico y no por un sacerdote, reivindicando de esta manera una concepción naturalista de la enfermedad mental.

Siguiendo a Henri Ey *"...la medicina..., ha debido liberarse de la noción de enfermedad de los órganos y de las funciones antes de considerar la enfermedad mental como una especie bastante singular de enfermedad, capaz de alterar al hombre en su psiquismo, es decir en su "humanidad" o, si se quiere, en su coexistencia con los demás y en la construcción de su Mundo".*¹

Durante el Renacimiento dejaron de ser endemoniados, pero continuaron siendo aislados y confinados en hospitales psiquiátricos deplorables. Las persecuciones, matanzas y el terror eran las vivencias cotidianas del pueblo.

En esta época se inicia lo que Henri Ey denomina "La Primera Revolución Psiquiátrica". Fue durante la Revolución Francesa, que el gran Philippe Pinel (1793) ordenó la liberación de los condenados al encierro y el ordenamiento de los que debían recibir asistencia.

La Psiquiatría se inicia en Francia en la segunda mitad del siglo XVIII, liberándose de las interpretaciones demoníacas y sustituyendo las construcciones especulativas por material empírico.

Philippe Pinel, aquel médico que liberó de las cadenas a los locos, ha pasado a la historia como el padre de la psiquiatría. Comienza a realizar los primeros esbozos de clasificación de las especies clínicas y a plantear la vulnerabilidad hereditaria y su relación con el ambiente.

Michel Foucault en su Historia de la Locura en la Época Clásica, se atrevió a considerar que *"...la Psiquiatría no nació de los problemas planteados por la libertad, sino de las tensiones a las que la Sociedad somete al individuo al que aliena o, en todo*

¹ Henri E. Tratado de psiquiatría. Ed. Masson. España, 1995. pág.52.

caso, al que encierra, para desembarazarse de todos los desviados que ofenden la moral y la razón".²

Se puede señalar que Pinel ha pasado a la historia de la psiquiatría por tres razones: "por haber liberado al alienado de sus cadenas, tanto intelectuales como físicas", por haber iniciado el tratamiento moral (reconociendo la utilidad de la ocupación para el mantenimiento de la salud), y por haber introducido en la psiquiatría la observación y descripción de los hechos y, el análisis racional de los mismos.

Continuando este trabajo, su sucesor Jean-Étienne Esquirol, también se destaca en la reforma de la asistencia psiquiátrica, prosiguiendo en la tarea de identificar las especies clínicas. Así se constituye la Escuela Psiquiátrica Francesa, que predomina durante la mitad del siglo XIX.

El positivismo y su representante Emil Kraepelin, a través del modelo anatómo-clínico, es quien continúa la búsqueda de la etiología biológica de la locura y clasifica y describe los trastornos mentales a partir de criterios clínicos.

La aparición del psicoanálisis, con su máximo exponente Sigmund Freud, el aspecto orgánico y anatomopatológico pierde vigencia dando lugar, con el descubrimiento del inconsciente, a las concepciones psicodinámicas. Según esta perspectiva, la forma rígida de las entidades tiende a desaparecer y se llega a una interpretación más dinámica de la actividad psíquica en la formación de los cuadros clínicos. Asimismo los factores ambientales y sociales (vivienda, clase social, historia del individuo, etc.) van tomando importancia en el pensamiento psiquiátrico.

Así se presenta la Segunda Revolución Psiquiátrica, con las concepciones de Emil Kraepelin y Sigmund Freud.

² Ibid., Pág. 53.

De todos modos se continuó con la marginación del enfermo mental, tratando a las personas en base a recompensas y castigos, aislado por completo de su vida anterior, reduciendo su mundo al asilo.

El trato de violencia es sustituido por la persuasión, los aparatos de tortura desaparecen de a poco, pero son sustituidos por la camisa de fuerza y los fármacos. El trabajo se usaba en forma exagerada con un alto grado de dependencia y subordinación.

A mediados del siglo XIX la psiquiatría se impregna de las teorías de Karl Marx y Friedrich Engels pero en verdad se observaron pocos cambios. La clínica se centra sobre todo en la etapa aguda de la enfermedad mental. Todo esto sólo margina a los enfermos mentales crónicos.

En la primer parte del siglo XX, la psiquiatría se caracterizó por catalogar y describir los síntomas clasificando a los mismos en diferentes cuadros nosográficos; en la práctica el paciente continuaba aislado. Se los colocaba en un lugar totalmente pasivo, se les aplicaban hidroterapia, duchas frías o calientes como recurso terapéutico.

El avance de la psicofarmacología, sobretodo a partir de los años '50, permitió un mejoramiento de la asistencia, con la aparición del primer antipsicótico: la clorpromazina.

A partir de los años 60 se desarrolla un movimiento ideológico, la antipsiquiatría. Representantes como Ronald Laing y David Cooper, proponen que los pacientes sólo son parte de un sistema injusto que produce patología. Este movimiento se caracterizó por negar la enfermedad mental, no se extendió más allá de

la década del '70 y tuvo una fuerte influencia sobre uno de los grandes reformadores italianos: Franco Basaglia.

La confluencia de diferentes factores: el desarrollo de nuevos tratamientos farmacológicos, psiquiátricos y de intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc., produjeron cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar a las personas con trastorno mental que ha permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo.

El desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica constituye el principal elemento en el que se concreta la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población enferma mental crónica en particular.

Este proceso se inició primeramente en los países desarrollados (EE.UU., Francia, Inglaterra, Italia), en los años 60 y 70, y más tarde en España. Plantearon la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, junto al desarrollo de la psiquiatría comunitaria. De esta manera los problemas de salud mental comenzaron a atenderse dentro del entorno comunitario evitando su marginación e institucionalización.

La crítica que se le ejerce a la institución psiquiátrica: su atención de tipo asilar, condiciones inadecuada de los internos, masificación, falta de intimidad, despersonalización, internaciones prolongadas, deterioro personal, sumado la marginalidad y el aislamiento de la sociedad, conlleva a que se inicie en Italia en los años 70, un movimiento de reforma impulsado por Franco Basaglia. Abrió las puertas del hospital psiquiátrico y comenzó un período de externaciones, que junto con un movimiento político y social lograron la conformación de la Ley 180, que señala la

prohibición de la internación y la posibilidad de desarrollar la atención a través de los servicios en la comunidad, consiguiendo abolir la figura legal de la peligrosidad.

Como quedó dicho mas arriba: el aspecto central de esta crítica son las consecuencias individuales que la institución manicomial genera: estigma social, "empobrecimiento" del paciente, aislamiento físico y social, control absoluto de la vida individual, y prácticas custodiales sobre una base social de exclusión. Siendo el objetivo prioritario transformar las relaciones de poder entre la institución y los sujetos, ubicando a los pacientes en primer lugar. Es decir, cambios simples que hacen a la condición y dignidad humana dirigidos a reconstruir a la persona.

En Francia comienzan las grandes luchas para terminar con el asilo. Las ideas que sustentan este movimiento son: el rechazo de toda forma de segregación de los enfermos mentales, la integración del enfermo mental en el conjunto social, la implantación del equipo en la comunidad. La política de este país intenta alterar las relaciones de poder, devolviéndole el protagonismo al paciente.

La reforma en EE.UU. fue una de las más resistidas, sobre todo desde la Asociación Psiquiátrica Americana, por el clima político de ese momento y por un sistema privado que no tenía intención de entregar su poder.

En España, a lo largo de los '80 se elaboró un plan que modificó al manicomio, mejorando la calidad de vida de los pacientes, la ayuda económica y la distribución adecuada de los recursos. Se suprimieron los asilos creando una red de asistencia alternativa.

En los países de Latinoamérica, Brasil constituyó el Movimiento de reforma psiquiátrica que en los años '80 junto con el proceso de democratización, apostó a la desinstitucionalización. Comienza a constituirse el Campo de la Salud Mental con la

necesidad de modificación del aparato jurídico-legal (peligrosidad, inimputabilidad, concibiéndolas como producciones humanas, no exclusivas de un determinado grupo). Hacia los 90, en la ciudad de Santos se establece el programa de Salud Mental, en donde los recursos del Hospital Psiquiátrico se destinaron a la atención psicosocial. Se redujeron ampliamente las camas y se realizaron proyectos que sostenían al paciente en la sociedad: huertas barriales, radios, etc.

En nuestro país la historia del tratamiento de la locura hasta la década de los años `70 es similar a la de los otros lugares.

En 1863 se crea en Buenos Aires, el Hospicio de San Buenaventura (hoy Hospital José T. Borda). Se comienza a suprimir los elementos utilizados para la contención y se organiza el trabajo entre los enfermos como recurso terapéutico, siguiendo los dictados de Pinel.

En 1892 el Dr. Domingo Cabred asume la dirección de este hospicio y continúa considerando el trabajo como elemento principal en la recuperación del alienado internado. La salud era pensada en términos de productividad, de inserción social y laboral. Esta política sanitaria declinó al poco tiempo.

En el período (1880-1930) comienza en Argentina el desarrollo del alienismo. Se promueve una apertura de las corrientes inmigratorias. Se consolida el enfoque medico-biológico.

Desde 1910 hasta la actualidad el desarrollo de las instituciones psiquiátricas en la Argentina fue regresivo.

En la primera década del siglo XX con el Dr. Domingo Cabred se inició el proceso institucional psiquiátrico argentino con un criterio de resocialización, centrado en la filosofía de puertas abiertas, reinserción social y familiar. Crea el asilo Open Door en la

provincia de Buenos Aires (1899-1991). Fue la primera colonia rural abierta autosuficiente que funcionó en el continente. Luego la Colonia Montes de Oca fue en aquella época, un modelo de escuela diferencial, donde el aprendizaje era realizado a través del trabajo. Aquellos adelantos se fueron perdiendo en el tiempo. Fundamentalmente los recursos humanos, que estaban más relacionados a la motivación, motor necesario para llevar a cabo el proceso de cambio. En la actualidad, en contraposición, tenemos un sistema perverso que cronifica a los pacientes en vez de propiciar su externación.

Enrique Pichón Rivière fue el gran adelantado, ya en los años 70 decía: *“una política sanitaria no puede ser independiente del resto o del conjunto de las políticas, especialmente la política económica y educativa (...) nos encaminamos hacia una profunda transformación estructural, los hospicios, paulatinamente, van a disminuir, habrá un número cada vez menor de pacientes internados, la asistencia será preponderadamente extramuros, o sea, la asistencia en la propia comunidad. La concepción asilar será reemplazada por la concepción de comunidades terapéuticas. Esta situación es la que planteo para el futuro”*.³

En el período (1930-1945) se crea la Asociación Psicoanalítica Argentina, y unos años más tarde en el año 1957 se funda el Instituto Nacional de Salud Mental, que organiza los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, en los cuales uno de sus principales objetivos es “la resocialización y la rehabilitación laboral, tendiendo a facilitar su integración social”.⁴ Durante el período (1976-1983) se desmantelan los

³ Revista materia prima. El proceso de desinstitucionalización: una apuesta a la vida digna. Septiembre-Octubre 1998. Nº9. Pág. 22.

⁴ Auza, L. Implementación del Taller Laboral en Diseño Gráfico e Impresiones como recurso terapéutico, en el centro de Promoción Social. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2008. Pág. 41.

servicios en los hospitales públicos, predominando el modelo asilar en la atención psiquiátrica.

Recién a partir del año 1983, se considera a la Salud Mental como necesidad importante dentro de las políticas de salud.

En la Argentina encontramos algunos programas alternativos a las internaciones prolongadas. Dentro de estas experiencias podemos citar:

En Río Negro en el año 1985 se inició un proceso de transformación del Sistema de Salud Mental vigente: asilar, manicomial. Se promulgó la ley provincial 2240 sancionando el cierre de los hospitales psiquiátricos, prohibiendo la internación en lo público y lo privado, socializando el poder de decisión en el equipo.

Se lleva adelante un programa de Psiquiatría comunitaria, en el cual se realiza entre otros: tratamientos en hospitales generales, reinserción laboral, intervenciones terapéuticas al usuario y personas cercanas (familiares, amigos), abordajes domiciliarios, atención en casas de medio camino, hogares de tránsito, trabajo en equipos interdisciplinarios.

En la provincia de San Luis desde 1993 se viene trabajando en la modificación y construcción de una atención en Salud Mental. El presupuesto que era destinado al hospital psiquiátrico se reasignó para la atención comunitaria. Los pacientes externados son atendidos en sus domicilios, residen con sus familiares cuando es posible, en pensiones de la ciudad o bien en hogares cuando sus limitaciones les impiden una vida más autónoma.

En Chubut el Hospital Zonal de Trelew trabaja desde un modelo orientado a la comunidad para el desarrollo de actividades centradas en la promoción de la salud y en el abordaje de problemáticas psicosociales.

En Buenos Aires funciona dentro del programa del Hospital Alejandro Korn una casa de prealta en la ciudad de La Plata con recursos económicos y humanos asignados a la sede del hospital psiquiátrico en la localidad de Melchor Romero. En la casa acceden a la alimentación diurna, a controles psiquiátricos, a talleres coordinados por terapeutas ocupacionales u otros profesionales, siendo el soporte social de pacientes externados. Estos suelen residir en sus propios hogares o en pensiones de la ciudad con otros pacientes.

En el año 2000, en la ciudad de Buenos Aires, se sanciona la Ley de Salud Mental Nº 448, la cual fija la reducción de plazas para la internación en los hospitales monovalentes y la creación de dispositivos intermedios (residenciales, ocupacionales y sociales). A propósito de los resultados obtenidos por la mencionada norma, Liliana Paganizzi estima que son “programas imperceptibles” -opinión sustentada hasta el momento de la publicación de su libro en el año 2007-.

Para concluir debemos mencionar que en la Capital Federal la propuesta mayoritaria continua siendo el Hospital Psiquiátrico. El manicomio se instala en el sector público y privado. Uno de cada 100 argentinos transitan sus días en el encierro y sin derechos civiles. La institución manicomial es un sistema complejo enraizado en nuestra cultura, atravesado por determinantes sociales, técnicas, jurídicas y económicas.

Citando a Erving Goffman quien señala, *“desde el punto de vista formal de la sociedad, los internos de un hospital psiquiátrico se encuentran allí porque padecen enfermedades mentales. Empero, si se considera que el número de “enfermos*

*mentales” no internados iguala y hasta excede al de los internados, podría decirse que éstos son víctimas de las contingencias, más que de una enfermedad mental”.*⁵

La desinstitucionalización debe abarcar a toda la red de Salud Mental, reflotando la importancia de los Hospitales Generales, Centros de Salud y creando dispositivos sustitutivos al manicomio, tales como los hostales, centros de día, de noche, casas de medio camino.

La desmanicomialización no debe “ser utilizada por aquellos que sostienen el ajuste económico de Salud”, sino que es el mejoramiento de la asistencia, de la calidad de vida de los asistidos y trabajadores. En definitiva, el sostenimiento de los deberes y derechos que todos tenemos por ser ciudadanos.

⁵ PÉREZ, FERMÍN. Dos Décadas tras la Reforma Psiquiátrica. Madrid. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006. Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. LÓPEZ, MARCELINO. Et al. [Consulta el 20 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.faisem.es/pagina.asp?id=106>.

DERECHOS Y SALUD MENTAL. EL TRASTORNO MENTAL

EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

SITUACIÓN EN NUESTRA CIUDAD.

Desde el inicio de la vida humana, el Derecho ha sido un requisito para sostener la comunidad como tal, regulando la sociedad a través de normas jurídicas.

Como se ha descrito, queda expresada la historia de exclusión y sometimiento que ha atravesado al paciente mental, llevándolo a la pérdida de los Derechos civiles y de su capacidad jurídica como Sujeto.

Es así que la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental (1948), en su artículo 4º ha expuesto: “los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los del resto de los ciudadanos. Comprenden el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso equitativo a la tecnología médica, psicológica y social indicada, la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o su limitación injusta a causa de convicciones políticas, socio-económicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientación sexual; el derecho a la protección de los abusos físicos y psicosociales, el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional, el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico”⁶.

Según lo referido por el Dr. Jorge Rodríguez, en América Latina y el Caribe, la Salud Mental no ha sido considerada prioritaria en las agendas gubernamentales.

⁶ Stolkner, A. Et al. VII Jornadas de Terapia Ocupacional- Hospital Borda. Revista Materia Prima. Nº6. Diciembre 1997/febrero .1998. Pág. 12.

Como respuesta a esta situación se celebró en Venezuela (1990) una conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina que culminó con la "Declaración de Caracas". Se destacó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, integral, participativa y preventiva. Otro aspecto fundamental fue la importancia que se le otorgó a la protección de los derechos humanos y civiles de las personas con padecimientos psíquicos. Esto condujo a que se registraran importantes avances en el área. En algunos países como Chile, Cuba, Guatemala, los servicios de salud mental se integraron en la atención primaria y en otros como Argentina y Brasil se llevaron a cabo con éxito algunas experiencias de servicios de salud mental en la comunidad (anteriormente mencionadas).

Por otro lado, la Organización de Naciones Unidas (1991) señaló que las "personas que padecen enfermedades mentales son especialmente vulnerables y exigen protección especial", siendo "indispensable definir y establecer claramente sus derechos".⁷

Posteriormente en el año 2001 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reiteraron el apoyo a la iniciativa de Caracas. Las Resoluciones emitidas instaron a los estados miembro a: desarrollar programas nacionales de salud mental, reorientar los servicios de salud mental (de institucionales a comunitarios), fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y de desarrollo psicosocial, mejorar la legislación y regulaciones para la protección de los Derechos Humanos.

También se analizó la situación de la atención de la salud mental en Latinoamérica y el Caribe. Los datos arrojaron que, el 70% de los países de esta Región contaban con una

⁷ Kraut, A. La Salud Mental ante la Ley. Apunte de Cátedra de la asignatura T.O en Salud Mental. Carrera de Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Cs. De la Salud y S.S. UNMdP, 2006. Pág. 25.

política nacional de salud mental y el 80% tenían planes de acción nacionales, más del 70% de los cuales se establecieron después de 1990. Sin embargo, en la mayoría de los países, los hospitales psiquiátricos seguían siendo la estructura básica del sistema de salud mental. Más del 70% de los países tenían menos de 20% de las camas de psiquiatría en hospitales generales. Aunque el 70% de los países contaban con servicios en la comunidad, en la mayoría de los casos se trataba de experiencias locales que abarcaban una pequeña parte de la población necesitada.⁸

El presupuesto de salud mental era aún exiguo en la mayoría de los países de la región, pues en el 30,7% de ellos se asignaba a la salud mental menos de 2% del presupuesto sanitario y sólo en 23,1% de los países se le asignaba más de 5%. Esto permitió demostrar que a pesar de los avances logrados en la reforma de los sistemas de salud mental, seguía habiendo importantes deficiencias, tanto en la accesibilidad de los servicios como en su calidad. Aunque determinados países habían formulado políticas y planes nacionales de salud mental (lo que representaba un avance importante), el grado de aplicación era aún insuficiente en muchos de ellos.⁹

Más recientemente, se celebró la Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental (Brasilia, 2005), auspiciada por la OPS/OMS, cuyo lema “15 años después de Caracas”. Se destacaron las experiencias exitosas en países de Latinoamérica, como es el caso de reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y el Programa Nacional de Salud Mental de Chile que

⁸ Caldas de Almeida, JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana Salud Pública. 2005. Pág. 317. Disponible en: www.journal.paho.org/?a_ID=163

⁹ Ibid.

impulsa la integración de la salud mental dentro de las redes de servicios de la salud pública, y otros tantos ejemplos más.

Se puede indicar que si se toma como punto de referencia la Declaración de Caracas, los avances realizados son notables en prácticamente todos los países pero aún continua existiendo un largo camino por recorrer en la reforma de los servicios de salud mental en los países de esta región.

Además, se requiere en este proceso de reforma la cooperación entre entidades diversas: gobiernos, asociaciones de profesionales, usuarios y familia, centros colaboradores de la OMS y la OPS, agencias de investigación, organizaciones internacionales, entre otras.

Es decir, la atención integral de la salud mental incluye un conjunto de medidas sanitarias, socio culturales, científico técnicas, económicas, políticas, legislativas y organizacionales; dicha atención debe orientarse al establecimiento de redes de servicios que sustituyan al modelo asilar.

Según lo detallado en el "Proyecto Institucional Centro de Promoción Social", se considera que para cuadros agudos están indicados la internación o tratamientos en hospitales o clínicas psiquiátricas, pero una vez compensada la persona, el tratamiento de cronicidad, debe desarrollarse dentro del marco de un equipo interdisciplinario que con la implementación de actividades y seguimiento social garantice a la persona cierto grado de desarrollo de hábitos sociales de convivencia, familiar, vecinal y comunitarios; mayor autonomía ciudadana; hábitos de la vida diaria; equiparación de oportunidades, es decir, un tratamiento que asegure su rehabilitación e inserción social.

En cuanto a los recursos que el Estado destina a la atención en Salud Mental es coincidente con la falta de recursos existentes en la Atención en Salud Pública en nuestro país. Es más, la situación de desamparo es mayor, ya que no se cuenta con los recursos humanos, físicos y económicos suficientes para dar respuestas a las demandas.

En nuestra ciudad el único establecimiento que se ocupa de la problemática, en el sector público, lo constituye el Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende" a través de su servicio de salud mental, y lo hace sólo en la etapa aguda, encontrando su número de camas bloqueado por pacientes que si bien han sido compensados (su sintomatología) de la etapa aguda no pueden ser externados por diversas carencias socio-económicas y familiares, debiéndose prolongar la internación, a causa de las mismas.

Mar del Plata cuenta principalmente con efectores privados, accediendo a estas instituciones personas con poder adquisitivo que les permite cubrir el arancel, y/o beneficiarios de obras sociales.

En 1999, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, lanzó el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA).

Este programa oficial es el único puesto en marcha para el campo específico de la rehabilitación en psiquiatría en el territorio bonaerense.

Se basa en el postulado de la salida del hospital de los pacientes internados, que están en condiciones de alta, pero que enfrentan dificultades sociales y económicas para afrontar una vida en comunidad.

Se trata de un "programa de externaciones asistidas para pacientes carentes de recursos" con una reestructuración de la asistencia psiquiátrica ligada a la atención

primaria de la salud. La iniciativa agiliza la salida de los hospitales de aquellos pacientes que, estando en condiciones de alta, no pueden efectivizar su externación por enfrentar una situación de abandono socio-familiar.

Este programa se propone la reinserción de estos pacientes en el marco de la comunidad a través de la promoción de redes sociales que operen como soporte de este proceso. Promueve la aceptación social de las diferencias, la revalorización del lugar de los vínculos, la potenciación de los recursos de salud de la comunidad.

Es en este contexto en el que se ponen en marcha los Centros de Rehabilitación Psicosocial, organizados para promover en las personas con una enfermedad mental crónica el máximo desarrollo de su autonomía personal y social, apoyando su integración social en la comunidad.

CAPITULO II

CENTRO DE PROMOCIÓN SOCIAL

Conforme a lo establecido en el “Proyecto Institucional Centro de Promoción Social”, el objetivo central del C.P.S es la Rehabilitación Psicosocial de personas discapacitadas por padecimientos psíquicos crónicos. Sus objetivos específicos, incluyen:

- Establecer el concepto de comunidad intermedia como alternativa a las macroinstituciones y como parte integrada a la red de sostén comunitaria.
- Coordinar recursos humanos y materiales provenientes de distintas instituciones públicas o privadas.
- Dar cobertura a necesidades esenciales de personas con discapacidad por patología psiquiátrica crónica.
- Lograr la máxima independencia personal fomentando hábitos de higiene, de responsabilidad ante tareas comunitarias, ante los circuitos de formación laboral y de cumplimiento de las indicaciones del profesional tratante.
- Ampliar sus redes sociales con la comunidad de pares y potenciar su integración familiar, al trabajar diariamente en el análisis de los vínculos que va promoviendo en la convivencia cotidiana en la institución.
- Integrarse al medio social en que habita.
- Facilitar el descubrimiento de intereses particulares que incentiven la organización de su proyecto de vida.
- Sensibilizar a la comunidad para la participación activa.

- Apoyar a la familia o grupo de convivencia en el descubrimiento de sus potencialidades como recurso de contención afectiva y de responsabilidad compartida.

POBLACIÓN

Siguiendo con el Proyecto Institucional del C.P.S, la principal población son personas con internaciones psiquiátricas prolongadas, recurrentes, los llamados “pacientes crónicos” que han sido excluidos no sólo del ámbito familiar, sino del resto de los contextos sociales, transcurriendo su vida para dar cumplimiento al “rol de enfermos”.

La distinción que marca la tarea del Centro de Promoción Social es el corrimiento efectuado de tratar patologías a tratar personas, esto en si mismo es transformador de todos los actores de la Institución. Los beneficiarios dejan de ocupar un lugar pasivo para ocuparse de sus proyectos de vida. Siendo la asistencia al C.P.S., el primer “para qué” que comienza a dar sentido a su cotidianidad. Los profesionales facilitan el proceso desde su “ser personas” y no sólo desde una técnica o teoría determinada, a la vez de efectuar el pasaje de actitudes paternalistas y de dominación por el saber, a actitudes de respeto por “un otro” que tiene su individualidad y sus propios saberes.

Todas las actividades programadas son pensadas en función del objetivo, y su acción modificadora tiene tanto que ver con lo que se hace deliberadamente como con el vínculo afectivo que se establece entre los participantes. **Lo que integra, lo que cambia, lo que posibilita vivir mejor; es la experiencia compartida.**

POBLACIÓN DESTINATARIA

Los destinatarios son personas adultas, de ambos sexos, con padecimiento psíquico crónico. No se establece límite de edad, por considerarse adecuada la integración intergeneracional.

Se reciben derivaciones de entidades estatales y privadas (obras sociales, prepagas) que seleccionen esta modalidad de atención.

Se puede caracterizar a los sistemas familiares de esta población específica, como familias multiproblemáticas, en estado de vulnerabilidad social cuyas características sobresalientes son: ruptura de las relaciones sociales ante situaciones de crisis, falta de vivienda y de ingresos económicos con inestabilidad laboral, imposibilidad de sostener un proyecto de vida, baja capacidad para resistir las frustraciones, comunicación distorsionada entre los miembros de la familia, discusiones y tensiones constantes, distorsión en la asunción de los roles familiares, maltrato, conductas sociales inapropiadas, etc.

En cuanto al nivel cultural de las personas que asisten a tratamiento es heterogéneo, confluyendo personas analfabetas y otras con estudios universitarios. En un gran porcentaje se asocia el retardo mental, por lo cual es un elemento más a tener en cuenta en el momento de establecer los objetivos de tratamiento y las estrategias de abordaje.

PADECIMIENTO PSÍQUICO CRÓNICO

El padecimiento psíquico crónico, como instancia ideológica a la cual la institución adhiere, surge de la corriente de la desmanicomialización.

Como ya se indicó, esta corriente provocó la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos graves y crónicos y su paso de los hospitales a la comunidad. Esto implicó rehabilitar y resocializar a los pacientes aquejados de enfermedades mentales, de manera que puedan reintegrarse a su comunidad con los medios necesarios.

Los pacientes que sufren un padecimiento psíquico presentan, con frecuencia, una disfunción neuropsicológica que les impide vivir en la comunidad por sus propios medios si no reciben una rehabilitación previa. Se trata de ofrecerles estímulos positivos de manera de aprovechar sus capacidades remanentes y compensar sus déficits.

En efecto, las instituciones intermedias tienen una enorme importancia ya que le permite al paciente adquirir las destrezas necesarias para su inserción dentro de su contexto y ambiente.

CRITERIOS DE ADMISIÓN INSTITUCIONALES

La institución admite pacientes con diagnóstico de Psicosis y Neurosis con criterio de agrupabilidad. Siendo excluidos aquellos pacientes con Demencia, Retraso Mental severo o moderado y Adicciones.

Deben presentar como requisitos:

- 1- Derivación y diagnóstico del Médico Psiquiatra tratante
- 2- Resumen de Historia Clínica del Médico Psiquiatra tratante
- 3- Dos fotocopias del Certificado de Discapacidad, otorgado por Ente Oficial Nacional (Zona Sanitaria VIII) o Provincial (INAREPS)
- 4- Informe del Médico Clínico.

APROBACIÓN

La misma se realiza por entrevista de evaluación, tomada por las Directoras del Centro de Día y Hogar y profesional del Área de Psiquiatría.

INGRESO

El concurrente debe asistir con familiar o representante legal, para formalizar la solicitud de ingreso y consentimiento informado. Los beneficiarios ingresan al Circuito Cotidiano Integrador (Primera Etapa de Centro de Día), cumpliendo un período de adaptación de tres meses. El familiar o representante legal, debe atenerse a cumplir con las normas, condiciones y requisitos del CPS.

CONDICIONES DE PERMANENCIA

- Cumplir las pautas establecidas por el CPS
- Evidenciar conductas que aseguren su integridad física y la de los demás
- Justificar las inasistencias
- No exceder los 20 días de ausentismo o faltas injustificadas en el año. en caso contrario se considera la baja del tratamiento.

CONDICIONES DE EGRESO

- No ajustarse a las condiciones de permanencia en la institución, ya sea por incumplimiento de las pautas establecidas o bien por grave dificultad de adaptación a las normas de convivencia.
- Modificación de sus condiciones psico-físicas de forma tal que sea imposible su permanencia en el Centro de Día y requieran otro tipo de servicio especializado para su atención.
- Alcanzar niveles de desarrollo que le permitan acceder a servicios educativos, terapéuticos y/o laborales más adecuados a su nueva situación.
- Cambio de residencia a otra localidad
- Solicitud de baja por parte del beneficiario, familiar o representante legal
- Cumplimiento de los objetivos

FUNDAMENTACIÓN INSTITUCIONAL

El concepto de discapacidad que desde la visión institucional se asocia íntimamente al de enfermedad mental y más aún a la cronicidad de ésta, surge del espíritu de la Ley Nacional 22.431 reflejado en Art.2° que dice textualmente: “se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.¹⁰

Continuando con esta línea de pensamiento, desde el análisis psíquico, se puede entender que en estas personas que han manifestado una adecuada integración social con actividades laborales o intelectuales adecuadas en un marco sociofamiliar estable, en un momento determinado de su vida, irrumpe un proceso, a partir del cual la persona cambia, dejando de ser el sujeto hasta ahora conocido para iniciar una vida de severas limitaciones. A partir de dicha irrupción, no puede jamás alcanzar un nivel físico, mental y social óptimo, ni modificar por sí mismo las limitaciones, sumado a los prejuicios y a la discriminación de las que son objeto.

La ley 24.901 en su art. 37 (reglamentado por Dec. 1193/98) enuncia: “la atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolla dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos ya sean éstos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación”.¹¹

¹⁰ A.I.Pe. Proyecto Institucional Centro de Promoción Social. Mar del Plata, 2009. Pág. 4.

¹¹ Ibid.

Por su parte el Artículo 24 de la ley 24.901 define que el Centro de Día es el servicio que se brindara al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades (Reglamentado Decreto N° 1.193/98).

Apoyándonos en los Artículos citados consideramos que el Centro de Promoción Social cumple suficientemente con lo exigido en estas leyes pudiendo desarrollar las premisas legisladas. Y colocando el énfasis, más que en la causa, en los efectos discapacitantes severos o profundos que producen los trastornos mentales, y en las posibilidades que permitan mayor nivel de integración en las distintas áreas, contando para esto con un equipo técnico profesional multidisciplinario.

Actualmente la población total es de 110 personas.

CAPITAL HUMANO DEL CENTRO DE DÍA Y HOGAR

Dirección de Centro de Promoción Social: Directora de Centro de Día (Lic. en Terapia Ocupacional) – Directora de Hogar (Lic. en Psicología) - Directora Administrativa (Contadora Pública Nacional).

Coordinación: Coordinadora de Circuito Cotidiano Integrador y Talleres Integrados (Lic. en Terapia Ocupacional), Coordinadora de Talleres Terapéuticos Laborales y Reinserción Socio-Comunitaria (Lic. en Psicología), Coordinador del Hogar (Lic. en Enfermería), Coordinadora del Área Alimentación (Lic. en Nutrición) y Coordinadora del Área Gestión.

Equipo de Circuito Cotidiano Integrador y Talleres Integrados: Lic. en Psicología y Orientador - Médica Psiquiatra, 2(dos) Lic. en Servicio Social, 3(tres)Lic. en Terapia Ocupacional y Orientadoras, Lic. en Nutrición, Profesor de Teatro, Profesora de Artes Visuales, Profesora de Yoga, Profesor de Informática, Profesora de Música, Acompañante Terapéutico.

Equipo de Talleres Terapéuticos Laborales y Reinserción Socio Comunitaria: 2(dos) Lic. en Servicio Social, 2(dos) Lic. en Psicología, Lic. en Enfermería, 2(dos) Médicos Psiquiatras, 2(dos) Lic. en Terapia Ocupacional y Orientadoras, 2(dos) Maestros de Taller.

Equipo del Hogar: Lic. en Terapia Ocupacional, 3(tres) Enfermeros, 3 (tres) Médicos Psiquiatras, 4(cuatro) Lic. en Psicología, 4(cuatro) Lic. en Servicio Social, Acompañante Terapéutico.

Área Alimentación: Chef, Auxiliar de Cocina

Área Administrativa: 1(un) Secretario del Área Gestión, 2(dos) Secretarios del Area Administración, 2(dos) Secretarios Institucionales.

Maestranza: Personal de Mantenimiento, Personal de Compras.

FUNCIONAMIENTO DE LA INSTITUCIÓN

CENTRO DE DÍA

Continuando con lo establecido en el Proyecto Institucional del C.P.S, el tratamiento está organizado en 4 etapas (dispositivos evolutivos), en las cuales se van incrementando progresivamente mayores niveles de autonomía, independencia e integración:

1. PRIMERA ETAPA DE CENTRO DE DÍA: CIRCUITO COTIDIANO INTEGRADOR.

Dispositivo terapéutico inicial del Centro de Día, que se caracteriza por ser un ámbito de contención afectiva, donde el concurrente está estimulado por diferentes estrategias grupales, con la finalidad de comenzar a centrarse en su "ser persona" para empezar a contactarse con otros vínculos, comenzando a adquirir su "sentido de permanencia".

El horario de funcionamiento es de 9 a 15 horas, de lunes a viernes durante los doce meses del año. Se respetan los feriados.

OBJETIVOS GENERALES:

- Incentivar la construcción de un proyecto de vida con integración al medio social
- Favorecer el desarrollo de las potencialidades e intereses particulares
- Promover el desarrollo de actitudes positivas con el fin de estimular la iniciativa del cuidado personal
- Estimular la adhesión al tratamiento psico farmacológico por medio del taller de medicación
- Fomentar el conocimiento necesario sobre diferentes enfermedades infecto contagiosas con el fin de prevenirlas
- Disminuir sintomatología aguda y actuar a largo plazo sobre la crónica apuntando a la estabilización del cuadro psiquiátrico de base
- Incluir al resto de la familia como eslabón necesario del tratamiento, intentando juntos descubrir patrones relacionales, las potencialidades y las dificultades, tendiendo a un trabajo de responsabilidad compartida.
- Propiciar la integración con sus pares
- Fomentar la reintegración con su grupo familiar o red vincular

- Estimular el trabajo en redes sociales
- Fomentar la integración del paciente en la realización de diferentes ocupaciones significativas
- Desarrollar actividades cotidianas y de cuidado personal para promover la independencia personal, aumentar el desempeño funcional y la integración comunitaria, mejorando así la calidad de vida
- Favorecer la adquisición de actitudes laborales satisfactorias
- Estimular los diferentes procesos cognitivos (atención, memoria, pensamiento, juicio, etc.)

Las actividades organizadas en forma grupal, son las siguientes:

- **Asamblea de inicio y cierre de semana:** su fin es facilitar las relaciones interpersonales en los grupos sociales y socializar la información institucional. Asimismo, posibilita en un espacio de cuidado, la identificación con otro que comparte circunstancias semejantes y el trabajo en la resolución de conflictos surgidos en la vida cotidiana institucional. Coordinada por una Terapeuta Ocupacional y equipo.
- **Taller de Formación Laboral:** su objetivo es desarrollar y/o estimular la adquisición de hábitos laborales. Además fortalece el proceso de toma de decisiones y fomenta la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria (manejo de dinero, relaciones en la comunidad, compras en los comercios, etc.). A cargo de una Terapeuta Ocupacional.
- **Taller de Reflexión:** destinado a trabajar la agrupabilidad y a favorecer la integración a la vida institucional. Asimismo facilita la convivencia y genera espacios de comunicación. A cargo de un Psicólogo y una Médica Psiquiatra.
- **Taller de Artes Plásticas:** su objetivo es facilitar los procesos de creación y comunicación a través de la implementación de diferentes técnicas plásticas. También estimula la imaginación, creatividad y capacidad expresiva, al igual que favorece la organización en el espacio gráfico. Dictado por una Profesora de Artes Plásticas.

- **Taller de Teatro:** dirigido a propiciar la libre expresividad del paciente (su carga de fantasía, emotividad y sensibilidad) a través de las diversas técnicas teatrales, contribuyendo a su desarrollo integral. Además favorece la toma de conciencia de su cuerpo y de su voz; y propicia la experimentación de las diferentes formas de lenguaje artístico a través del juego teatral como arte integrado. A cargo de un Profesor de Teatro.

- **Taller de Informática:** destinado a enseñar y profundizar el uso de la computadora y de sus programas. Se utiliza este medio tecnológico como una alternativa más en su terapéutica general. Favorece que el paciente permanezca estimulado y recreado como "forma de distracción" a su problemática de salud. Dictado por un Docente en Informática.

- **Taller de Medicación:** su objetivo es lograr la mayor autonomía posible en relación a la preparación y administración de la medicación. Al mismo tiempo propicia el conocimiento de la medicación que el paciente ingiere y fomenta la adherencia al tratamiento psicofarmacológico. Realizado conjuntamente entre paciente y Enfermero.

- **Taller de Yoga:** orientado a favorecer la relación de la persona con su cuerpo y a estimular, entre otros, el esquema corporal. Asimismo favorece la relajación y tonifica el sistema músculo esquelético. Dictado por una Profesora de yoga.

- **Taller de Música:** entre sus objetivos, se encuentra: interpretar y crear música utilizando la voz, los recursos del medio ambiente y los instrumentos que cada uno de los pacientes pueda aportar; y desarrollar una disposición positiva y placentera hacia la actividad musical. De igual manera promueve el desarrollo de aptitudes corporales, respiratorias y de relajación. Desarrolla la memoria musical. A cargo de una Profesora de Música.

- **Taller de Estimulación Cognitiva:** orientado a estimular las funciones psicológicas superiores y a mejorar la capacidad cognitiva para el desenvolvimiento en diversas ocupaciones. Estimula la creatividad e imaginación y desarrolla la concentración. Coordinado por una Lic. en Terapia Ocupacional.

- **Mantener Hábitos de Higiene y Mantenimiento del Centro de Día:** el objetivo es promover la realización de las actividades de cuidado e higiene del lugar, de manera de estimular el sentido de responsabilidad de cada uno de los participantes y de posibilitar la transferencia de experiencias desde lo institucional al hogar. Favorece la toma de decisiones. Tareas a desarrollar: poner la mesa, servir la comida, levantar la mesa, barrer el piso, etc.

- **Área Psicológica:** destinado a incentivar la construcción de un proyecto de vida con integración al medio social y a favorecer el desarrollo de las potencialidades e intereses particulares.

- **Área de Enfermería:** sus objetivos son el de promover el desarrollo de actitudes positivas con el fin de estimular la iniciativa del cuidado personal y estimular la adhesión al tratamiento psico farmacológico por medio del taller de medicación.

- **Área de Psiquiatría:** su fin es implementar evaluaciones psicosemiológicas en los pacientes que ingresan a Primera Etapa, establecer seguimientos individual y grupal; y fomentar la interacción con las otras especialidades que conforman el equipo de trabajo.

- **Área de Terapia Familiar:** orientado a incluir al resto de la familia como eslabón necesario de tratamiento, intentando juntos descubrir patrones relacionales, las potencialidades y las dificultades, tendiendo a un trabajo de responsabilidad compartida.

- **Área de Trabajo Social:** propicia la integración con sus pares y la reintegración con su grupo familiar o red vincular. Impulsa la gestión de trámites correspondientes con sus derechos por discapacidad. Realiza las tareas necesarias para la adquisición de la medicación y los beneficios sociales.

Estas áreas se encuentran coordinadas por un Lic. en Psicología, una médica Psiquiatra, una Lic. en Psicología, una Lic. en Servicio Social y un Lic. en Enfermería.

- **Supervisión de Casas de Convivencia:** las casas de convivencia constituyen una eficiente estrategia para encarar la problemática habitacional, la carencia de ingresos económicos y la desprotección en la red vincular, coordinando e interrelacionando los recursos disponibles de las partes. Los usuarios deberán implicarse y participar activamente en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento cotidiano, con el apoyo y supervisión de las áreas de Terapia Ocupacional y Servicio Social. Los usuarios se responsabilizan y se ocupan tanto del cuidado y limpieza de su dormitorio, pertenencias, ropas y objetos personales, como de la realización de las diferentes tareas domésticas comunes necesarias en cualquier vivienda.

2. SEGUNDA ETAPA DE CENTRO DE DÍA: TALLERES TERAPÉUTICOS LABORALES (TTL).

Se considera TTL, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Reglamentario de la Ley 22.431: "Al establecimiento público o privado en relación de dependencia con una entidad de rehabilitación de un efector de salud, y cuyo objetivo es la integración social a través de actividades de adaptación y capacitación laboral, en un ambiente controlado, de personas que por su grado de discapacidad, transitoria o permanente no pueden desarrollar actividades laborales competitivas ni en talleres protegidos productivos".¹²

Los TTL funcionan de lunes a viernes de 8 a 14 horas. Actualmente están implementados los siguientes Talleres: ACUARISMO, COCINA ARTESANAL, SAHUMERIOS, RECICLADO DE PAPEL Y DISEÑO GRAFICO E IMPRESIONES.

OBJETIVOS GENERALES:

- Constituir un ámbito para que las personas con discapacidad puedan desarrollarse laboralmente

¹² Ibid., pág. 13.

- Desarrollar actividades orientadas a adquirir hábitos laborales, disciplina y competencia para el trabajo autónomo
- Trabajar la resolución de conflictos surgidos en la vida cotidiana institucional
- Lograr la mayor autonomía posible en relación a la preparación y administración de la medicación
- Fomentar el conocimiento necesario sobre diferentes enfermedades infecto contagiosas con el fin de prevenirlas
- Crear un espacio de cuidado, la identificación con otro que comparte circunstancias semejantes
- Iniciar una proyección vocacional-laboral para su reinserción socio comunitaria
- Facilitar la autonomía de los integrantes del taller para detectar y resolver problemas.

Las prestaciones incluyen: supervisión del equipo profesional, capacitación laboral, asamblea semanal grupal, asamblea mensual general, taller de medicación semanal, supervisión de casas de convivencia, terapias familiares, terapias individuales.

3. TERCER ETAPA DE CENTRO DE DÍA: REINSERCIÓN SOCIO COMUNITARIA CON ENCUENTRO QUINCENAL.

Dispositivo Terapéutico del Centro de Día, que se caracteriza por realizar el seguimiento quincenal de aquellas personas egresadas de los TTL, que lograron en distintos sectores de la comunidad alguna reinserción socio-laboral.

OBJETIVOS GENERALES:

- Incentivar la construcción de un proyecto de vida con integración al medio social
- Elaboración de un Proyecto de Vida
- Estimular la reinserción en una actividad en el afuera
- Responsabilizarse en el reconocimiento temprano de los síntomas de su enfermedad, a fin de evitar abandono del tratamiento farmacológico
- Supervisión de adquisición de habilidades del tratamiento psico farmacológico, aprendidas en el taller de medicación

- Práctica del conocimiento necesario sobre diferentes enfermedades infecto contagiosas con el fin de prevenirlas
- Continuar promoviendo la participación del resto de la familia como eslabón necesario del tratamiento
- Fomentar la integración del paciente en la realización de diferentes ocupaciones significativas
- Desarrollar actividades cotidianas y de cuidado personal para promover la independencia personal, aumentar el desempeño funcional y la integración comunitaria, mejorando así la calidad de vida.

Las prestaciones que incluye son:

- **Supervisión y Coordinación del Equipo Profesional:** sus objetivos se centran en: incentivar la construcción de un proyecto de vida con integración al medio social; responsabilizarse en el reconocimiento temprano de los síntomas de su enfermedad, a fin de evitar el abandono del tratamiento farmacológico; promover la participación del resto de la familia como eslabón necesario del tratamiento; supervisar el desarrollo de actividades cotidianas y de cuidado personal para promover la independencia personal, aumentar el desempeño funcional y la integración comunitaria, mejorando así la calidad de vida.
- **Tratamiento Grupal cada 15 días:** espacio destinado a promover actitudes de tolerancia y escucha; a posibilitar la identificación con otro que comparte circunstancias semejantes. Trabaja en la resolución de conflictos surgidos en la vida cotidiana y estimula el hábito de la conversación. Coordinado conjuntamente por una Psicóloga, una Enfermera, una Trabajadora Social y una Terapeuta Ocupacional.
- **Área de Trabajo Social:** entre sus objetivos se encuentra: impulsar la gestión de trámites legales; favorecer y acompañar en la re vinculación de la persona con aquellos miembros

de la familia y/o actores significativos; y realizar la gestión necesaria para adquirir la medicación y los beneficios sociales.

- **Taller de Medicación Quincenal:** supervisar la preparación y administración de la medicación. A cargo del área de enfermería y conjuntamente con el paciente

- **Control Psicofarmacológico:** destinado a supervisar el cumplimiento del plan psicofarmacológico junto al área de Psiquiatría y a fomentar la adherencia al mismo.

- **Área de Terapias Familiares:** orientado a incluir al resto de la familia como eslabón necesario del tratamiento, intentando juntos descubrir patrones relacionales, las potencialidades y las dificultades.

- **Área de Psicología:** destinado a fomentar el mayor grado de independencia y autonomía personal; a acompañar en el recorrido de la historia vital del sujeto, tendiendo al esclarecimiento y comprensión de la misma; y a propiciar el establecimiento de vínculos saludables intra e interpersonales.

Las áreas están conformadas por distintos profesionales: una Lic. en Terapia Ocupacional, dos Lic. en Psicología, una Médica Psiquiatra, una Enfermera y una Lic. en Servicio Social.

- **Supervisión de Casas de Convivencia:** los usuarios deberán implicarse y participar activamente en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento cotidiano. Se supervisa desde el equipo profesional el cuidado y limpieza de su dormitorio, pertenencias, ropas y objetos personales, así como la ejecución de las diferentes tareas domésticas comunes necesarias en cualquier vivienda: limpieza, realización de compras, preparación de comidas. A cargo de Terapia Ocupacional y Servicio Social.

- **Talleres Productivos:** funcionan de lunes a viernes de 13 a 16 hs. Actualmente están implementados los siguientes: COCINA ARTESANAL, SALES DE BAÑO, RECICLADO DE PAPEL Y DISEÑO GRAFICO E IMPRESIONES.

Estos talleres se realizan para aquellos concurrentes que presentan dificultades en la inserción Socio-Comunitaria. Están supervisados por el área de Terapia Ocupacional y Maestros de Taller.

4. CUARTA ETAPA DE CENTRO DE DÍA: REINSERCIÓN SOCIO-COMUNITARIA CON ACOMPAÑAMIENTO MENSUAL. (PREALTA).

El seguimiento mensual se realiza con aquellas personas que se encuentran insertadas laboralmente en forma estable, o ya lograron tener mayor autonomía e independencia para sostener y generar proyectos laborales.

OBJETIVOS GENERALES:

- Lograr la construcción de un proyecto de vida con integración al medio social
- Favorecer el desarrollo de las potencialidades e intereses particulares en el ámbito extrainstitucional
- Reconocimiento temprano de los síntomas de su enfermedad, a fin de evitar abandono del tratamiento farmacológico
- Práctica del conocimiento necesario sobre diferentes enfermedades infecto contagiosas con el fin de prevenirlas
- Crear en la familia conciencia de sistema, siendo todos partícipes de los ordenes jerárquicos correspondientes, con sentido de pertenencia, finalizando un trabajo de responsabilidad compartida a lo largo del tratamiento
- Lograr una adecuada inserción socio comunitaria de la persona
- Lograr la mayor autonomía posible en relación a la preparación y administración de la medicación
- Preparar al paciente para el alta del tratamiento.

Las actividades implementadas en esta Etapa, son de carácter extrainstitucional, ya que se prepara al paciente para su alta.

Las prestaciones incluyen: Supervisión y coordinación desde el equipo profesional, trabajo social, control psicofarmacológico, enfermería, taller de medicación mensual, terapias familiares, terapias individuales, supervisión de casas de convivencia.

Dadas las características propias de la Etapa que permite los seguimientos mensuales, y también de los pacientes, quienes se encuentran insertados socialmente, pueden sostener un proyecto y lograr mayor autonomía en el afuera, no consideré relevante incluirlos en la investigación.

TALLER INTEGRADO (DISPOSITIVO ALTERNATIVO).

Destinado a un grupo de personas que presentan importantes dificultades para llevar adelante el programa de alta institucional. Se crea así este nuevo dispositivo terapéutico con la finalidad de contenerlos en la institución, sin necesidad de pensar el alta. En este grupo se incluyen aquellos pacientes que se caracterizan por ejemplo, por su dependencia en la ejecución de actividades de autocuidado personal y en el hogar, dificultades para sostener actividades en la comunidad, y mayor necesidad de contención para la realización de los talleres dentro del ámbito institucional.

Además, estas personas presentan dificultades debido a su limitación cognoscitiva, ya sea por padecer un diagnóstico de retraso mental asociado a cuadros psicóticos, o por el deterioro que arroja los años de evolución de la enfermedad psiquiátrica.

El promedio de edades es de 35-40 años, con más de quince años de evolución de enfermedad, un promedio de 5 años de internación y de tres años de asistencia al Centro de Día (8 años promedio de vida institucional).

Dispositivo que funciona de lunes a viernes en el horario de 12 a 18.

OBJETIVOS GENERALES:

- Ofrecer un espacio de pertenencia, contención y seguimiento para aquellas personas que asisten a tratamiento y que presentan dificultades en la etapa de inserción socio comunitaria
- Lograr alcanzar el máximo potencial de autonomía en el cuidado de sí mismo, como así también en relación a la institución, su sistema familiar y su comunidad inmediata
- Facilitar la integración de las personas a su grupo de referencia y pertenencia dentro de la institución de acuerdo a las posibilidades y criterios de agrupabilidad de los mismos, y a las actividades terapéuticas propuestas en el Taller Integrado
- Mantener y/o mejorar el nivel de independencia en la ejecución de las AVD
- Mantener y/o mejorar el nivel de independencia en la ejecución de las AIVD.

Luego de observar los resultados encontrados en este dispositivo y con la necesidad de ofrecerle una alternativa a la demanda de los concurrentes que asisten al mismo, surge desde la institución, la posibilidad de plantear una experiencia piloto. Para esto se propuso la inclusión de un acompañante terapéutico, con la finalidad de brindar el apoyo que la persona necesita, para dar de alta en el tratamiento.

HOGAR

Dispositivo habitacional transitorio, para el desarrollo de la vida autónoma e integración en la comunidad. El ingreso al mismo es evaluado por los equipos de profesionales del Centro de Día, quienes realizan la derivación al mismo continuando el concurrente con el resto de los dispositivos de tratamiento.

CAPITULO III

TRASTORNO MENTAL CRÓNICO

El término Enfermo Mental Crónico es utilizado para definir un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental grave de larga duración.

Así lo expone Henri Ey (1995), aquellas enfermedades mentales que, por su organización permanente, aunque no siempre irreversibles, constituyen formas patológicas de la existencia. Señala como características comunes: en primer término, trastornos mentales durables, estables y, a veces, progresivos; segundo, la modificación, más o menos profunda, de la personalidad. Entre ellas engloba: las neurosis, las psicosis delirantes crónicas y esquizofrénicas y demencias.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) designa como enfermos mentales crónicos a las personas diagnosticadas de esquizofrenia, trastornos orgánicos o afectivos mayores que sufren una incapacidad por seis meses o más.

Asimismo, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ha adoptado la denominación Trastornos Mentales Severos (TMS), con el fin de evitar las connotaciones negativas y estigmatizantes del término "crónico". Hace referencia a un grupo de trastornos mentales graves, de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

Considera que la definición emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. en 1987, es la más representativa y la que ha alcanzado mayor consenso.

Incluye 2 dimensiones:

- 1- Diagnóstico: personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, psicosis, esquizofrenia, psicosis maníaco-depresivas, trastornos depresivos graves, trastorno delirante y trastornos graves de la personalidad.
- 2- Duración: este criterio discrimina al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada, y descarta los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución.

Tradicionalmente el adjetivo “crónico” que se le añadió a la esquizofrenia denotaba, no sólo una problemática para la que no existía curación y que evolucionaba a lo largo de la vida del sujeto, sino también una evolución negativa hacia una situación de progresivo deterioro y “cronificación”.

Ya son varios los estudios (Bleuler, 1972; Jablensky, 1982) en los cuales no se continúa con esta creencia. El desarrollo de un trastorno grave y crónico, es mucho más variado y heterogéneo, supone en muchos casos una mejoría progresiva tanto en su situación psicopatológica como en su funcionamiento psicosocial.

CAPITULO IV

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

A raíz de los fenómenos producidos como consecuencia de la Primera Guerra Mundial, contemporánea a la creación de la disciplina Terapia Ocupacional, se coloca el énfasis de la intervención del T.O en la realización independiente de actividades cotidianas. Las características de los heridos de guerra hicieron que la intervención se centrara específicamente en la adaptación de puestos de trabajo, el entrenamiento en el uso de prótesis y ayudas técnicas que posibilitaran la actividad laboral y un mayor grado de autonomía personal en actividades como el aseo, el vestido o el transporte.

Es en la obra escrita por el médico Deaver G. (1945), donde aparece por primera vez la expresión *actividades de la vida diaria*.

La primera escala publicada en un texto de terapia ocupacional se basó en el trabajo elaborado por Deaver. Fue publicada en 1947 en la primera edición del manual "Principios de Terapia Ocupacional" de Willard H. y Spackman C.

En el año 1950 aparece publicada en la revista americana de T.O (The American Journal of Occupational Therapy, AJOT) la primera escala de AVD desarrollada por terapeutas ocupacionales, la cual estuvo dirigida a evaluar las destrezas de los niños con parálisis cerebral.

Al tomar como referencia la cuarta edición del texto "Principios de Terapia Ocupacional" (1971) se pueden identificar los rasgos del concepto de AVD, el cual originalmente abarcaba los cuidados propios, pero que aquí incluye todas las actividades necesarias o deseables para cada individuo. Las comunicaciones y los viajes son considerados importantes para la interacción social y fundamentales para

desempeñar roles sociales. Todavía no se incluye una definición del término, sólo contiene una escala de evaluación.

En el año 1978, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) elabora la primera definición de AVD, incluyendo en ella a los componentes de las actividades de autocuidado, trabajo, juego y ocio, tal es el ejemplo de peinarse como parte del arreglo personal.

Reed y Sanderson (1980) las describen como, aquellas tareas que un individuo debe realizar para el cuidado independiente de sí mismo. Comprende el autocuidado, comunicación y desplazamiento. Estas autoras introducen una de las características constitutivas de las AVD, el cuidado personal de sí mismo asociado a la independencia del sujeto.

Así encontramos la definición de Pedretti (1981) *“Actividades de la vida diaria son tareas de automantenimiento, movilidad, comunicación y manejo del hogar que permiten a un individuo alcanzar independencia personal en su entorno”*¹³. De esta manera incorpora la idea de automantenimiento, ampliando la de autocuidado; y se introducen las actividades ligadas al manejo o administración del hogar.

Se observa cierta distinción entre aquellas actividades que no están ligadas únicamente al cuidado personal, de aquellas cuyo propósito es el mantenimiento del hogar. Esta diferenciación se sigue acentuando en las definiciones y clasificaciones de AVD que se desarrollaron posteriormente.

Tomando como referencia “La Terminología Uniforme para Terapia Ocupacional”, documento oficial de la AOTA (1994) se definen y clasifican las AVD, llamadas en este

¹³ Moruno, P; Romero, D. M. Actividades de la vida diaria. Ed. Masson. España, 2005. Pág 5.

texto *áreas de desempeño ocupacional*, como categorías de la actividad humana que forman parte de la vida cotidiana:

- actividades básicas de la vida diaria (ABVD), aquellas actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo: bañarse, control de esfínteres, arreglarse, comer, sueño, higiene personal y acicalado, sueño/descanso, etc.
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), actividades necesarias para mantener la independencia en el hogar y en la comunidad. Están orientadas a interactuar con el entorno y son a menudo complejas. A saber: realizar compras, preparación de comida, mantenimiento del hogar, lavado de ropa, manejo del dinero, uso del transporte y medios de comunicación, toma de medicación.
- Trabajo
- Juego/ ocio.

Al analizar estas dos definiciones se puede constatar que en ellas se diversifican las notas características que en décadas anteriores estaban agrupadas en un único concepto.

Mientras que las *actividades básicas* hacen referencia a aquellas actividades personales de autocuidado, sencillas, privadas e íntimas, las *actividades instrumentales* son aquellas que tiene como propósito la interacción con el entorno, la participación social, demandando mayor complejidad en su realización.

En la ejecución de estas actividades se pone de manifiesto lo que se llaman *componentes del desempeño ocupacional*, es decir, aquellas habilidades humanas que se requieren para el desarrollo satisfactorio de las áreas ocupacionales. Estos componentes pueden ser sensoriomotores, cognitivos, psicosociales, psicológicos, etc.

Desde Terapia Ocupacional se ha llegado a colocar a las AVD en un lugar predominante dentro de la ocupación humana, dado que configuran el sustento de la autonomía e independencia personal. Actividades como alimentación, higiene, mantener el hogar, preparar la comida, tomar la medicación, entre otras, cobran un gran valor para las personas con discapacidad.

Tomando el enfoque que defiende la Organización Mundial de la Salud (2001), pronunciándose por una concepción de la salud “biopsicosocial”, es decir, se propone ir más allá del campo médico-sanitario, con la inclusión de ámbitos sociales y contextuales más amplios. Adhiero a la idea de que la concepción actual de salud puede verse influida por la presencia de déficits que impiden o disminuyen la realización de actividades, o que restringen la participación social; por la limitación del número de ocupaciones des-empeñadas por un individuo y por la igualdad de oportunidades que alteran el potencial para buscar metas, adquirir responsabilidades y satisfacer necesidades individuales.

RASGOS DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Según lo referido por Moruno Pedro (2005), se puede considerar que las Actividades de la Vida Diaria, tanto básicas como instrumentales se relacionan con la supervivencia del hombre. Así queda evidenciado en la definición de AVD, elaborada por Hagedorn (1997), quien las considera como aquellas que oscilan entre las fundamentales para la supervivencia- alimentación, mantenerse caliente, mantener la higiene personal (ABVD) - y aspectos más complejos del autocuidado personal e independencia vital, tales como cocinar, comprar, realizar las tareas del hogar (denominadas también AIVD).

También Willard y Spackman (2001), las establece como "Tareas de automantenimiento consideradas necesarias para hacer frente a las demandas de la vida diaria que incluyen actividades tales como el baño, vestido, arreglo personal, higiene oral, alimentación, toma de medicación y comunicación".¹⁴ Incluyendo la movilidad y el manejo del hogar.

En segundo lugar, cumplen una función social. Es decir, le permiten al sujeto realizar actividades que lo incorporen a lo social y, simultáneamente, se conforman en insignias que permiten reconocer a un individuo como parte de una determinada cultura y sociedad. Además, las AVD están fuertemente influidas por aspectos sociales y culturales, que regulan su realización y le dan sentido. Constituyen un vehículo de transmisión de valores culturales y normas sociales.

Asimismo, las AVD conforman la identidad de un sujeto, constituyen formas de expresión y diferenciación personal. Por ejemplo, el mantenimiento del hogar, su

¹⁴ Hopkins, H.; Smith, H. Willard/ Spackman. Terapia Ocupacional. Ed. Médica Panamericana. España, 2001. Ed. Panamericana. Octava edición. Pág. 207.

limpieza y decoración son actividades que pueden ser interpretadas por un sujeto como reflejo de lo que la propia persona es. Podemos decir, que todas las AVD pueden adquirir un importante valor simbólico que nos permite diferenciarnos de los otros.

Entre otros aspectos las AVD, como parte constituyente de la ocupación humana, participan en la organización del tiempo. A través de patrones determinados culturalmente se regula el paso del tiempo, dando estructura al transcurrir del día, la semana y del año. Es decir, delimitan los períodos de actividad diurna con los de descanso nocturno, las actividades que se hacen o no los días laborales, los días festivos o de vacaciones. Desde esta mirada, las AVD actúan como soporte de un ritmo de actividad, tantas veces alterado en la enfermedad mental.

Como ya se ha dicho, las AVD están estrechamente relacionadas con la autonomía e independencia de la persona. Cualquier impedimento o dificultad en su realización, implica algún grado de dependencia, lo que a su vez supone una importante pérdida de la autonomía individual. Generalmente no reparamos en el tiempo que empleamos para lavar la ropa u organizar nuestro hogar hasta que no se sufre una discapacidad que obstaculiza el ejecutarlas. Es en este momento cuando adquieren mayor importancia.

Siguiendo a Moruno, estas actividades se relacionan con la autonomía del individuo implicando algo más que la supervivencia, tiene que ver con la “potestad individual” que nos permite ejercer nuestra potencial capacidad de acción por nosotros mismos, sin la ayuda ni soporte de nadie.

Del mismo modo Paganizzi L. expone, que las AVD son fenómenos culturales, fenómenos comunicativos, que mediante una innumerable cantidad de signos, dan cuenta de la subjetividad del sujeto mismo que las realiza y se constituyen además,

como vehículos de convivencia indispensables para la articulación social. Sea la forma en que nos sentamos, caminamos, cuando comemos, cocinamos, compramos, arreglamos la casa o el modo de cuidar nuestra salud, están reguladas por normas culturales que establecen “la manera adecuada” o “normalizada” de hacer todas estas tareas en el que se despliegan aspectos de la subjetividad.

En definitiva, podemos considerar por un lado que, las actividades de la vida diaria adquieren su significado en un contexto socio-cultural determinado. Es este contexto el que las establece y regula cómo y cuándo desempeñarlas, fuera de él tales actividades no tienen sentido.

Es la cultura quien constituye pautas de comportamiento, articuladas a través de la realización de actividades concretas, por ejemplo lavar la ropa semanalmente, que adjudican significados que sólo pueden entenderse inscritos en la red social y cultural de pertenencia. Beer (1993) afirmó que los seres humanos se identifican y reconocen no sólo como individuos particulares, sino también como sujetos de grupos sociales más amplios con ciertas características comunes.

Por otro lado, las AVD también pueden adquirir su significado en la medida en que se constituye en signos de diferenciación para un sujeto. Es decir, pueden concebirse como investidas de un significado subjetivo, consciente o inconsciente, que señala nuestra singularidad frente a los otros, nuestra unicidad y diferencia, que están enlazados con la historia personal y familiar de cada uno.

Como indica Paganizzi L. las AVD pueden contemplarse como un *lenguaje particular*, entramado de “significantes y reglas” por medio del cual el sujeto se expresa a través de una respuesta singular en la que se inscribe su propia subjetividad.

Por su parte Pichón Rivière nos plantea que para lograr un conocimiento objetivo del hombre como una unidad biopsicosocial es necesario el análisis del sujeto en su realidad inmediata, en su cotidianidad. Sólo así se podrá acceder a la complejidad de las relaciones que determinan el desarrollo de la subjetividad como fenómeno social e histórico.

Habla de “hombre concreto”, o sea, un ser de necesidades; es así que a partir de estas necesidades, los individuos establecen entre sí relaciones, llevando a producir y reproducir su vida en una doble relación: con la naturaleza y con los otros hombres. A partir de ésta práctica, se da lugar al nacimiento y desarrollo de la subjetividad. Por lo tanto lo que plantea este autor es que no hay actividad psíquica desvinculada de la práctica. Es decir, las experiencias concretas, la acción y la práctica son las que determinan la subjetividad. De esta manera queda planteado el carácter social e histórico de lo psíquico.

Continúa explicando Pichón Rivière que la vida cotidiana se manifiesta como un conjunto de hechos, de actos, de objetos, relaciones y actividades. Constituyendo la cotidianidad: la familia en que nacimos, la que construimos, la revista que leemos, la cocina, la televisión, los medios de transporte, el trabajo, el tipo de consumo, nuestra economía, la música que escuchamos, etc. Por tanto, *“Vida cotidiana es la forma de desenvolvimiento que adquiere día tras día nuestra historia individual. Implica reiteración de acciones vitales, en una distribución diaria de tiempo (...) La vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo, que yo experimento. Pero a la vez ese*

*mundo es intersubjetivo, social, compartido. Para cada uno de nosotros “mi mundo” es un mundo que vivo con otros”.*¹⁵

Podemos concebir que en una organización social como la nuestra hay una gran heterogeneidad de experiencias, de recursos, de condiciones de vida, de hábitat, en consecuencia una “heterogeneidad de cotidianidades”.

Para concluir, se debe aclarar que no sólo es necesario desde Terapia Ocupacional una evaluación que contemple los conocimientos, destrezas y aptitudes que posee la persona para desempeñarse en las actividades de la vida diaria, sino una evaluación que considere el significado que las AVD adquieren para cada caso en particular. Es decir, incluir aquellos aspectos que sostienen a los individuos, aquellas ocupaciones que dan sentido a sus vidas, en definitiva, que configuran su proyecto personal de vida.

Se trata de poder darle al paciente la capacidad de decidir sobre lo que quiere o no hacer. De esta manera se intenta promover una de las premisas básicas de la Terapia Ocupacional que es la de fomentar la autonomía en el paciente. Entendida ésta no como independencia total, sino como protagonismo, constitución de sujetos, en dependencia con el entorno y el mundo. Se debe pensar la autonomía como condición humana necesariamente intersubjetiva. Las subjetividades se constituyen en el diálogo con los demás, permitiendo que estos sujetos que se comunican entre sí sean sujetos participantes. Asimismo se requiere redescubrir la autenticidad como exigencia en el reconocimiento de la propia identidad y la de los demás. Sin el reconocimiento, la identidad peligra en autodestrucción. Y sin identidad no hay diversidad.

¹⁵ Pichon-Rivière, E. y Pampliega de Quiroga, A. Psicología de la Vida Cotidiana. Ed. Nueva Visión. Bs. As, 2002. Pág. 13.

Valiéndonos de la frase del filósofo Stuart Mill “Todo hombre quiere que le dejen arreglar su vida, porque su propio modo de arreglarlo es el mejor, no porque lo sea en sí, sino porque es el suyo”.¹⁶

¹⁶ Moruno, P.; Romero, D.M. Op. Cit. P. 225.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN SALUD MENTAL

Es sabido que las personas con enfermedad mental presentan dificultades en el funcionamiento ocupacional, en general, y sobre el desempeño de las AVD de forma particular.

Podemos encontrar algunos aspectos que no están directamente asociados al proceso de la enfermedad pero que influyen decididamente en la realización de dichas actividades.

Tal como señala Goffman (1963), la institucionalización genera una serie de hábitos y manifestaciones coherentes dentro de la propia institución pero que resultan disfuncionales en el exterior. Produce comportamientos de enfermos a los que hay que "hacerles", "atenderlos", en lugar de fomentar las posibilidades de autonomía e independencia. Esto conduce a aumentar el proceso de deterioro y retraimiento, haciéndolo irreversible.

Este autor sigue expresando, que la institución psiquiátrica implica un proceso de desculturación o desocialización que conlleva a una pérdida de las habilidades para un desempeño adecuado en la comunidad y en el hogar, situación que dificulta notablemente las posibilidades de retornar de manera satisfactoria al ambiente de origen de las personas.

Por ejemplo el ingreso de un paciente a una unidad de hospitalización produce una brusca ruptura de las actividades que la persona realizaba cotidianamente, así como con aquellos entornos que le eran familiares, hospedando en un ambiente físico extraño, un entorno sociocultural anormal y modelos de actividad que no le son familiares, pudiendo intensificar la disfunción ocupacional.

Otro de los aspectos que influyen en su ejecución, son los recursos económicos con los que cuenta el paciente mental. Actualmente muchos de sus ingresos no alcanzan para mantener una vida independiente, situación que dificulta la realización de algunas actividades en el hogar o en su alimentación.

Por otro lado, debemos señalar la importancia que tiene sobre el desempeño ocupacional la red de apoyo social y, más especialmente, las familias de las personas con enfermedad mental crónica. Éstas ocupan un lugar esencial en el cuidado y soporte, así como en el mantenimiento en la comunidad de la persona afectada. También encontramos familias que viven momentos de una excesiva sobreprotección, haciéndose cargo de las AVD, robando así este rol al paciente e ignorando las consecuencias futuras, en el caso que el familiar desaparezca.

Si a estos aspectos le sumamos el importante déficit de habilidades producto de la aparición de la enfermedad, entendemos la disfunción que presentan las personas con padecimiento psíquico tanto en su interacción social, como en la participación en roles ocupacionales, llevando a un desempeño insuficiente en las actividades de la vida diaria.

De acuerdo a lo establecido en el “Rol de Terapia Ocupacional en adultos en el campo de la Salud Mental”¹⁷, más allá del diagnóstico y las características patognomónicas de cada enfermedad, se observa que las personas presentan dificultades, en:

- 1- Imposibilidad de sostener una rutina y pérdida en la realización de actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales).

¹⁷ Tolomio, V. Material Interno de la cátedra de Introducción a Terapia Ocupacional. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. 2007. Pág. 3.

- 2- Autismo: incapacidad de entender la realidad y/o adaptarse a las exigencias del medio.
- 3- Alteraciones en el ciclo vigilia-sueño: duermen a la mañana y de noche, miran televisión o toman mate.
- 4- Alteraciones en la alimentación: pasan varias horas e incluso días sin comer, o no reconocen alimentos crudos de cocidos. Dificultades en la preparación, etc.
- 5- Falta de higiene personal: no se bañan diariamente, tampoco realizan actividades básicas de aseo como lavado de manos y cara, peinado, cepillado de dientes, entre otros.
- 6- Vestido: en algunos casos no se relacionan con la época del año (remeras en invierno, camperas en verano), o no se cambian durante varios días usando ropas manchadas con olor, desaliñados.
- 7- Pérdida de hábitos en actividades productivas: no pueden continuar o realizar actividades laborales o de estudio. Generalmente comienzan con irregularidades en la asistencia, conflictos relacionales, imposibilidad de concentrarse o ejecutar tareas que le eran cotidianas.
- 8- Reducción de las relaciones sociales: pérdida de relaciones con los familiares, amigos. Dejan de salir de la casa. Reducen actividades a un solo ambiente: toman mate en la cocina, miran televisión en la cama, no realizan los mandados, se aíslan.
- 9- Pérdida de interés (anhedonia): es una de las características más frecuentes. No hay deseo de involucrarse en actividades. Al igual que la abulia, es decir, falta de motivación. Ambas constituyen uno de los obstáculos más difíciles de superar.

10- Dificultades en la comunicación (intra e interpersonal): imposibilidad de expresar sentimientos, poner en palabras las cosas que le suceden, no pueden expresar sus deseos.

11- Alteraciones de las funciones psicológicas superiores (memoria, atención, concentración, juicio, pensamiento, razonamiento, ideación, sensopercepción, lenguaje, praxias, gnosias, motricidad): lo que produce dificultades en el aprendizaje, en la capacidad de anticipar, organizar, planificar y ejecutar una acción con un fin determinado. Por ejemplo: utilizar medios de transporte.

12- Pérdida de autonomía, independencia y en la capacidad de tomar decisiones: las personas necesitan supervisión y/o acompañamiento para realizar tareas que podían realizar. Requiriendo ayuda en tareas complejas como ir a cobrar al banco, o aún en las sencillas, como tomar la medicación. O bien no pueden tomar decisiones por sí solas, necesitando de un familiar o tutor.

Obviamente no todas las personas con un trastorno mental crónico presentarán todo este conjunto de manifestaciones en el desempeño ocupacional; esto dependerá no sólo del tipo de enfermedad sino también de su evolución, predominando por lo general ciertas manifestaciones sobre otras.

Moruno (2005) también plantea que la aparición de la enfermedad en edades tempranas puede obstaculizar el aprendizaje de actividades a lo largo del ciclo evolutivo y, a su vez, puede dificultar la interacción social y la asunción de responsabilidades en el ambiente. Mientras que si la interrupción se produce en edades mayores la persona ya habrá adquirido habilidades para el desempeño en la comunidad.

Asimismo, en numerosos ocasiones, la disfunción ocupacional no es la propia enfermedad sino la medicación utilizada para paliar la sintomatología de la misma. Determinados síntomas extrapiramidales como inhibición motora, temblores, acatisia, discinesia, somnolencia interfieren en la realización de las AVD.

CAPITULO V

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Las personas con padecimiento psíquico, como hemos visto, han sufrido una larga historia de marginación, siendo la base de la atención, hasta hace muy poco tiempo, la institucionalización durante un tiempo más o menos prolongado (incluso de por vida) en hospitales psiquiátricos. La reforma psiquiátrica trae consigo el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos y el paso del núcleo de atención a la comunidad. Es en este contexto propiciado por los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica que puede entenderse la *Rehabilitación Psicosocial*.

Saraceno Benedetto en su libro afirma que, *"la rehabilitación nace de la exigencia puntual de responder a la petición de un "entretenimiento extramanicomial", y de mejorar la calidad de la asistencia a gran número de pacientes, para ofrecer a las familias un relevo del cuidado del paciente, vigilar al paciente que vive solo, ofrecerle una alternativa a la soledad cotidiana, procurar reintegrarlo al mundo productivo, apoyarlo en su vida social y coadyuvar en las intervenciones psicoterapéuticas o farmacológicas"*.¹⁸

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

¹⁸ Saraceno, B. La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. Ed. Pax México. México, 2003. p. 5.

Sólo en un *modelo de atención comunitaria* que se plantea no apartar al enfermo mental de la sociedad ni recluirlo o aislarlo en instituciones especiales, adquiere pleno sentido y coherencia el concepto y el proceso de la rehabilitación.

Moruno (2003) señala que la rehabilitación se organiza a partir de los años 1930 y 1960 como respuesta al contingente de los heridos de la posguerra, al aumento de la esperanza de vida de los estadounidenses y a las enfermedades de curso crónico.

La OMS (INSERSO, 1982) define la rehabilitación “ como un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a las personas con discapacidad a alcanzar los niveles funcionales más altos posibles”.¹⁹

La rehabilitación debe ser concebida como respuesta a los procesos de enfermedad de curso crónico, permitiendo que las intervenciones estén dirigidas a atenuar las consecuencias de la enfermedad mental. La misma requiere tratamiento y apoyos de por vida agregándole a esto, el estigma social que implica “la locura”.

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

Ya la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental en el año 1948, la incluye en el art. N° 5: “El tratamiento de las personas cuyas posibilidades de gestión personal se hayan visto mermadas por la enfermedad, incluirá una rehabilitación psicosocial, dirigida al restablecimiento de las aptitudes vitales y se hará

¹⁹ Paganizzi, L. *Terapia Ocupacional: escenarios clínicos y comunitarios*. Ed. Polemos. Bs. As. 2007. Pág 92.

cargo de sus necesidades de alojamiento, empleo, transporte, ingreso económico, información y seguimiento después de su salida del hospital”.²⁰

Barbato (2006), como presidente de la WARP (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial), define la rehabilitación psicosocial como *“la estrategia de salud que facilita y brinda oportunidades a las personas con discapacidad por causas mentales a alcanzar los mejores niveles posibles de funcionamiento en la comunidad, promueve el desarrollo de habilidades individuales y el mejoramiento de los intercambios sociales. Trabaja para el mejoramiento de la calidad de vida y la disminución de los factores de riesgo”*.²¹

El término rehabilitación apunta a reparar la discapacidad y desventaja. Es en este aspecto donde la rehabilitación psiquiátrica difiere de la física, por la naturaleza crónica y episódica de los trastornos mentales graves, los síntomas (deterioro) que deben ser continuamente controlados y tratados. Por lo tanto la rehabilitación de los trastornos mentales graves demanda el tratamiento de los síntomas (prevención secundaria) y la prevención de la desventaja generada por los síntomas (prevención terciaria).

Por tanto, la rehabilitación psicosocial puede definirse como: “la recuperación máxima posible del funcionamiento del rol social y operativo a través de mecanismos de aprendizaje y del apoyo del entorno” (Anthony y Cols., 1986).²²

En el proceso de rehabilitación se facilita la transición hacia la externación, para ayudar a los pacientes en este difícil tránsito de vuelta a la sociedad; se evita su

²⁰ Stolkiner, A; Aguilar, E. Op. Cit. Pág. 13.

²¹ Paganizzi, L. Op. Cit. Pág. 99.

²² Kraut A. Loc. Cit. Pág. 26.

aislamiento, se ayuda a preservar su inserción familiar, social y laboral. Es decir, se le brinda el apoyo necesario para su mantenimiento en la comunidad contribuyendo a evitar las reinternaciones o recaídas.

Además, estas personas presentan un alto grado de vulnerabilidad. Se entiende por vulnerable a aquel susceptible de ser dañado, un individuo precario en cuanto a su relación con el trabajo y frágil en su inserción relacional.

Por lo tanto, la rehabilitación psicosocial tiende a ayudar al enfermo mental crónico tanto a superar o compensar las dificultades psicosociales que sufren, como también en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios.

Un estudio realizado en El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (México) durante el período 1994-2001, reveló la eficacia de un programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. Demostró que lograron un resultado estadísticamente significativo, el grupo de pacientes que recibió dicho programa y medicación antipsicótica (grupo experimental). Se observó una mejoría notable en las áreas de autocuidado, socialización, relaciones familiares, actividades dentro del hogar y el manejo de dinero. Por el contrario, los pacientes del grupo control recibieron únicamente tratamiento farmacológico, no presentando diferencias significativas en las áreas evaluadas.

Según lo referido por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), se puede hacer una aproximación de algunos *principios* que se han venido asentando en el desarrollo de este campo de la rehabilitación:

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

Siguiendo con la AEN, en los últimos años ha habido notables avances que han contribuido a darle estructura a la *metodología de intervención* en rehabilitación psicosocial, siendo sus principales componentes los siguientes:

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

Nuevamente se destaca, que los resultados que se pueden alcanzar con la rehabilitación están influidos por las distribuciones presupuestarias, la organización de

los servicios y las medidas legislativas, en suma factores socioestructurales y políticos, que condicionarán al modelo de atención comunitaria.

Centrándonos en las actividades de la vida diaria, el objetivo central de la rehabilitación psicosocial es conseguir que las personas con Enfermedad Mental Crónica recuperen o mantengan las habilidades necesarias para vivir en su entorno de manera autónoma. Es decir, que el sujeto sea capaz de realizar las actividades de la vida diaria, y en ellas las instrumentales, basándose en sus propias capacidades, habilidades e intereses sin depender de alguien.

Al intervenir sobre las AVD no sólo se mejoran considerablemente aspectos específicos relacionados con ellas, sino que también esta intervención repercute directamente sobre la autoestima de la persona y en su calidad de vida. Asimismo se obtendrá una mayor y mejor competencia personal y social.

Paralelamente se contribuirá a la mejora de las relaciones familiares y sociales con la posibilidad de crear nuevos vínculos y una red social alternativa.

Como ya se mencionó, también se tiende a facilitar una organización del tiempo, lo que le da un sentido de utilidad a los días. Es habitual que la persona con esta patología viva todos los días como iguales, sin distinción de ningún tipo, lo que conlleva a una pérdida de todo rol.

Para concluir los pacientes que presentan dificultades en las AVD y específicamente en las AIVD, pueden sufrir repercusiones de estos mismos inconvenientes en otras áreas de su vida, tales como el ocio, lo laboral y como ya mencionamos, las relaciones familiares.

INDICE DE LAWTON Y BRODY

La Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody (1969) ha sido elaborada en el Centro Geriátrico de Filadelfia (EE.UU.) para la población anciana institucionalizada o no.

La misma es utilizada en el Centro de Promoción Social, específicamente con los pacientes del Dispositivo de Taller Integrado. Se realiza un perfil neuropsicológico de este grupo, que incluye el índice de Lawton y Brody. Es de destacar que al ser una población con más de quince años de evolución de enfermedad, presenta mayor dificultad y dependencia en estas actividades.

En el resto de las Etapas se seleccionan determinados criterios de esta evaluación, de manera subjetiva, sin realizar ninguna medición objetiva de las AIVD.

En la actualidad, la Asociación Argentina de Salud Mental dicta el curso "Deterioro Cognitivo en Atención Primaria", en donde se incluye esta Escala para valorar las actividades instrumentales de la vida diaria junto a otra batería de test que evalúan el área cognitiva y emocional. Sus directores forman parte del Equipo de Neuropsicología del Hospital Álvarez.

ASPECTOS
METODOLÓGICOS

TEMA DE INVESTIGACION

DIFERENCIAS EN EL GRADO DE DEPENDENCIA EN LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE PROMOCION SOCIAL Y SE ENCUENTRAN EN DISTINTAS ETAPAS DE TRATAMIENTO.

PROBLEMA

¿EXISTE DIFERENCIA EN EL GRADO DE DEPENDENCIA EN LA REALIZACIÓN DE LAS AIVD, SEGÚN LA ETAPA DE TRATAMIENTO (PRIMERA Y TERCERA) EN LA QUE SE ENCUENTRAN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE PROMOCIÓN SOCIAL DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA, DURANTE NOVIEMBRE- DICIEMBRE DEL 2010?

OBJETIVO GENERAL

- Analizar si existe diferencia en el grado de dependencia en la realización de las AIVD, según la etapa de tratamiento, primera y tercera, en la que se encuentran los pacientes que asisten al Centro de Promoción Social de la ciudad de Mar del Plata, durante noviembre- diciembre del año 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la muestra de la Primera y Tercera Etapa de Tratamiento.
- Determinar el grado de dependencia en la realización de las AIVD en la Primera Etapa de Tratamiento de los pacientes que asisten al CPS.
- Determinar el grado de dependencia en la realización de las AIVD en la Tercera Etapa de Tratamiento de los pacientes que concurren al CPS.
- Identificar aquellas actividades instrumentales que presentan mayor grado de dependencia en su realización en la Primera y en la Tercera Etapa de Tratamiento.

- Describir las actividades instrumentales que presentan menor grado de dependencia en su realización en la Primera y en la Tercera Etapa de Tratamiento.
- Comparar los resultados hallados en las Etapas de Tratamiento en cuanto al grado de dependencia en la realización de las AIVD en los pacientes que concurren al CPS.

Variable de estudio

GRADO DE DEPENDENCIA EN LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD).

Definición Conceptual:

Situación o estado de una persona que no puede valerse por sí misma para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, consideradas éstas como “aquellas actividades necesarias para mantener la independencia y vivir eficazmente en el hogar y en la comunidad”²³. Están orientadas a interactuar con el entorno y son a menudo complejas.

Definición Operacional:

Distintos grados de ayuda que necesita un sujeto para realizar aquellas actividades que permiten al individuo adaptarse a su entorno, incluyen tareas como: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar el transporte, tomar la medicación y manejar el dinero. Los distintos grados de dependencia en su realización varían desde una dependencia total, severa, moderada o leve a una independencia.

²³ Moruno, P; Romero. D. Op. Cit. p 28.

VARIABLE CONSTANTE: ETAPA DE TRATAMIENTO (PRIMERA Y TERCERA).

Definición Conceptual:

Distintos dispositivos del proceso terapéutico por los cuales el paciente transcurre en el Centro de Promoción Social, para alcanzar su alta institucional. Cada uno conlleva ciertos objetivos que deben ser cumplidos por parte del paciente para posibilitar el pasaje a una nueva etapa. Estos momentos son: Primera Etapa de Centro de Día: Circuito Cotidiano Integrador y Tercera Etapa: Reinserción Socio-Comunitaria con encuentro quincenal.

Definición Operacional:

Las dos de las etapas de tratamiento por las cuales transcurre el paciente son:

1° ETAPA DE CENTRO DE DÍA: Circuito Cotidiano Integrador.

Según lo expresado en el "Proyecto Institucional del Centro de Promoción Social", es un dispositivo terapéutico inicial del Centro de Día que se caracteriza por ser un ámbito de contención afectiva, donde el concurrente está estimulado por diferentes estrategias grupales, con la finalidad de comenzar a centrarse en su "ser persona", para contactarse luego con otros vínculos y, posteriormente, adquirir su "sentido de permanencia".

- Las prestaciones con modalidad de taller, especificadas en el proyecto institucional, son :

- Asamblea de inicio y cierre de semana: su fin es facilitar las relaciones interpersonales en los grupos sociales y socializar la información institucional. Coordinada por una Terapeuta Ocupacional y equipo.

- **Taller de Formación Laboral:** su objetivo es desarrollar y/o estimular la adquisición de hábitos laborales a través de la actividad. A cargo de una Terapeuta Ocupacional.
- **Taller de Reflexión:** orientado a trabajar la agrupabilidad y a favorecer la integración a la vida institucional. Facilita la convivencia y genera espacios de comunicación A cargo de un Psicólogo y una Médica Psiquiatra.
- **Taller de Artes Plásticas:** su objetivo es facilitar los procesos de creación y comunicación a través de la implementación de diferentes técnicas plásticas. Dictado por una Profesora de Artes Plásticas.
- **Taller de Teatro:** dirigido a propiciar la libre expresividad del paciente (su carga de fantasía, emotividad y sensibilidad) a través de las diversas técnicas teatrales, contribuyendo a su desarrollo integral. A cargo de un Profesor de Teatro.
- **Taller de Informática:** destinado a enseñar y a profundizar el uso de la computadora y sus programas. La computadora se utiliza como un instrumento de rehabilitación, terapéutico, recreativo-lúdico, de comunicación y pedagógico. Dictado por un Docente en Informática.
- **Taller de Medicación:** su objetivo es lograr la mayor autonomía posible en relación a la preparación y administración de la medicación. Realizado conjuntamente entre paciente y enfermero.
- **Taller de Yoga:** orientado a favorecer la relación de la persona con su cuerpo, a estimular la relajación, el esquema corporal, entre otros. Dictado por una Profesora de yoga.
- **Taller de Música:** su finalidad es interpretar y crear música utilizando la voz, los recursos del medio ambiente y los instrumentos que cada uno de los pacientes pueda

aportar; y desarrollar una disposición positiva y placentera hacia la actividad musical.

Desarrolla la memoria musical. Dictado por una Profesora de Música.

- **Taller de Estimulación Cognitiva:** orientado a estimular las funciones psicológicas superiores y a mejorar la capacidad cognitiva para el desenvolvimiento en diversas ocupaciones. A cargo de una Lic. en Terapia Ocupacional.

- **Mantener Hábitos de Higiene y Mantenimiento del Centro de Día:** el objetivo es promover la realización de las actividades de cuidado e higiene del lugar, de manera de estimular el sentido de responsabilidad de cada uno de los participantes y de posibilitar la transferencia de experiencias desde lo institucional al hogar. Tareas a desarrollar: poner la mesa, servir la comida, levantar los platos, barrer el piso.

- Prestaciones con modalidad individual:

- **Área Psicológica:** destinado a incentivar la construcción de un proyecto de vida con integración al medio social; y a favorecer el desarrollo de las potencialidades e intereses particulares.

- **Área de Enfermería:** sus objetivos son el de promover el desarrollo de actitudes positivas con el fin de estimular la iniciativa del cuidado personal; y estimular la adhesión al tratamiento psico farmacológico por medio del taller de medicación.

- **Área de Psiquiatría:** su finalidad es implementar evaluaciones psicosemiológicas en los pacientes que ingresan a Primera Etapa; y establecer seguimientos individual y grupal, que abarcan evaluación y estrategias terapéuticas a seguir.

- **Área de Terapia Familiar:** orientado a incluir al resto de la familia como eslabón necesario de tratamiento, intentando juntos descubrir patrones relacionales, las potencialidades y las dificultades; tendiendo a un trabajo de responsabilidad compartida.

- **Área de Trabajo Social:** propicia la integración con sus pares y la reintegración con su grupo familiar o red vincular. Impulsa la gestión de trámites correspondientes con sus derechos por discapacidad. Realiza la gestión necesaria para la adquisición de la medicación y de beneficios sociales.

Estas áreas se encuentran conformadas por un Lic. en Psicología, un Lic. en Enfermería, una Lic. en Psicología, una Médica Psiquiatra una Lic. en Servicio Social.

- **Supervisión de Casas de Convivencia:** los usuarios deberán implicarse y participar activamente en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento cotidiano, con el apoyo y supervisión del equipo profesional (Terapia Ocupacional y Servicio Social). Los pacientes se responsabilizan y se ocupan tanto del cuidado y limpieza de su dormitorio, pertenencias, ropas y objetos personales, como de la realización de las diferentes tareas domésticas comunes necesarias en cualquier vivienda.

3° ETAPA DE CENTRO DE DÍA: Reinserción Socio-Comunitaria de Encuentro Quincenal.

Continuando con lo enunciado en el Proyecto Institucional del C.P.S, se considera un dispositivo terapéutico del Centro de Día, que se caracteriza por realizar seguimientos grupales, en forma quincenal, de aquellas personas egresadas de los Talleres Terapéuticos Laborales (segunda etapa), habiendo logrado en distintos sectores de la comunidad su reinserción socio-laboral, por ejemplo: sostener actividades en el afuera, trabajar, realizar trámites, participar en cursos.

Las prestaciones que incluye la institución, detalladas en el Proyecto del C.P.S, son:

- **Supervisión y Coordinación desde el Equipo Profesional:** sus objetivos se centran en: incentivar la construcción de un proyecto de vida con integración al medio social;

responsabilizarse en el reconocimiento temprano de los síntomas de su enfermedad, a fin de evitar el abandono del tratamiento farmacológico; promover la participación del resto de la familia como eslabón necesario del tratamiento; supervisar el desarrollo de actividades cotidianas y de cuidado personal para promover la independencia personal, aumentar el desempeño funcional y la integración comunitaria, mejorando así la calidad de vida.

- **Tratamiento Grupal cada 15 días:** espacio destinado a promover actitudes de tolerancia y escucha; a posibilitar la identificación con otro que comparte circunstancias semejantes; a trabajar en la resolución de conflictos surgidos en la vida cotidiana y estimular el hábito de la conversación. Coordinado conjuntamente por una Psicóloga, una Enfermera, una Trabajadora Social y una Terapeuta Ocupacional.

- **Área de Trabajo Social:** sus objetivos son: impulsar la gestión de trámites legales; favorecer y acompañar en la re-vinculación de la persona con aquellos miembros de la familia y/o actores significativos; y realizar la gestión necesaria para adquirir la medicación y beneficios sociales.

- **Taller de Medicación Quincenal:** supervisar la preparación y administración de la medicación. A cargo del área de enfermería y conjuntamente con el paciente

- **Control Psicofarmacológico:** supervisar el cumplimiento del plan psicofarmacológico junto al área de Psiquiatría y fomentar la adherencia al mismo.

- **Área de Terapias Familiares:** orientado a incluir al resto de la familia como eslabón necesario del tratamiento, intentando juntos descubrir patrones relacionales, las potencialidades y las dificultades.

- **Área de Psicología:** sus objetivos se orientan a fomentar el mayor grado de independencia y autonomía personal; acompañar en el recorrido de la historia vital del sujeto, tendiendo al esclarecimiento y comprensión de la misma; y propiciar el establecimiento de vínculos saludables intra e interpersonales.

Las áreas están conformadas por distintos profesionales: una Lic. en Terapia Ocupacional, dos Lic. en Psicología, una Médica Psiquiatra, una Enfermera y una Lic. en Servicio Social.

- **Supervisión de Casas de Convivencia:** los usuarios deberán implicarse y participar activamente en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento cotidiano. Se supervisa desde el equipo profesional el cuidado y limpieza de su dormitorio, pertenencias, ropas y objetos personales, como la realización de las diferentes tareas domésticas comunes necesarias en cualquier vivienda: limpieza, realización de compras, preparación de comidas. A cargo de Terapia Ocupacional y Servicio Social.

- **Talleres Productivos:** se implementan estos talleres para aquellos concurrentes que presentan dificultades en la inserción Socio-Comunitaria. Actualmente se realizan los talleres de: Cocina Artesanal, Sales de Baño, Reciclado de Papel y Diseño Gráfico e Impresiones. Los mismos están supervisados por una Terapeuta Ocupacional y Maestros de Taller.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE

| | Indización | |
|---|--|---|
| Grado de dependencia en la realización de las AIVD, según la etapa de tratamiento, primera y tercera, en la que se encuentran los pacientes que asisten al Centro de Promoción Social | <u>1- Capacidad para usar el teléfono:</u> | |
| | - Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números | 1 |
| | - Es capaz de marcar bien algunos números familiares | 1 |
| | - Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar | 1 |
| | - No es capaz de usar el teléfono | 0 |
| | <u>2- Hacer las compras:</u> | |
| | - Realiza todas las compras necesarias independientemente | 1 |
| | - Realiza independientemente pequeñas compras | 0 |
| | - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra | 0 |
| | - Totalmente incapaz de comprar | 0 |
| | <u>3- Preparación de la comida:</u> | |
| | - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente | 1 |
| | - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes | 0 |
| | - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada | 0 |
| | - Necesita que le preparen y sirvan las comidas | 0 |
| | <u>4-Cuidado de la casa:</u> | |
| - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) | 1 | |
| - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas | 1 | |
| - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza | 1 | |
| - Necesita ayuda en todas las tareas de la casa | 0 | |
| - No participa en ninguna tarea de la casa | 0 | |

| | | |
|---|--|---|
| Grado de dependencia en la realización de las AIVD, según la etapa de tratamiento, primera y tercera, en la que se encuentran los pacientes que asisten al Centro de Promoción Social | <u>5- Lavado de la ropa:</u> | |
| | - Lava por sí solo toda su ropa | 1 |
| | - Lava por sí solo pequeñas prendas | 1 |
| | - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro | 0 |
| | | |
| | <u>6- Uso de medios de transporte:</u> | |
| | - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche | 1 |
| | - Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte | 1 |
| | - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona | 1 |
| | - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros | 0 |
| | - No viaja | 0 |
| | | |
| | <u>7- Responsabilidad respecto a su medicación:</u> | |
| | - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta | 1 |
| | - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente | 0 |
| | - No es capaz de administrarse su medicación | 0 |
| | | |
| | <u>8- Manejo de sus asuntos económicos:</u> | |
| | - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo | 1 |
| | - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... | 1 |
| - Incapaz de manejar dinero | 0 | |

Categorías de Variable:

- Independencia 8 ptos.
- Dependencia leve 6 y 7 ptos.
- Dependencia moderada 4-5 ptos
- Dependencia severa entre 2-3 ptos.
- Dependencia total 0-1 pto

- **ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:** Cuantitativo.
- **TIPO DE ESTUDIO:** Esta investigación es de tipo exploratorio-descriptivo. Es exploratorio porque el interés es conocer el grado de dependencia en la realización de las AIVD según la Etapa de Tratamiento, Primera y Tercera, en la que se encuentran los pacientes que concurre al Centro de Promoción Social. Es descriptivo porque pretende medir y caracterizar el grado de dependencia en las AIVD de los pacientes, en las respectivas etapas de tratamiento.
- **TIPO DE DISEÑO:** Transversal.
- **POBLACIÓN:** Todos los pacientes de la Primera y Tercera Etapa de Tratamiento que cumplieron con los criterios de inclusión y concurren al Centro de Promoción Social de la ciudad de Mar del Plata, durante noviembre- diciembre de 2010.
- **MUESTRA:** La muestra estuvo conformada por 27 pacientes, entre la Primera y Tercera Etapa de Tratamiento.
- **UNIDAD DE ANÁLISIS:** Cada uno de los pacientes de la Primera y Tercera Etapa de Tratamiento que concurren al Centro de Promoción Social de la ciudad de Mar del Plata, durante noviembre- diciembre de 2010.
- **MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:** el método de selección de la muestra es no probabilístico por conveniencia, de acuerdo a las características de la investigación.

▪ **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:**

- **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes que transcurren por la Primera y Tercera Etapa de Tratamiento en el CPS de la ciudad de Mar del Plata.
- Pacientes con diagnóstico de Psicosis.
- Pacientes que se encuentren institucionalizados, internación mayor a 1 año.

- **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes que se encuentren en la Segunda y Cuarta Etapa de Tratamiento.
- Pacientes que participen del Taller Integrado.
- Pacientes de la Primera y Tercera Etapa de Tratamiento cuyo diagnóstico no sea Psicosis.
- Pacientes que se encuentren institucionalizados, internación menor a 1 año.
- Pacientes y sus respectivos familiares, amigos o allegados que no autoricen la evaluación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

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

- 1) **Recopilación documental:** Lectura de historias clínicas, con el objetivo de relevar datos del paciente tales como: nombre, edad, sexo, diagnóstico, tiempo de tratamiento, lugar de residencia (casa, pensión, institución psiquiátrica), personas con las que convive (solo-acompañado).
- 2) **Encuesta cerrada:** Se relevaron datos personales del concurrente que asiste al Centro de Promoción Social: nombre, edad, sexo y nivel de instrucción.

El adulto que respondió la escala debió marcar su relación con el paciente, sea éste familiar, amigo, allegado al paciente o, cuando se requirió, miembro del equipo institucional.

- 3) **Prueba Estandarizada:** Escala de Lawton y Brody (1969). Índice para valorar las Actividades instrumentales de la Vida Diaria.

TÉCNICA DE MEDICIÓN

La Escala de Lawton y Brody fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia (EE.UU.) en el año 1969 para la población anciana, institucionalizada o no, con el objetivo de evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

La Escala de Lawton y Brody es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado. Se caracteriza por ser una evaluación objetiva, confiable, válida y de fácil administración. Su traducción al español se publicó en el año 1993. Ver anexo.

El cuestionario consta de 8 ítems que incluyen: capacidad para utilizar el teléfono, hacer las compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado

de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área atribuye un máximo de 1 punto (independiente) y un mínimo de 0 puntos (dependiente). La total dependencia está marcada por la obtención de 0 y 1 punto, la dependencia severa está dada por la obtención de 2 y 3 puntos. Entre 4 y 5 es dependencia moderada, la dependencia leve es de 6 y 7 puntos, mientras que una suma de 8 expresa independencia.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Inicialmente se obtuvieron datos de las historias clínicas para tener una primera aproximación del paciente a encuestar.

En un principio asistí a la asamblea semanal organizada por la Primera Etapa, con la finalidad de presentarme ante los pacientes y exponer el objetivo de la investigación. Les entregué un juego de copias a cada uno, consistente en una autorización de la Dirección del C.P.S, una encuesta cerrada y la Escala de Lawton y Brody, y también les expliqué que el cuestionario debía ser respondido por un cuidador fidedigno, fuera éste, un familiar, amigo o allegado al paciente, especificando que los datos no podrían ser completados por ellos mismos debido a que se necesitaba un registro objetivo de las actividades a evaluar. Asimismo se informó que se realizarían 2 entregas. Se les dió un plazo máximo de una semana para la devolución del mismo. Pasado ese término y en los casos en que el formulario no fuera devuelto, el cuestionario sería respondido por el equipo de

profesionales de la institución: Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, Enfermero, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Coordinador de la Etapa.

En la oportunidad aclaré que los datos obtenidos serían totalmente confidenciales, respetándose el anonimato del paciente. Del mismo modo, se informó que los resultados de la investigación se enseñarían según el requerimiento del paciente o respondiente.

TIEMPO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La obtención de la información demandó dos meses, entre la lectura y el relevamiento de los datos personales en las historias clínicas, la entrega de cuestionarios en dos oportunidades y la aplicación de la escala a los profesionales de la institución, en los casos necesarios.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos se procesaron mediante los archivos de sintaxis para computación automática de puntajes usando un paquete estadístico informatizado para Ciencias Sociales.

Caracterización de la muestra:

- El grupo de estudio estuvo conformado por 27 pacientes. Siendo 14 de la Etapa I (51,9%) y 13 de la Etapa III (48,1%).
- De la totalidad de la muestra el 74,1% correspondió al sexo masculino y un 25,9% al sexo femenino.
- Las edades de los pacientes de la Etapa I y III estuvieron comprendidas entre los 20 y 65 años de edad, encontrándose el promedio poblacional en los 41,7 años con un desvío standard de 12,7.

El promedio de edad para la Etapa I es de 40,14 con un desvío standard de 13,8, mientras que para la Etapa III es de 43,46 con un desvío standard de 11,83.
- En relación al tiempo de tratamiento, el mayor valor fue de 58 meses siendo el menor de 2 meses.
- Según el nivel de instrucción, el porcentaje más elevado correspondió a 55,6% primaria completa, siguiendo en orden de frecuencia decreciente, el 37% secundaria completa y un 3,7% universitario completo.
- En cuanto al lugar de residencia: el 81,5% de los pacientes reside en su casa, el 14,8% vive en una pensión, mientras que un 3,7% reside en una institución psiquiátrica.
- De acuerdo con quien convive el paciente, un 92,6% vive acompañado, así mismo, un 7,4% de la muestra vive solo.

RESULTADOS

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

- Determinar el grado de dependencia en la realización de las AIVD en la Primera Etapa de Tratamiento de los pacientes que asisten al CPS.
- Determinar el grado de dependencia en la realización de las AIVD en la Tercera Etapa de Tratamiento de los pacientes que concurren al CPS.
- Comparar los resultados hallados en las Etapas de Tratamiento en cuanto al grado de dependencia en la realización de las AIVD en los pacientes que concurren al CPS.

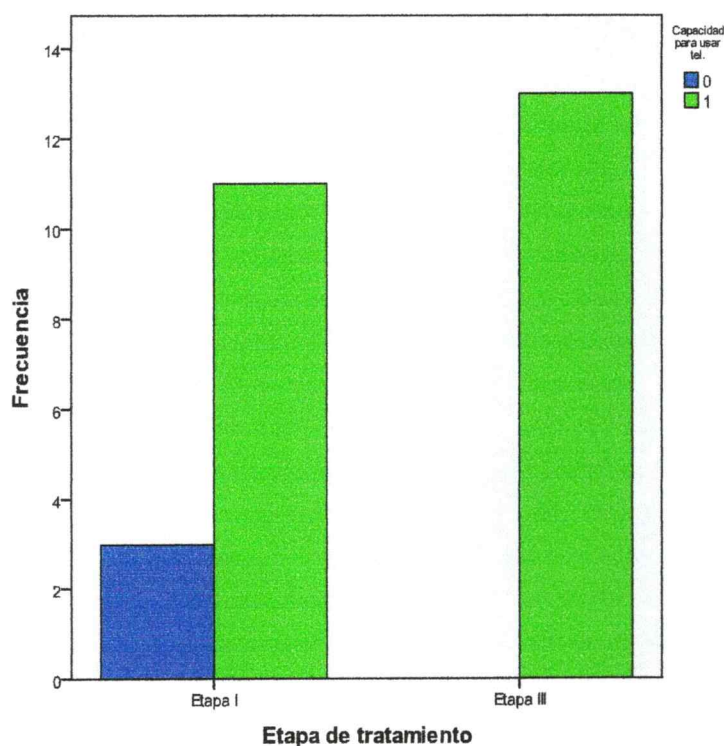
Tabla N° 1: Capacidad para usar el teléfono según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapa de tratamiento | 0 | | 1 | | Total | |
|----------------------|----|------|----|-------|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 3 | 21,4 | 11 | 78,6 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 0 | 0 | 13 | 100,0 | 13 | 100,0 |
| Total | 3 | 11,1 | 24 | 88,9 | 27 | 100,0 |

Tabla N° 2: Capacidad para usar el teléfono según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapas de tratamiento | Capacidad para usar el teléfono | | | | | | | | Total | |
|-----------------------|---|------|--|------|--|------|----------------------------------|------|-------|-------|
| | Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números. | | Es capaz de marcar bien algunos números familiares | | Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar | | No es capaz de usar el teléfono. | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 7 | 50,0 | 2 | 14,3 | 2 | 14,3 | 3 | 21,4 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 11 | 84,6 | 2 | 15,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 100,0 |
| Total | 18 | 66,7 | 4 | 14,8 | 2 | 7,4 | 3 | 11,1 | 27 | 100,0 |

Grafico N° 1: Capacidad para usar el teléfono según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.



Siguiendo la tabla N° 1, los mayores porcentajes se observan en independencia (1), tanto en la Etapa I (78,6%) como en la Etapa III (100,0%). Asimismo, 3 pacientes de la Etapa I (21,4%) muestran dependencia (0), mientras que la Etapa III no registra ningún valor.

Haciendo una comparación analítica de los resultados, el 50% de los concurrentes de la Etapa I utiliza el teléfono por iniciativa propia, el 14,3% marca bien algunos números familiares, al igual que contestar el teléfono (14,3%), mientras que el 21,4% no es capaz de utilizarlo. Asimismo en la Etapa III, el 84,6% utiliza el teléfono por iniciativa propia y un 15,4% marca bien algunos números familiares. En el resto de las categorías no se observa ningún valor (tabla N° 2).

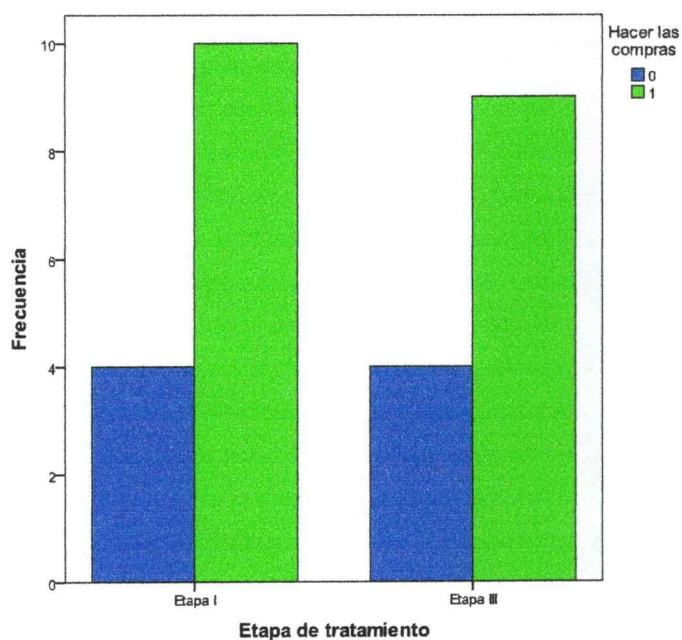
Tabla N° 3: Hacer las compras según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapa de tratamiento | 0 | | 1 | | Total | |
|----------------------|----|------|----|------|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 4 | 28,6 | 10 | 71,4 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 4 | 30,8 | 9 | 69,2 | 13 | 100,0 |
| Total | 8 | 29,6 | 19 | 70,4 | 27 | 100,0 |

Tabla N° 4: Hacer las compras según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapas de tratamiento | Hacer las compras | | | | | | Total | |
|-----------------------|---|------|---|------|-------------------------------|-----|-------|-------|
| | Realiza todas las compras necesarias independientemente | | Realiza independientemente pequeñas compras | | Totalmente incapaz de comprar | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 10 | 71,4 | 3 | 21,4 | 1 | 7,1 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 9 | 69,2 | 4 | 30,8 | 0 | 0 | 13 | 100,0 |
| Total | 19 | 70,4 | 7 | 25,9 | 1 | 3,7 | 27 | 100,0 |

Gráfico N° 2: Hacer las compras según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.



Seguendo la tabla N° 3, los mayores porcentajes se observan en independencia (1), tanto en la Etapa I (71,4%) como en la Etapa III (69,2%). Asimismo, 4 pacientes de la Etapa I (28,6%) y de la Etapa III (30,8%), muestran dependencia (0).

Haciendo una comparación analítica de los resultados, el 71,4% de los concurrentes de la Etapa I realiza las compras independientemente, el 21,4% es independiente para las pequeñas compras y el 7,1% es incapaz de comprar. Mientras que en la Etapa III, el 69,2% es independiente para todas las compras y el 30,8% realiza pequeñas compras de manera independiente. La última categoría no arroja ningún valor (tabla N° 4).

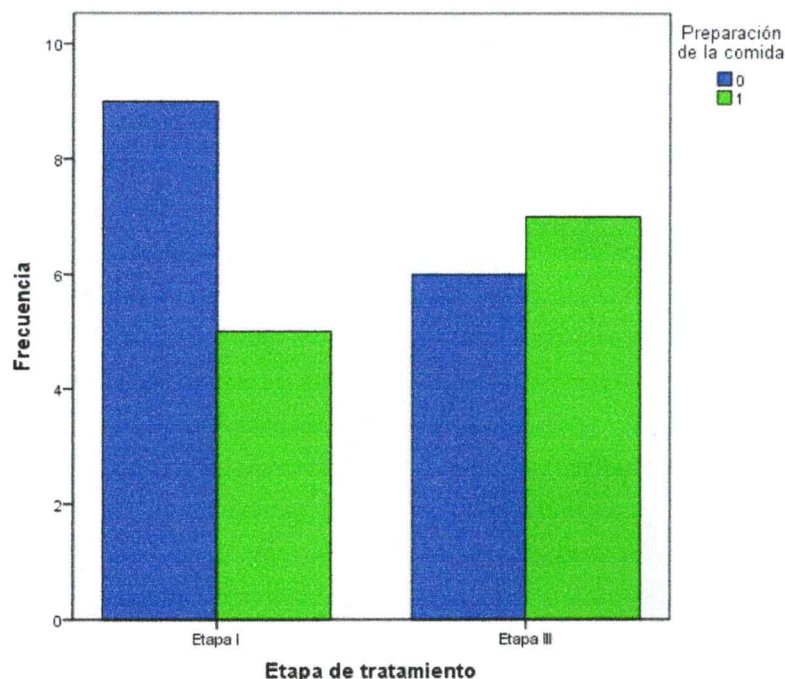
Tabla N° 5: Preparación de la comida según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapa de tratamiento | 0 | | 1 | | Total | |
|----------------------|----|------|----|------|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 9 | 64,3 | 5 | 35,7 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 6 | 46,2 | 7 | 53,8 | 13 | 100,0 |
| Total | 15 | 55,6 | 12 | 44,4 | 27 | 100,0 |

Tabla N° 6: Preparación de la comida según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapas de tratamiento | Preparación de la comida | | | | | | | | Total | |
|-----------------------|---|------|--|------|---|-----|---|------|-------|-------|
| | Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente | | Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes | | Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada | | Necesita que le preparen y sirvan las comidas | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 5 | 35,7 | 2 | 14,3 | 1 | 7,1 | 6 | 42,9 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 7 | 53,8 | 2 | 15,4 | 1 | 7,7 | 3 | 23,1 | 13 | 100,0 |
| Total | 12 | 44,4 | 4 | 14,8 | 2 | 7,4 | 9 | 33,3 | 27 | 100,0 |

Grafico N° 3: Preparación de la comida según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.



Seguendo la tabla N° 5, los mayores porcentajes se observan en dependencia (0) en la Etapa I (64,3%) y en independencia (1) en la Etapa III (53,8%). Asimismo, 6 pacientes de la Etapa III (46,2%) muestran dependencia.

Haciendo una comparación analítica de los resultados, el 35,7% de los concurrentes de la Etapa I organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo, el 14,3% prepara la comida si le proporcionan los ingredientes, el 7,1% prepara y sirve la comida pero no sigue una dieta adecuada y el 42,9% necesita que le preparen y sirvan la comida. Mientras que en la Etapa III, el 53,8% prepara y sirve la comida por sí solo, el 15,4% prepara la comida si le proporcionan los ingredientes, el 7,7% prepara y sirve pero no sigue una dieta adecuada y el 23,1% necesita que le preparen y sirvan la comida (tabla N° 6).

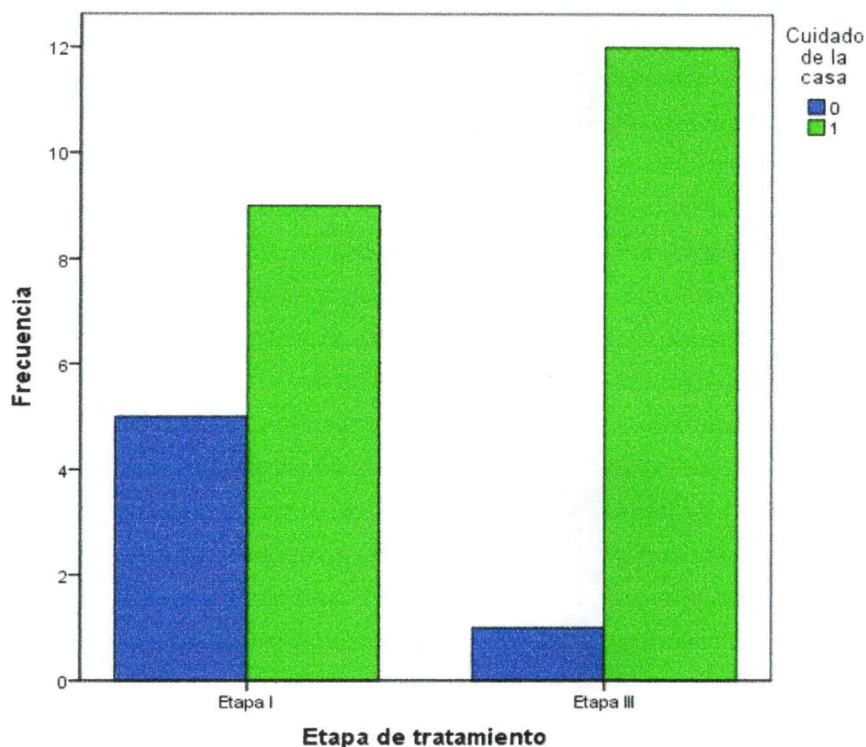
Tabla N° 7: Cuidado de la casa según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapa de tratamiento | 0 | | 1 | | Total | |
|----------------------|----|------|----|------|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 5 | 35,7 | 9 | 64,3 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 1 | 7,7 | 12 | 92,3 | 13 | 100,0 |
| Total | 6 | 22,2 | 21 | 77,8 | 27 | 100,0 |

Tabla N° 8: Cuidado de la casa según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapas de tratamiento | Cuidado de la casa | | | | | | | | | | Total | |
|-----------------------|---|------|---|------|--|------|---|-----|--|------|-------|-------|
| | Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) | | Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas | | Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza | | Necesita ayuda en todas las tareas de la casa | | No participa en ninguna tarea de la casa | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 3 | 21,4 | 4 | 28,6 | 2 | 14,3 | 0 | 0 | 5 | 35,7 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 3 | 23,1 | 8 | 61,5 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 0 | 0 | 13 | 100,0 |
| Total | 6 | 22,2 | 12 | 44,4 | 3 | 11,1 | 1 | 3,7 | 5 | 18,5 | 27 | 100,0 |

Gráfico N° 4: Cuidado de la casa según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.



Siguiendo la tabla N° 7, los mayores porcentajes se observan en independencia (1), tanto en la Etapa I (64,3%) como en la Etapa III (92,3%). Asimismo, 5 pacientes de la Etapa I (35,7%) y 1 paciente de la Etapa III (7,7%) muestran dependencia (0).

Haciendo una comparación analítica de los resultados, el 21,4% de los concurrentes de la Etapa I mantiene la casa solo, el 28,6% realiza tareas ligeras, el 14,3% realiza tareas ligeras pero no mantiene un adecuado nivel de limpieza y el 35,7% no participa de ninguna tarea. Mientras que en la Etapa III, el 23,1% mantiene la casa solo, el 61,5% realiza tareas ligeras, el 7,7% realiza tareas ligeras pero no mantiene un adecuado nivel de limpieza, al igual, un 7,7% necesita ayuda en todas las tareas. No se registra ningún valor en la última categoría (tabla N° 8).

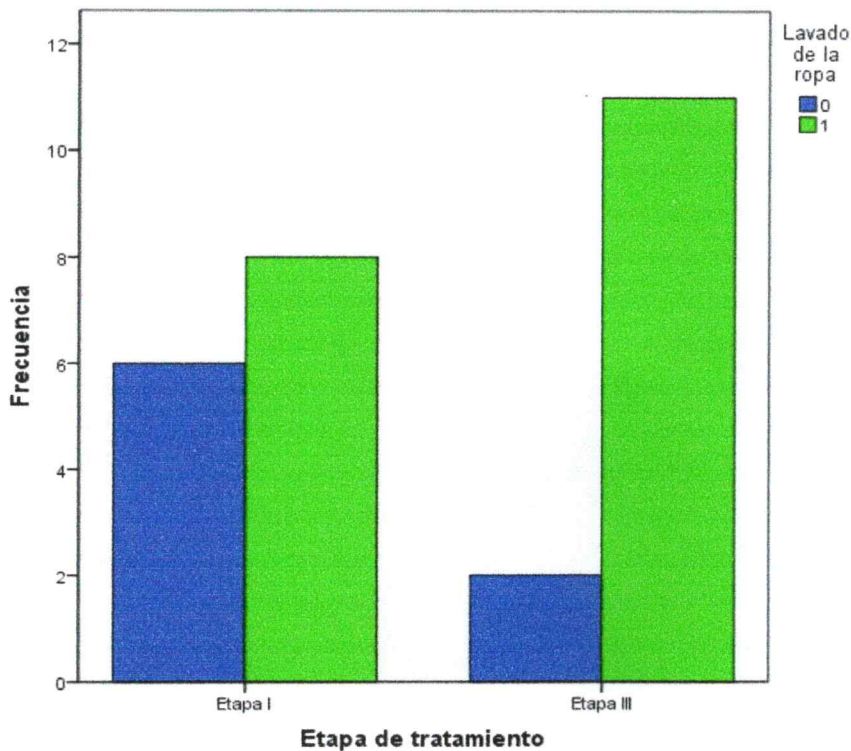
Tabla N° 9: Lavado de la ropa según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapa de tratamiento | 0 | | 1 | | Total | |
|----------------------|----|------|----|------|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 6 | 42,9 | 8 | 57,1 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 2 | 15,4 | 11 | 84,6 | 13 | 100,0 |
| Total | 8 | 29,6 | 19 | 70,4 | 27 | 100,0 |

Tabla N° 10: Lavado de la ropa según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapas de tratamiento | Lavado de la ropa | | | | | | Total | |
|-----------------------|-------------------------------|------|-----------------------------------|------|--|------|-------|-------|
| | Lava por sí solo toda su ropa | | Lava por sí solo pequeñas prendas | | Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 6 | 42,9 | 2 | 14,3 | 6 | 42,9 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 8 | 61,5 | 3 | 23,1 | 2 | 15,4 | 13 | 100,0 |
| Total | 14 | 51,9 | 5 | 18,5 | 8 | 29,6 | 27 | 100,0 |

Gráfico N° 5: Lavado de la ropa según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.



Seguendo la tabla N° 9, los mayores porcentajes se observan en independencia (1), tanto en la Etapa I (57,1%) como en la Etapa III (84,6%). Asimismo, 6 pacientes de la Etapa I (42,9%) y 2 pacientes de la Etapa III (15,4%) muestran dependencia (0).

Haciendo una comparación analítica de los resultados, el 42,9% de los concurrentes de la Etapa I lava por sí solo su ropa, el 14,3% lava pequeñas prendas y el 42,9% necesita que la ropa sea lavada por otro. Mientras que en la Etapa III, el 61,5% lava la ropa por sí solo, el 23,1% lava pequeñas prendas y el 15,4% necesita que la ropa sea lavada por otro (tabla N° 10).

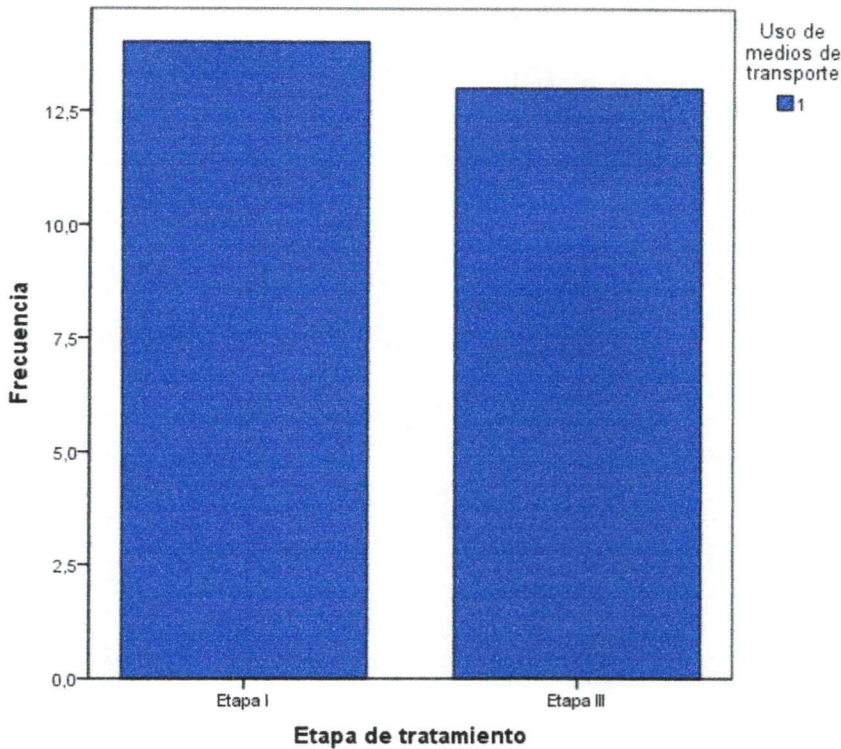
Tabla N° 11: Uso de medios de transporte según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapa de tratamiento | 1 | | Total | |
|----------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 14 | 100,0 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 13 | 100,0 | 13 | 100,0 |
| Total | 27 | 100,0 | 27 | 100,0 |

Tabla N° 12: Uso de medios de transporte según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapas de tratamiento | Uso de medios de transporte | | | | | | Total | |
|-----------------------|--|-------------|---|------------|---|------------|-----------|--------------|
| | Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche | | Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte | | Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Etapa I | 11 | 78,6 | 1 | 7,1 | 2 | 14,3 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 12 | 92,3 | 1 | 7,7 | 0 | 0 | 13 | 100,0 |
| Total | 23 | 85,2 | 2 | 7,4 | 2 | 7,4 | 27 | 100,0 |

Gráfico N° 6: Uso de medios de transporte según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.



Siguiendo la tabla N° 11, los mayores porcentajes se observan en independencia (1), tanto en la Etapa I (100,0%) como en la Etapa III (100,0%).

Haciendo una comparación analítica de los resultados, el 78,6% de los concurrentes de la Etapa I viaja solo en transporte público, el 7,1% toma un taxi sin usar otro medio de transporte y un 14,3% viaja en transporte público acompañado por otra persona. Mientras que en la Etapa III, el 92,3% viaja solo en transporte público y el 7,7% toma un taxi pero no usa otro medio de transporte. No se registra ningún valor en la última categoría (tabla N° 12).

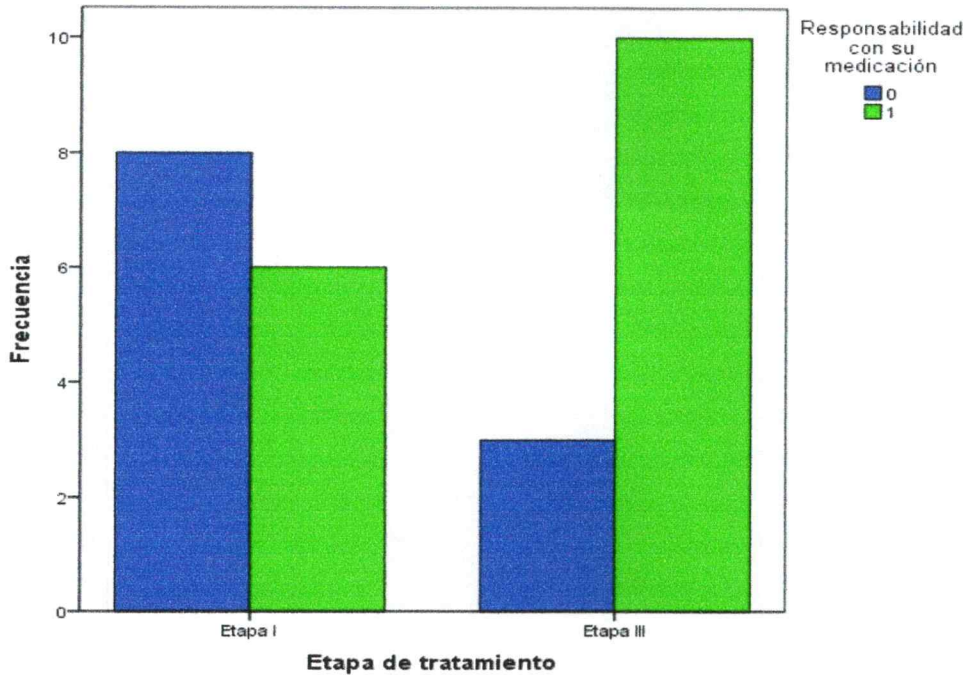
Tabla N° 13: Responsabilidad respecto a su medicación según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapa de tratamiento | 0 | | 1 | | Total | |
|----------------------|----|------|----|------|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 8 | 57,1 | 6 | 42,9 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 3 | 23,1 | 10 | 76,9 | 13 | 100,0 |
| Total | 11 | 40,7 | 16 | 59,3 | 27 | 100,0 |

Tabla N° 14: Responsabilidad respecto a su medicación según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapas de tratamiento | Responsabilidad respecto a su medicación | | | | | | Total | |
|-----------------------|---|------|--|------|--|------|-------|-------|
| | Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta | | Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente | | No es capaz de administrar su medicación | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Etapa I | 6 | 42,9 | 5 | 35,7 | 3 | 21,4 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 10 | 76,9 | 3 | 23,1 | 0 | 0 | 13 | 100,0 |
| Total | 16 | 59,3 | 8 | 29,6 | 3 | 11,1 | 27 | 100,0 |

Gráfico N° 7: Responsabilidad respecto a su medicación según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.



Siguiendo la tabla N° 13, los mayores porcentajes se observan en dependencia (0) para la Etapa I (57,1%) y en independencia (1) para la Etapa III (76,9%). Asimismo, 3 pacientes de la Etapa III (23,1%) muestran dependencia.

Haciendo una comparación analítica de los resultados, el 42,9% de los concurrentes de la Etapa I toma su medicación a la hora y con la dosis correcta, el 35,7% toma la medicación si la dosis le es preparada previamente y el 21,4% no administra su medicación. Mientras que en la Etapa III, el 76,9% toma la medicación a la hora y con la dosis correcta y el 23,1% toma su medicación si la dosis le es preparada previamente. No se registra ningún valor en la última categoría (tabla N° 14).

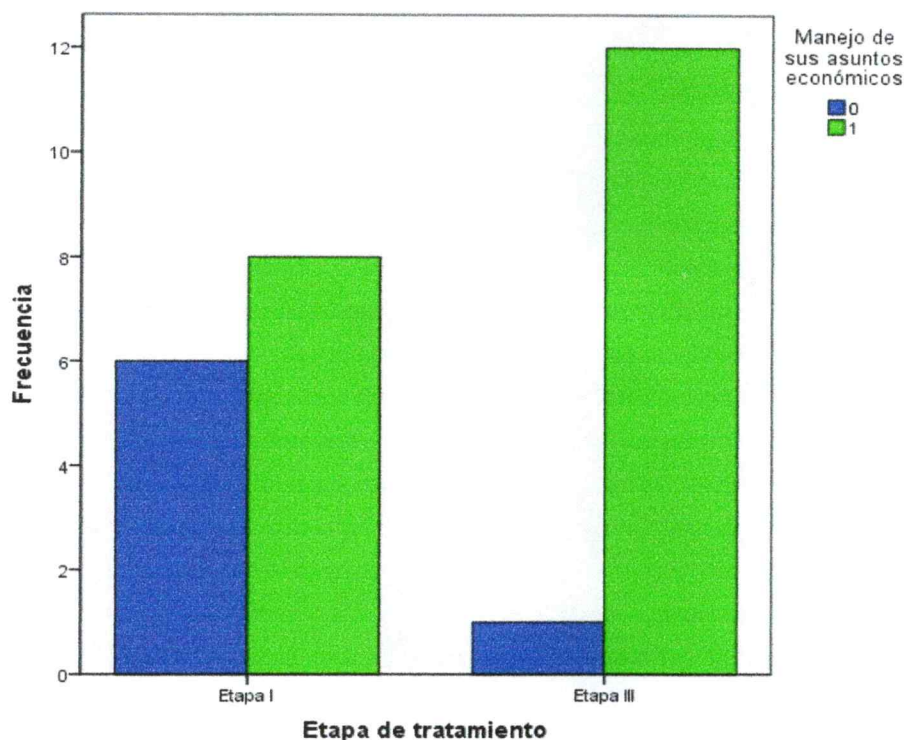
Tabla N° 15: Manejo de sus asuntos económicos según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapa de tratamiento | 0 | | 1 | | Total | |
|----------------------|----|------|----|------|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 6 | 42,9 | 8 | 57,1 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 1 | 7,7 | 12 | 92,3 | 13 | 100,0 |
| Total | 7 | 25,9 | 20 | 74,1 | 27 | 100,0 |

Tabla N° 16: Manejo de sus asuntos económicos según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapas de tratamiento | Manejo de sus asuntos económicos | | | | | | Total | |
|-----------------------|--|------|--|------|---------------------------|------|-------|-------|
| | Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo | | Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... | | Incapaz de manejar dinero | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 6 | 42,9 | 2 | 14,3 | 6 | 42,9 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 6 | 46,2 | 6 | 46,2 | 1 | 7,7 | 13 | 100,0 |
| Total | 12 | 44,4 | 8 | 29,6 | 7 | 25,9 | 27 | 100,0 |

Gráfico N° 8: Manejo de sus asuntos económicos según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.



Seguendo la tabla N° 15, los mayores porcentajes se observan en independencia (1), tanto en la Etapa I (57,1%) como en la Etapa III (92,3%). Asimismo, 6 pacientes de la Etapa I (42,9%) y 1 paciente de la Etapa III (7,7%) muestran dependencia (0).

Haciendo una comparación analítica de los resultados, el 42,9% de los concurrentes de la Etapa I se encarga por sí solo de sus asuntos económicos, el 14,3% necesita ayuda para las grandes compras y el 42,9% es incapaz de manejar dinero. Mientras que en la Etapa III, el 46,2% se encarga de sus asuntos económicos por sí solo, al igual, el 46,2% necesita ayuda en las grandes compras y el 7,7% es incapaz de manejar dinero (tabla N° 16).

Tabla N° 17: Grado de dependencia en la realización de las AIVD según etapa de tratamiento, en los pacientes que concurren al CPS, Mar del Plata, noviembre-diciembre de 2010.

| Etapa de tratamiento | Independencia | | Dependencia Leve | | Dependencia moderada | | Dependencia severa | | Dependencia total | | Total | |
|----------------------|---------------|------|------------------|------|----------------------|------|--------------------|------|-------------------|-----|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Etapa I | 2 | 14,3 | 6 | 42,9 | 2 | 14,3 | 3 | 21,4 | 1 | 7,1 | 14 | 100,0 |
| Etapa III | 6 | 46,2 | 4 | 30,8 | 3 | 23,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 100,0 |
| Total | 8 | 29,2 | 10 | 37,0 | 5 | 18,5 | 3 | 11,1 | 1 | 3,7 | 27 | 100,0 |

Seguendo la tabla N° 17, el mayor porcentaje de independencia se observa en la Etapa III (46,2%) con respecto a la Etapa I (14,3%). Asimismo, en dependencia severa y total, la Etapa I registra 21,4% y 7,1%, respectivamente. Mientras que la Etapa III, no muestra ningún valor en estas categorías.

Retomando los objetivos planteados:

- Identificar aquellas actividades instrumentales que presentan mayor grado de dependencia en su realización en la Primera y en la Tercera Etapa de Tratamiento.
- Describir las actividades instrumentales que presentan menor grado de dependencia en su realización en la Primera y en la Tercera Etapa de Tratamiento.

Las AIVD que muestran mayor grado de dependencia en su realización son, preparación de la comida (64,3%), responsabilidad respecto a su medicación (57,1%), para la Etapa I, (tablas N° 3 y N° 7). Mientras que en la Etapa III, preparación de la comida (46,2%) es la actividad que muestra mayor grado de dependencia, (tabla N° 3).

En tanto que las AIVD que presentan menor grado de dependencia para la Etapa I son, uso de medios de transporte (100,0%), capacidad para usar el teléfono (78,6%), hacer las compras (71,4%) y cuidado de la casa (64,3%), (tablas N° 6, N° 1, N° 2 y N° 4). Mientras que para la Etapa III son, capacidad para usar el teléfono (100,0%), uso de medios de transporte (100,0%), cuidado de la casa (92,3%), manejo de sus asuntos económicos (92,3%), lavado de ropa (84,6%) y responsabilidad respecto a su medicación (76,9%), (tablas N° 1, N° 6, N° 4, N° 8, N° 5 y N° 7).

CONCLUSION

CONCLUSIÓN

Analizar si existe diferencia en el grado de dependencia en la realización de las AIVD, según la etapa de tratamiento, fue el objetivo principal de la investigación.

La Escala de Lawton y Brody nos permite conocer el grado de dependencia que tienen los individuos que concurren al CPS, en la ejecución de las actividades instrumentales: usar el teléfono, hacer las compras, preparación de comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad con su medicación y manejo de asuntos económicos.

La aplicación de esta Escala de forma autoadministrada (familiar/allegado) tuvo una amplia aceptación en todas las unidades de análisis. En la mayoría de los casos fue devuelta a los profesionales de la institución, y sólo en 5 pacientes, el cuestionario se aplicó a los miembros del equipo.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en cada una de las etapas de tratamiento se puede indicar que: la Etapa III presenta mayor independencia en la ejecución de las AIVD (46,2%). En tanto que la Etapa I presenta mayor grado de dependencia severa (21,4%) y total (7,1%).

Con respecto a las AIVD, hacer las compras y uso de medios de transporte, son las actividades que presentan menores diferencias con respecto a sus porcentajes, entre una y otra etapa de tratamiento.

En tanto, la actividad de preparación de comida, es la AIVD que presenta mayor grado de dependencia en ambas etapas. Esto puede deberse a que dentro de la institución, el almuerzo y la colación son preparadas por el personal de servicio,

participando el concurrente únicamente en las tareas de poner la mesa y servir la comida.

De igual manera ocurre con la actividad: responsabilidad respecto a la medicación en la Etapa I. Es la AIVD que presenta mayor grado de dependencia en su ejecución (57,1%). Esto puede deberse a la dificultad que representa la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes que recién ingresan.

Continuando con la Etapa I, la única actividad que alcanzó un valor del 100,0%, es uso de medios de transporte. Esto puede deberse a que el Centro promueve continuamente actividades en el afuera, permitiendo que el concurrente se acostumbre a este tipo de prácticas y a utilizar los distintos medios de transporte.

De igual modo para la Etapa III, la actividad uso de medios de transporte consiguió un porcentaje del 100,0%.

Retomando el objetivo principal planteado en la investigación, se puede concluir que la población de la Etapa III presenta diferencias en el grado de dependencia en la realización de las AIVD, con respecto a la Etapa I.

Cabe destacar que si bien es marcada la diferencia en el grado de independencia entre ambas etapas, es aún más marcada, en los grados de dependencia severa y total, dado que la Etapa III no presenta ningún valor.

Estas diferencias existentes nos permiten concluir que los pacientes que han pasado por un período de tratamiento, Etapa III, presentan mayor independencia en relación a los pacientes de la Etapa I.

Se considera aclarar que las diferencias encontradas no dependen únicamente del tratamiento recibido, sino también de las características de base de los concurrentes que asisten al centro de Promoción Social.

Será interesante para investigaciones futuras, un estudio longitudinal de la misma muestra, para conocer y comparar si existen cambios significativos en la realización de las AIVD.

Considero relevante señalar que, la Escala de Lawton y Brody es muy útil para recabar información sobre las actividades instrumentales de la vida diaria, sin embargo varias de sus opciones son categorizadas como independencia, existiendo diferencias entre las mismas que muestran distintos grados de la misma.

Para concluir, sabemos que la Terapia Ocupacional es una disciplina cuyo objeto de estudio e intervención es la ocupación humana, siendo las actividades de la vida diaria una de sus áreas. Son actividades tan cotidianas y naturales que pueden representar una barrera para muchas personas que han visto afectado su desempeño por una enfermedad. Es por tanto, de extrema importancia el rol que ocupa el Terapeuta Ocupacional en potenciar y fomentar el desempeño de estas actividades, de manera de mejorar la calidad de vida de las personas con padecimiento psíquico. Se busca siempre, la mayor autonomía e independencia de la persona para llevar adelante un proyecto de vida que lo dignifique.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

A.I.Pe. Proyecto Institucional Centro de Promoción Social. Mar del Plata, 2009.

AUZA, LORENA MARCELA. Implementación del Taller Laboral en Diseño Gráfico e Impresiones como recurso terapéutico, en el Centro de Promoción Social. Tesis de grado. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y S.S. UNMdP, 2008.

BLEGER, JOSÉ. Temas de Psicología (entrevistas y grupos). E. Nueva Visión. Bs. As. 1992.

CARBALLEDA, ALFREDO. La intervención en lo Social. Ed. Paidós. Bs As, 2002.

COHEN, HUGO. Et al. Políticas en Salud Mental. Material de la cátedra de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. 1998.

CONFESIONES DE UN CHAPISTA DE LA MENTE. Entrevista a Alfredo Moffatt. Material Interno de la cátedra de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Lic. en Terapia Ocupacional. UNMdP, 2004.

CORREA, JORGE ORLANDO. Et. al. Tareas de Rehabilitación en un Servicio Psiquiátrico. Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina. Nº 33, 1987.

CORREA OLIVER, FÁTIMA; DIAS BARROS, DENISE. Reflexionando sobre desinstitucionalización y Terapia Ocupacional. Revista Materia Prima. Septiembre-
Noviembre, 1999. Nº 13.

DESTUET, SILVIA. Encuentros y Marcas. Ed. Grupo Editor C.O.L.T.O.A. Buenos Aires, 1999.

ESQUIZOFRENIA. Material Interno de la cátedra de Psiquiatría Clínica. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social UNMdP, 2003.

FERNÁNDEZ, ALONSO. Compendio de Psiquiatría. Material de la Cátedra de Psiquiatría Clínica. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP, 2003.

FERNÁNDEZ BRUNO, MÓNICA; GABAY, PABLO. Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves. Ed. Polemos. Buenos Aires, 2003.

GOFFMAN, ERVING. Estigma: la identidad deteriorada. Editores Amorrortu. Madrid, 2003.

HENRI, EY. Tratado de Psiquiatría. Ed. Masson. Octava edición. España, 1995.

HOPKINS, HELEN.L; SMITH, HELEN.D. Willard/ Spackman. Terapia Ocupacional. Ed. Médica Panamericana. España, 2001.

KRAUT, ALFREDO JORGE. La Salud Mental ante la Ley. Apunte de la cátedra de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.2006. UNMdP.

LÓPEZ IBOR ALIÑO, J. Et al. DSM VI-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson, 2000. España.

LÓPEZ RUBIO, VICTORIA. Rehabilitación Psicosocial. Perfil de las personas que asisten al Centro Ocupacional AFEEPS. Revista AFAEPS (Asociación de Amigos y Familiares de Enfermos Psíquicos). Boletín Informativo Nº 6. España. Ed. Asociación de Amigos y Familiares de Enfermos Psíquicos. 1998.

MOFFAT, ALFREDO. La democracia como espacio terapéutico. Apunte de cátedra de Terapia Ocupacional en Salud Mental Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP.2008.

MORUNO MIRALLES, PEDRO; ROMERO AYUSO, DULCE. Actividades de la Vida Diaria. Ed. Masson, 2005. España.

PAGANIZZI, LILIANA. Terapia Ocupacional: escenarios clínicos y comunitarios. Ed. Polemos. Buenos Aires, 2007.

PAGANIZZI, LILIANA. Actividad, lenguaje particular. Ed. Edigrf. Buenos Aires, 1997

PAGANIZZI, LILIANA. Terapia Ocupacional: del hecho al dicho. Psicoterapias Integradas editores. Bs As, 1991.

PELLEGRINI, RONALDO. Enfermedades Mentales. Revista El Cisne. Ediciones Gráficas Especiales. Octubre, 2009. Año XX. Nº 230. Mensual.

PICHON- RIVIÈRE, ENRIQUE; PAMPLIEGA DE QUIROGA ANA. Psicología de la Vida Cotidiana. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 2002.

POLIT, DENISE; HUNGLER, BERNADETTE. Investigación en Ciencias de la Salud. México. Interamericana McGraw-Hill, 1994.

POLONIO LÓPEZ, BEGOÑA. Et al. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Ed. Panamericana. España, 2001.

PRIMER Y SEGUNDO CUADERNILLO DE LA ASIGNATURA TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP, 2004.

REVISTA MATERIA PRIMA. El proceso de desinstitucionalización: una apuesta a la vida digna. Septiembre-Octubre 1998. Nº 9.

ROBELLATO, JOSÉ; GIMÉNEZ, LUIS. Ética de la Autonomía: desde la practica de la psicología con las comunidades. Ed. Roca Vive. Uruguay, 1997.

RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, ABELARDO; GONZÁLEZ CASES, JUAN. Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Cuadernos Técnicos de Servicio Social. Ed. Consejería de Servicios Sociales, 2006. España.

STOLKINER, ALICIA. Derechos Humanos, Derecho al trabajo, Derecho a la Salud. Trabajo presentado en la VII Jornada de T.O en Salud Mental. Ed. Grupo Editor C.O.L.T.O.A. 1998.

STOLKINER, ALICIA. Et al. VII Jornadas de Terapia Ocupacional- Hospital Borda. Revista Materia Prima. Diciembre-Febrero 1998. Nº 6.

TOLOMIO, VERÓNICA. Rol de Terapia Ocupacional en adultos en el campo de la Salud Mental. Material interno de la cátedra de Introducción a Terapia Ocupacional. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 2007.

TOLOMIO, VERÓNICA. Trabajo presentado en ateneo. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP.2003.

VIDAL- ALARCON. EL TRASTORNO MENTAL. Material Interno de la cátedra de Psiquiatría Clínica. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP, 1998.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Cuadernos técnicos Nº 6. Madrid, 2002. [Consulta el 14 de abril de 2010]. Disponible en: www.ome-aen.org/grupos/CuadernoTecnico6Rehabi.pdf.

AWAD, GEORGE. Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 72, Nº 2. Diciembre de 2008. [Consulta el 07 de abril de 2010]. Disponible en: www.spu.org.uy/revista/dic2008/02_Trabajo%20Original.pdf.

CALDAS DE ALMEIDA, JOSE MIGUEL. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana Salud Pública. 2005. [Consulta el 6 de abril de 2010]. Disponible en: www.journal.paho.org/?a_ID=163.

CANTERO GARLITO, PABLO; BLANCO VILA, MARTA. La Terapia Ocupacional en un Centro de Rehabilitación Psicosocial. [Consulta el 15 de abril de 2010]. Disponible en: www.terapia-ocupacional.com/articulos/TO_centro_rhb_psicosocial.shtml

ESCUADERO LÓPEZ, MIGUEL ANGEL; CANTERO GARLITO, PABLO. A propósito de un caso con Esquizofrenia Paranoide. Revista Terapia Ocupacional Galicia. Vol. 7. Nº 11. Febrero 2010. [Consulta el 15 de marzo de 2010]. Disponible en: www.revistatog.com/num11/pdfs/caso2.pdf.

HOSPITAL DR. ALEJANDRO KORN. Programa de rehabilitación y externación asistida (P.R.E.A). [Consulta el 27 de mayo de 2010]. Disponible en: www.hakorn.com.ar/nota.aspx?idn=433.

MADRID MAZORRA, F. Rehabilitación Psicosocial y Terapia Ocupacional: una nueva visión desde el modelo de ocupación humana. Mayo 2004. [Consulta el 15 de abril de 2010]. Disponible en: www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocialTOJM_Mazorra_shtml.

MORIANA ELVIRA, JUAN ANTONIO. Et al. Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. [Consulta el 03 de mayo de 2010]. Volumen 16, 2004. Nº 3. Disponible en: www.psicothema.es/pdf/3015.pdf.

PAGANIZZI, LILIANA. Actividades Cotidianas en la Institución. Ponencia presentada en el Congreso Virtual de Psiquiatría.com, 2005. [Consulta el 30 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Actividadescotidianas_institucion.shtml

PAGANIZZI, LILIANA. Sobre la recuperación de personas con trastorno mental. I Congreso Peruano y VIII Congreso Latinoamericano. Mayo, 2009. [Consulta el 2 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Trastorno_mentalsevero_terapia_ocupacional_paganizzi_marzo10.doc.

PÉREZ, FERMÍN. Dos Décadas tras la Reforma Psiquiátrica. Madrid. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006. Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. LÓPEZ, MARCELINO. Et al. [Consulta el 20 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.faisem.es/pagina.asp?id=106>.

RECIO DELGADO, DIANA; GARCÍA PARRADO-NAVAS, VANESA. Estudio sobre las Actividades de la Vida Diaria en Salud Mental. 2009. [Consulta 27 de mayo de 2010]. Disponible en: www.cs.urjc.es/revistas/reito/J0015.pdf.

RODRÍGUEZ, JORGE. La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 71, Nº 2. Diciembre 2007. [Consulta el 7 de abril de 2010]. Disponible en: www.spu.org.uy/revista/dic2007/04_asm.pdf.

SARACENO, BENEDETTO. La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. Ed. Pax México. México, 2003. [Consulta el 8 de abril de 2010]. Disponible en: www.books.google.com.ar/bkshp?hl=es&tab=wp.

ANEXOS

Recio Delgado, Diana. [Contacto por Facebook). [Diana Recio Delgado](#) El 17 de agosto a las 16:44.

Hola Pilar, supongo que lo que has encontrado es un anticipo de mi trabajo fin de máster, que es un estudio en relación a las AVD en salud mental donde utilizamos la Bels como instrumento de valoración. El inicio de la investigación lo llevamos a unas jornadas universitarias de la Universidad Rey Juan Carlos pero cuando todavía no estaba finalizada, con medias parciales sin un análisis estadístico completo. El trabajo completo ha comparado el nivel de autonomía en población con comorbilidad psiquiátrica y neurológica y lo he finalizado este año, aunque todavía no está publicado por eso no encuentras la fecha de publicación. Espero poder tener preparada la traducción al inglés en los próximos meses para ser enviado a alguna revista. Si puedes esperar te informaré de su publicación fuera o dentro de España (dependiendo de qué revista lo acepte). Pero en cualquier caso es un trabajo que ha durado más de un año, desde que comencé la evaluación de las pacientes y finalizado en mayo de este año. Espero haberte sido de ayuda, un saludo!

Mar del Plata, 1 de septiembre de 2010

Señoras

Lic. Silvana Lopizzo y Lic. Cecilia Coccia

Dirección del Centro de Promoción Social

PRESENTE

Me dirijo a ustedes a efectos de solicitarles autorización para realizar un trabajo de investigación en el Centro de Promoción Social, con vistas a la confección de la Tesis para mi Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social en la UNMDP. Dicha investigación tiene como objetivo conocer el grado de dependencia en la realización de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en los pacientes de la Primera y Tercera Etapa de Tratamiento, que concurren al Centro de Promoción Social de la ciudad. Para cumplir con las tareas previstas, a desarrollarse durante los meses de octubre- noviembre de 2010, se aplicará la evaluación "Escala de Lawton y Brody. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria" que se administrarán al cuidador del paciente (familiar, tutor, amigo, etc.). Esta escala será entregada a cada uno de los concurrentes del Centro, en dos oportunidades, explicando los motivos de la investigación. En el caso de no ser devueltas, los profesionales de la institución serán los encargados de responderla.

Para tal fin, será necesario acceder a las Historias Clínicas, para relevar datos del paciente, como también realizar entrevistas a los informantes claves.

Los datos obtenidos serán totalmente confidenciales y se respetará el anonimato del paciente. No se divulgará la información suministrada. Se presentarán los resultados obtenidos de acuerdo a la demanda del paciente o respondiente.

Al agradecer su atención, las saludo muy atentamente.

María del Pilar Fernández

DNI: 28.759.861

FICHA DE RECOPIACIÓN DOCUMENTAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS:

- NOMBRE DEL PACIENTE:
- EDAD: SEXO:
- DIAGNÓSTICO:
- TIEMPO DE TRATAMIENTO:
- LUGAR DE RESIDENCIA: CASA PENSION INSTITUCION PSIQUIATRICA
- PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE: SOLO - ACOMPAÑADO

DATOS DEL CONCURRENTE DEL CENTRO DE PROMOCION SOCIAL:

- FECHA:

- NOMBRE:

- EDAD:

- SEXO:

- NIVEL DE INSTRUCCIÓN (ENCIERRE LA RESPUESTA CORRECTA):

| | | |
|---------------|----------|------------|
| PRIMARIO | COMPLETO | INCOMPLETO |
| SECUNDARIO | COMPLETO | INCOMPLETO |
| UNIVERSITARIO | COMPLETO | INCOMPLETO |

- RELACIÓN CON EL CONCURRENTE (ENCIERRE LA OPCION CORRECTA):

- FAMILIAR:
- AMIGO:
- ALLEGADO AL PACIENTE:
- MIEMBRO DEL EQUIPO PROFESIONAL
DEL C.P.S:

ESCALA

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE Y MARQUE LA OPCION QUE MAS SE ACERQUE A LA DESCRIPCION DEL PACIENTE. SOLO SEÑALE UNA RESPUESTA POR CADA ITEMS.

1- Capacidad para usar el teléfono:

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números 1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares 1
- Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar 1
- No es capaz de usar el teléfono 0

2- Hacer las compras:

- Realiza todas las compras necesarias independientemente 1
- Realiza independientemente pequeñas compras 0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra 0
- Totalmente incapaz de comprar 0

3- Preparación de la comida:

- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente 1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes 0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas 0

4-Cuidado de la casa:

- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) 1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas 1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza 1
- Necesita ayuda en todas las tareas de la casa 0
- No participa en ninguna tarea de la casa 0

5- Lavado de la ropa:

- Lava por sí solo toda su ropa 1
- Lava por sí solo pequeñas prendas 1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro 0

6- Uso de medios de transporte:

- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche 1
- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte 1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona 1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros 0
- No viaja 0

7- Responsabilidad respecto a su medicación:

- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta 1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente 0
- No es capaz de administrarse su medicación 0

8- Manejo de sus asuntos económicos:

- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo 1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... 1
- Incapaz de manejar dinero 0



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

✓ TO SACERDOTE ANAZIA

✓ LC LOPIZZO SILVANA

✓ LC ORO RINGOCHEA V

Fecha de Defensa: 11-4-11

Nota: 9 (mere)