



Universidad de Chile
Escuela de Salud Pública
Magíster en Salud Pública

**Comparación de la Calidad de Vida en personas con
Trastornos Mentales Severos que han tenido o no
intervenciones de Rehabilitación Psicosocial en la
Región Metropolitana, 1998.
Análisis secundario de datos.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública

Katya Muñoz León

Profesor Guía: Dr. Rubén Alvarado.

Asesor Estadístico: Sr. Waldo Aranda. Sr. Ismael Puga.

Marzo, 2006

INDICE

<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>4</u>
<u>MARCO TEÓRICO.....</u>	<u>7</u>
<u><i>Esquizofrenia y Discapacidad de causa psíquica.....</i></u>	<u>7</u>
<u><i>Calidad de vida</i></u>	<u>9</u>
<u><i>Rehabilitación Psicosocial.....</i></u>	<u>16</u>
<u>OBJETIVOS.....</u>	<u>21</u>
<u>HIPÓTESIS.....</u>	<u>21</u>
<u>MATERIAL Y MÉTODO.....</u>	<u>22</u>
<u><i>Diseño de investigación</i></u>	<u>22</u>
<u><i>Universo y muestra.....</i></u>	<u>22</u>
<u><i>Variables</i></u>	<u>25</u>
<u><i>Instrumentos.....</i></u>	<u>27</u>
<u><i>Procedimiento de recolección de datos.....</i></u>	<u>29</u>
<u>CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</u>	<u>30</u>
<u>RESULTADOS.....</u>	<u>31</u>
<u><i>Descripción de la muestra.....</i></u>	<u>32</u>
<u><i>Variables sociodemográficas.....</i></u>	<u>32</u>
<u><i>Calidad de Vida: Aspectos favorables.....</i></u>	<u>33</u>
<u><i>Calidad de Vida: Aspectos desfavorables.....</i></u>	<u>34</u>
<u>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</u>	<u>35</u>

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....38

BIBLIOGRAFÍA.....40

ANEXOS.....43

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes psiquiátricos constituyen un problema que genera discapacidad en quienes las padecen y un impacto negativo en su calidad de vida, que afecta tanto a ellos como a quienes les rodean.

Dentro de estas patologías se encuentran los trastornos mentales severos. Entre estos, la esquizofrenia, los trastornos afectivos bipolares y algunas depresiones mayores. En nuestro país se han descrito tasas de prevalencia de vida para esquizofrenia del 1.02%, para trastornos bipolares de 2.13% y para depresión mayor de 7.63% (Vicente, Rioseco, Salidita, Kohn & Torres, 2002).

Uno de los aspectos que más se ve alterado es la calidad de vida de las personas afectadas por una enfermedad mental. Este concepto, vinculado a la relación del individuo con su vida desde un enfoque global, alude a la posibilidad que tiene la persona con esquizofrenia de reflexionar sobre sí mismo. Esto permite dimensionar el impacto de una cierta enfermedad, o el efecto de un tratamiento, a partir de la valoración subjetiva que el propio sujeto hace de su vida.

Esta situación es relevante, en cuanto todo trastorno mental severo implica alteraciones funcionales en distintos ámbitos (vincular, interaccional, de la ejecución de roles sociales y de la capacidad de satisfacer las propias necesidades personales), lo que indudablemente afecta la calidad de vida de quienes los padecen.

En este contexto es que se plantea la presente investigación, que con un diseño cuasiexperimental, tiene como objetivo verificar si las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales severos cambian su nivel de calidad de vida luego de participar en programas de rehabilitación psicosocial.

Para ello se trabajará con datos secundarios, provenientes de un estudio previo sobre personas con Trastorno Mental Severo y Calidad Vida realizado en población chilena, en el cual se aplicó un instrumento para medir la calidad de vida en personas que sufren de esquizofrenia (el Cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla).

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

El propósito de este estudio es sumar evidencia respecto del aporte que los programas de rehabilitación psicosocial hacen a la vida de personas que sufren este tipo de trastornos.

En forma adicional, se espera generar un aporte en la percepción que se tiene de las personas que portan trastornos mentales severos, en cuanto a la capacidad que éstas

tienen de auto evaluar subjetivamente su propia condición, permitiendo introducir estas dimensiones en el tratamiento.

Finalmente, se busca contribuir al fomento de la investigación y a la provisión de servicios que se hagan al respecto, contribuyendo a la reflexión sobre la necesidad de distribuir adecuadamente los recursos económicos, teniendo como finalidad principal las necesidades de los propios usuarios.

MARCO TEÓRICO

Esquizofrenia y Discapacidad de causa psíquica

Los trastornos mentales severos se definen como enfermedades de evolución crónica, caracterizadas por generar discapacidad en diferentes ámbitos de quienes las sufren, y un impacto negativo en su calidad de vida, una importante sobrecarga en los familiares y costos relevantes a nivel individual, familiar y social. Dentro de esta definición se incluyen la esquizofrenia, los trastornos bipolares y algunas depresiones mayores.

En general, se define a la población con trastornos mentales severos como aquella que incluye “a personas que sufren ciertos trastornos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de su vida diaria, tales como higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas, trabajo, etc., y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos (Godman, Gatozzi & Tambe 1981, citado en Rodríguez 2003).

De acuerdo a Cantero, Pérez & Casado (2003), la esquizofrenia es considerada el paradigma de los trastornos mentales severos. En Chile, la esquizofrenia presenta una prevalencia de vida del 1.02% en la población general, según lo reportado por Vicente y cols. (2002). Esta enfermedad se caracteriza por distorsiones fundamentales a nivel perceptual, cognitivo y afectivo, comprometiendo las funciones esenciales “que dan a la

persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma” (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2002).

Por otro lado, en el mismo estudio se encontró una prevalencia de vida para los trastornos afectivos bipolares de 2.13%, mientras que en el caso de las depresiones mayores esta cifra asciende a 7.63% (Vicente y cols. 2002).

Independientemente de las características, los síntomas, nivel de compromiso y duración, todos los trastornos y enfermedades mentales implican un conjunto de dificultades funcionales para quienes las sufren. Ejemplos de esto son: la alteración de los vínculos en todos los ámbitos de interacción; alteración de roles socialmente asignados según sexo y edad; incapacidad para satisfacer necesidades personales (como sobrevivencia, logro, proyección vital y autoestima); y la pérdida de derechos sociales.

Estas dificultades, entre muchas otras posibles, conforman la condición de discapacidad, que en conjunto con la gravedad de la problemática, varía a lo largo de un continuo, desde aquellas personas que tras una crisis psicótica tienen una completa remisión psicopatológica y mantienen un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal independiente, hasta personas cuya gravedad en su psicopatología y su gran deterioro personal hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante. También, en algunos casos, ocurre que hay personas con crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren programas especiales de rehabilitación y apoyo social que les permita mantenerse en la comunidad o internaciones breves (Rodríguez 2003).

A lo anterior se puede agregar que estas dificultades no son propias sólo de la persona que las presenta, sino que sería además una consecuencia directa e inevitable de las enfermedades mentales, en un contexto de interacción con el medio social de quien padece el trastorno.

Con esto no se quiere afirmar que la interacción del paciente con su medio sea la única fuente de discapacidad, pues muchas veces las alteraciones funcionales en sí son determinadas directamente por el trastorno, pudiendo ser parte de su sintomatología (como ocurre con el aislamiento en el caso del agorafóbico, por ejemplo). Sin embargo, a esta discapacidad inherente al trastorno se le sumaría un factor social, producto del rechazo, la estigmatización y la segregación que, por temor o ignorancia de su entorno, recibe el paciente mental (Finzen & Hoffmann-Richter 2000).

Considerando todo lo anterior, es posible afirmar que la discapacidad llega a ser una condición que forma parte de la vivencia cotidiana de quien padece el trastorno mental, lo que genera la necesidad de elaborar políticas de salud adecuadas para mejorar la calidad de vida, tanto de los propios pacientes, como de su entorno.

Calidad de vida

La definición de “calidad de vida” ha sido tratada en muchas investigaciones. De acuerdo a Cervera y cols. (1997), la falta de consenso se debe a que la calidad de vida es - por definición - subjetiva, encontrándose relacionada con percepciones culturales y

personales, y el grado en que objetivos e indicadores pueden ser utilizados como una forma efectiva de medición, a través de situaciones culturales e individuales específicas.

El estudio de la calidad de vida para los problemas psiquiátricos se inicia con posterioridad dentro de las ciencias sociales, en el contexto de procesos tendientes a promover la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos. Según lo planteado por Katschnig (2000), este retraso relativo en el desarrollo de esta área se debería a que la principal corriente conceptual de calidad de vida en medicina se centra en el bienestar subjetivo y la satisfacción de la propia persona que padece el trastorno, lo que no se encontraría directamente relacionado con el concepto psiquiátrico tradicional de trastorno mental.

Según los planteamientos de Albert & Fitzpatrick (citado en Katschnig 2000), la utilidad de la evaluación de la calidad de vida en salud está principalmente en los siguientes usos (siendo la última alternativa donde con más frecuencia se ha empleado):

- Planificación de la asistencia sanitaria.
- Forma de valoración de las necesidades sanitarias de una población.
- Para optimizar la distribución de recursos.
- Medida de resultado en ensayos clínicos y en la investigación de servicios sanitarios.

El desarrollo de la investigación en este ámbito no ha estado exento de dificultades, partiendo desde la variedad de definiciones posibles que existen para el concepto. Por ejemplo, en un sentido amplio la calidad de vida hace referencia al valor que cada persona

asigna a su situación vital general, a un estado de bienestar, de salud, discomfort, satisfacción, etc. Katschnig (2000) destaca que este concepto es especialmente útil para caracterizar la calidad de vida individual desde la perspectiva particular de cada persona aquejada por un trastorno mental.

Al relacionar la calidad de vida con la salud, la OMS (1993) propone considerarla como “la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto de su sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses”, con lo que incluye tanto implicancias físicas, psicológicas, de independencia y sobre las relaciones mantenidas con el entorno.

Hornquist (citado en Sacristán, Badía, & Rovira, 1995) combina factores externos e internos, postulando que lo central en la calidad de vida sería la percepción global de satisfacción por parte del individuo, su bienestar. Desde esta perspectiva se tornan relevantes factores tales como los económicos, políticos, educativos, del sistema de salud, entre otros, que actúan como agentes externos afectan el estado de salud de cada persona.

Por otro lado, Patrick y Erickson definen calidad de vida como “el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución producto de enfermedades o situaciones sociales” (citado en Sacristán y cols., 1995)

A pesar de las diferencias de conceptualización, Cervera y cols. (1997) plantean la posibilidad de extraer características comunes a la mayor parte de las definiciones de calidad de vida:

- Refieren a la relación del individuo con su vida
- Enfoque multidimensional o global
- Atención a la valoración subjetiva de la propia persona
- Utilidad de la medida de calidad de vida para estudiar el impacto de cierta enfermedad para un individuo, sugiriendo las posibles áreas que se beneficiarían de la atención sanitaria, y evaluando los efectos del tratamiento.

Lehman (2000), por otro lado, añade como dimensiones globales necesarias en toda definición de calidad de vida:

- Aquello que la persona es capaz de hacer (estado funcional).
- El acceso a los recursos y las oportunidades para usar estas habilidades.
- La sensación subjetiva de bienestar.

Si bien existen autores que rechazan la posibilidad de que los indicadores subjetivos permitan evaluar de manera válida y/o confiable la calidad de vida, hay otros investigadores, como Ware y cols. (1981), que postulan que la utilización de medidas subjetivas permitiría niveles de discriminación más finas sobre el estado de salud de los individuos, que las medidas objetivas. La tendencia actual se orienta a la consideración de ambos tipos de indicadores como complementarios e igualmente válidos, ante la falta de evidencia significativa a favor de una u otra postura.

Otro ámbito que no está exento de discrepancias es el relativo al modelo de estudio a seguir en la investigación en calidad de vida. Para Barge-Shaapveld, Nicolson, Delespaul y De Vries (2000), la condición intrínseca de subjetividad que caracteriza a la calidad de vida implica que puede ser abordada atendiendo diferentes parámetros.

Es así como el modelo del movimiento o *flow* se basa en la consideración de que un estado óptimo se relaciona con el ánimo positivo, la motivación, el estado de alerta, la concentración y el control altos, mientras que el humor negativo es bajo. Se critica, sin embargo, que esta definición estaría más cerca de artistas y estudiantes con buenas calificaciones, lo que no implica (necesariamente) que permita discriminar en personas con desórdenes psiquiátricos (Barge-Shaapveld y cols. 2000).

El enfoque de la calidad de vida diaria de Brandstater y cols. (2000), plantea que un importante determinante del bienestar sería la capacidad de adaptación de cada individuo a su entorno, por lo que a la base de cualquier estado de bienestar estarían las motivaciones y logros de cada persona, en combinación con la gratificación adecuada y la gratificación aportada en el entorno en sus aspectos conductuales específicos.

Para el estudio de la calidad de vida se han construido una serie de instrumentos los que, a través de la integración de criterios subjetivos y objetivos, han tenido como finalidad proporcionar una manera más completa, segura y eficaz de valorar la calidad de vida de individuos o poblaciones.

De acuerdo a Angermeyer y Kilian (2000), las bases teóricas de la evaluación de la experiencia subjetiva de los pacientes psiquiátricos se establecieron por primera vez a principios de los años ochenta, al introducirse consideraciones teóricas de la calidad de vida en general y en el campo de la salud mental en particular.

De acuerdo a Cervera y cols. (1997), entre los instrumentos específicos más utilizados en el estudio de calidad de vida en pacientes con trastornos mentales severos se encuentran:

- QOLI (Entrevista de calidad de vida) de Lehman. Consta de 143 ítems, los cuales evalúan aspectos como lugar de residencia, relaciones sociales, ocio, actividades cotidianas, finanzas, seguridad y problemas legales, y trabajo y salud. Entregaría información sobre indicadores objetivos y subjetivos de calidad de vida, a la vez que datos psicopatológicos que permiten medir la evolución del paciente.
- SLDS (Escala de satisfacción con la vida) de Baker & Intagliata. Conformado por 15 ítems, evalúa cuatro áreas: necesidad de seguridad, de estimulación, de pertenencia y de realización; las cuales son interpretadas como indicadores subjetivos de la satisfacción del paciente. Se asocia calidad de vida con autonomía (directa) y con la permanencia en la comunidad (indirecta).
- QOLC (Listado de calidad de vida) de Malm y Dencker. Se constituye por 94 ítems y 9 dimensiones: vida y entorno, educación, relaciones, dependencia, experiencia, salud mental, ocio, trabajo y religión. En este instrumento la baja calidad de vida estaría relacionada con las relaciones sociales, la educación y el trabajo; y una

calidad de vida abundante se asocia a la vivienda, el alojamiento y el funcionamiento de la de la seguridad social.

- SF-36 (Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey) de Ware y Sherbourne. Se trata de un instrumento genérico, conformado por 36 ítems, que miden 8 dimensiones: funcionamiento físico, rol instrumental, funcionamiento social, dolor corporal, salud mental, rol emocional, vitalidad y salud general. Se trabaja con la opinión de los pacientes, que permite comprender su situación desde su propia perspectiva.

En esta Tesis se trabaja sobre datos recolectados con el Cuestionario de Sevilla de Calidad de Vida (CSCV), el cual integra una perspectiva psicosocial en su consideración de aquellas personas que sufren trastornos mentales severos y por haber sido diseñada especialmente para personas con esquizofrenia. Su característica de ser amplia se hace evidente en la formulación de sus reactivos (incluidos en anexo), orientados a indagar aspectos propios de la vida cotidiana de los pacientes.

Además, se trata de un instrumento construido originalmente en idioma español; que al ser elaborado y validado para la población de ese país tiende a compartir aspectos ideosincráticos muy similares al que se puede encontrar en Chile, lo que facilita su adaptación a la realidad de nuestro país.

Sus propiedades psicométricas y características particulares se profundizan en el apartado “Material y métodos”.

Rehabilitación Psicosocial

Se denomina rehabilitación psicosocial al conjunto de acciones, enfoques y modelos, que incorporan las dimensiones sociales y comunitarias en el tratamiento de la discapacidad de causa psíquica, consideradas útiles para la mejoría del estado general de quienes la padecen.

De acuerdo a Stein y Cutler (1999), estas intervenciones pueden estar dirigidas al tratamiento de un impedimento (entendido como cualquier pérdida o anormalidad fisiológica, psicológica o anatómica), una discapacidad (carencia de habilidades para realizar una actividad en la forma o dentro del rango considerado normal para un ser humano), o un handicap (cualquier desventaja sufrida por una persona, que resulta de un impedimento o discapacidad, limitando el cumplimiento satisfactorio de un rol considerado normal para este individuo).

De este modo, un programa de rehabilitación podría constituirse en una instancia de terapia (individual, grupal o familiar), de entrenamiento (educacional o vocacional) y de desarrollo de habilidades de autocuidado, entre otras. Un cuadro resumen con tipos de intervenciones comunitarias, su enfoque, objetivos generales y metodología se adjunta en anexo.

La rehabilitación psicosocial corresponde a una prestación tradicionalmente otorgada en el nivel terciario del sistema de atención en salud, que articula diferentes agentes sociales que dan cuenta de la complejidad y sentido de las organizaciones que representan

(Luhmann, 1974, citado por Rodríguez, 1992) por lo que no existe un criterio único o rígido que delimiten o definan el concepto de rehabilitación.

Partiendo de la base de que el trastorno psíquico ha superado su fase sintomática y ha generado diferentes limitaciones para una vida normal, existe un consenso de que la rehabilitación es devolver una habilidad perdida, que determina desventajas en el proceso de desarrollo de un individuo (Lieberman 1988, citado en Acuña 1999). Su medición será válida sólo en la medida en que sea realizada desde la percepción del propio sujeto evaluado, como protagonista directo de dicha pérdida. Si a este individuo no se le presenta un medio de expresión que permita dar cuenta de ello, queda, por lo tanto, como objeto de acciones que son planificadas, implementadas y evaluadas desde el exterior que no considera en estas determinaciones su propia vivencia, su estado de satisfacción o de conformidad, su calidad de vida.

La persona que padece trastornos mentales severos generalmente responde adaptándose al mandato social de marginación, desarrollando conductas de marginación y dependencia que lo convierten en un “enfermo mental crónico”. Por lo tanto, trabajar en las disfuncionalidades e inhabilidades de estas personas significa hacerlo en la preparación de un nido social que de cabida a la posibilidad de un cambio en la interacción entre el que las lleva y aquellos que necesitan ponerlas en él.

Considerando la invalidación psicosocial del paciente mental crónico, nos proponemos utilizar una perspectiva desde el Desarrollo a Escala Humana (Max Neef, Elizalde &

Hopenhayn 1989), que contenga enfoques ideológicos integradores donde se apliquen tecnologías apropiadas. Esta visión nos hace concebir a la persona con una enfermedad mental como, según diría Maturana (1985), "un legítimo otro", donde las necesidades son múltiples, como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, y comparten con el resto de la población problemáticas comunes (alimentación, vivienda, higiene, salud, seguridad, convivencia, afecto, apoyo social, trabajo, etc.), los que sin embargo no poseen las herramientas necesarias para satisfacerlas. Desde esta perspectiva, la labor técnica debiera orientarse a entregar el satisfactor adecuado al momento, al lugar, con el recurso disponible, estableciendo prioridades (Max Neef y cols. 1989).

En esta línea se propone considerar que la permanencia o eliminación de síntomas productivos de la psicosis no determina por sí solo una mejoría de la calidad de vida del paciente. Esto justifica el planteamiento de la necesidad de valorar la condición de este sujeto desde el punto de vista de la vivencia de sí mismo y su condición vital, lo que conlleva a la consideración de los procesos de rehabilitación psicosocial como fundamentales para mejorar la condición de quienes sufren discapacidad de causa psíquica. Son estos programas los que incluyen dentro de sus propósitos, objetivos y acciones, tanto las dimensiones como los factores internos y externos que determinan el grado de bienestar percibido por los discapacitados.

Por lo tanto, y a partir de una concepción de salud amplia y abarcadora de todas las áreas de desarrollo del ser humano, los programas de rehabilitación psicosocial han demostrado ser altamente beneficiosos para las personas que sufren trastornos mentales severos, ya

que no sólo acompañan y potencian la consecución de objetivos médicos (como la desaparición de síntomas) sino que además tienden a modificar la situación general del paciente (Acuña 1999; Pérez & Lozano 2003). Ésta se ve deteriorada, tanto por condiciones propias de su enfermedad como por el proceso de discriminación y exclusión social que sufren los portadores de patologías psiquiátricas, por lo que se hace necesario implementar acciones tendientes a la normalización de su vida, al desarrollo de recursos y funciones propios de la vida sana y al fomento de un estado de mayor bienestar.

De acuerdo a Acuña (1999), en nuestro país “el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial ha establecido elementos que pueden hoy orientar el trabajo de todos aquellos que ayudan a personas con enfermedades mentales severas a alcanzar el más alto nivel de integración psicosocial posible, superando así impedimentos y desventajas” (p. 40).

Esta afirmación se realiza considerando que como base de estos programas se encuentra el tratamiento psicofarmacológico, entre los cuales el uso particular de neurolépticos tendría ventajas por sobre los medicamentos tradicionales, al favorecer la adherencia y la participación activa de los usuarios.

Cabe recordar la conveniencia de la integración de estas estrategias, en cuanto tratamiento medicamentoso y programa de rehabilitación funcionan de manera complementaria, aunque muchas veces para conseguirlo se debe superar una serie de dificultades dadas desde el contexto sociocultural que limitan en ocasiones las reales oportunidades de reinserción de aquellas personas que padecen trastornos mentales severos (Acuña 1999).

Considerando los antecedentes previamente expuestos, el propósito de esta tesis es comparar la calidad de vida reportada por dos grupos de individuos que padecen trastornos mentales severos: el grupo de estudio, formado por personas con discapacidad psíquica y que además del tratamiento médico convencional han participado en programas de rehabilitación psicosocial (tanto en el sistema público como en el privado) y el grupo control, formado por personas que también padecen una discapacidad psíquica, pero que sólo han recibido atención médica y tratamiento farmacológico, no habiendo participado, al momento de la evaluación, en programas psicosociales de rehabilitación.

En Chile, además se vienen desarrollando programas de rehabilitación en la comunidad con enfoques psicosociales a partir de iniciativas de organizaciones no gubernamentales [ONG], en el marco del régimen político autoritario de los años 80', los cuales, a pesar de no haber sido sistematizados en su momento, sirvieron de base para la creación de planes y programas factibles de valorización económica por parte de la autoridad, con el advenimiento de la democracia en el país.

OBJETIVOS

Objetivo General

Comparar el nivel de Calidad de Vida en dos grupos de personas con trastornos mentales severos, uno de los cuales ha participado en programas de rehabilitación psicosocial y el otro no.

Objetivos Específicos

- Verificar si personas con trastornos mentales severos que han participado en programas de rehabilitación psicosocial difieren en su nivel de Calidad de Vida, respecto de aquellas que no lo han hecho y que sólo han sido tratadas con fármacos.
- Verificar si algunas dimensiones específicas de la Calidad de Vida difieren en forma significativa entre los dos grupos estudiados.
- Verificar si existe alguna correlación entre la Calidad de Vida y variables ajenas a la participación en Programas de Rehabilitación, como la edad, el sexo y el nivel socioeconómico.

HIPÓTESIS

Las personas con trastornos mentales severos que han recibido rehabilitación psicosocial tendrán una puntuación mayor en el Cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla respecto de las personas que padecen estos trastornos y que sólo han recibido tratamiento farmacológico.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de investigación

Se trata de un análisis secundario de datos basados, en un estudio transversal previo sobre calidad de vida en personas con Trastorno Mental Severo (Alvarado & Muñoz, 2005). Considerando esto, la presente investigación es de tipo descriptivo y comparativo ya que se busca contrastar una variable en particular (Calidad de Vida) en dos grupos diferentes.

Específicamente, el primer grupo (definido como *grupo con rehabilitación psicosocial “con RPs”*) corresponde a pacientes que sufren trastornos mentales severos y que han participado en programas de rehabilitación (además del tratamiento médico convencional); mientras que el segundo grupo (definido como *grupo sin rehabilitación psicosocial, “sin RPs”*) está conformado por personas, que, padeciendo trastornos similares, no han recibido este tipo de intervenciones y sólo han estado con tratamiento farmacológico.

Universo y muestra

Dado el diseño del estudio, se parte inicialmente teniendo como Universo a todas aquellas personas que, habitando en la Región Metropolitana, tienen un diagnóstico de Trastorno Mental Severo.

El tamaño de la muestra fue calculado a partir de una estimación realizada con las tasas de prevalencia de trastornos mentales severos en Chile, las plazas de rehabilitación con

que cuenta el Ministerio de Salud y la cantidad de beneficiarios que acceden a instancias de rehabilitación psicosocial.

Para efectos de la presente investigación, esta muestra fue dividida en dos subconjuntos, a saber: (1) Personas con diagnóstico de Trastorno Mental Severo que han participado en programas de rehabilitación, y (2) Personas con diagnóstico de Trastorno Mental Severo con tratamiento médico farmacológico que no han participado en programas de rehabilitación.

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

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

Los servicios desde donde se extrajeron ambos subconjuntos de la muestra fueron:

- Instituto psiquiátrico Dr. J. Horwitz Barak
- Centro de Rehabilitación Itak
- Comunidad Peñalolén
- Centro de Rehabilitación CORFAPES.

El cálculo de la muestra, en el caso de ambos grupos, se realizó considerando el número de plazas totales de cada uno de estos servicios, a través de un muestreo estratificado.

Para determinar la muestra en cada institución se aplicó un criterio proporcional al número de pacientes que tiene cada una de las instituciones en total. Para calcular el tamaño de cada muestra se aplicó el siguiente procedimiento:

1. Para cada institución se obtuvo su Peso Relativo en la Población (W_h). Este es igual a la proporción de la población de la institución (N_h) en la población total (N).

$$W_h = \frac{N_h}{N}$$

2. Partiendo del tamaño muestral total (90 casos), la muestra para cada institución (n_h) se obtuvo por la aproximación a entero del producto entre el peso relativo de cada institución y esta muestra total.

$$n_h \approx W_h \times n$$

3. Los casos correspondientes al grupo control y al grupo experimental se unieron a través de la selección aleatoria de 90 fichas para cada uno, todas provenientes del Servicio de Neurolépticos Orales del Policlínico del Hospital Psiquiátrico.

La distribución resultante se expone en el siguiente cuadro, en el cual se especifican, adicionalmente, las diferentes etapas del cálculo de la muestra sobre la cual se desarrolló la investigación previa ya referida. Consecuentemente, es esta muestra sobre la cual se realizó el análisis secundario de datos.

Tabla Nº 1: Cálculo del tamaño muestral

Institución	Población institucional (Nh)	Peso relativo en la población (Wh)	Muestra en cada institución (nh)
Instituto Psiquiátrico	240	0.705	63
Corfapes	35	0.1029	9
ITAC	23	0.0676	7
Com. Peñalolen	42	0.1235	11
Totales	340	1	90

Variables

La Calidad de Vida será la variable de comparación entre los dos grupos antes descritos. Adicionalmente, se verá si otras variables (sexo, edad y nivel socioeconómico) aparecen asociados con la Calidad de Vida.

Definiciones operacionales

Sexo

Condición biológica de hombre o mujer, consignada a partir del reporte del entrevistado y de los datos consignados en su ficha clínica.

Edad

Tiempo de vida del entrevistado, medido en años, transcurrido desde su fecha de nacimiento hasta el momento en que responde el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida. Se recoge a partir de la declaración del entrevistado, siendo posteriormente confirmado con la información de su ficha clínica.

Calidad de Vida

Rendimiento del sujeto en el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV), desglosado en la Escala de Aspectos desfavorables (CSCV-D) y la Escala de aspectos favorables (CSCV-F) de dicho Cuestionario.

Calidad de Vida – Aspectos Favorables (CSCV-F)

Corresponde a la sumatoria total de los puntajes obtenidos en 13 ítems. Su rango posible va entre los 13 y los 65 puntos, donde valores bajos indican una menor presencia de aspectos favorables y un puntaje más alto una mayor cantidad de éstos.

Calidad de Vida – Aspectos Desfavorables (CSCV-D)

Corresponde a la sumatoria total de los puntajes obtenidos en 46 ítems. Puede alcanzar un mínimo de 46 y un máximo de 230 puntos; en los que puntajes bajos indican una menor presencia de aspectos desfavorables, y valores más altos, una mayor manifestación de éstos.

Participación en programas de rehabilitación psicosocial

Asistencia de la persona que padece trastornos mentales severos a un programa de rehabilitación psicosocial, impartido por un equipo de profesionales capacitados para entregar destrezas y habilidades para el tratamiento y la inserción social de personas que padecen de esquizofrenia. Se trata de programas que pueden tener componentes comunitarios, cuya particularidad está dada en la horizontalidad de la relación con los usuarios, en la democratización del clima de la institución que brinda este tipo de prestación, y en la responsabilidad compartida entre usuario, familia y comunidad de los logros obtenidos para el ajuste social de la persona que porta la enfermedad. El período

de permanencia en este programa deberá estar entre los 6 y 24 meses previos a la incorporación a este estudio.

Instrumentos

Para llevar a cabo esta investigación, como ya se ha mencionado anteriormente, se utilizaron datos provenientes de un estudio previo, donde se aplicó el Cuestionario de Sevilla de Calidad de Vida, además de datos personales básicos tales como edad y sexo.

Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida.

Este cuestionario fue desarrollado por un grupo de profesionales de diversas Universidades de España, con la finalidad de evaluar específicamente la calidad de vida en personas que sufren una esquizofrenia. Se construyó considerando diferentes ámbitos relevantes para la vida de estas personas. Posteriormente se elaboraron enunciados relacionados con actividades desarrolladas en estos ámbitos, prestando especial atención al grado de satisfacción o malestar que dichos enunciados podrían generar en los pacientes. A través de la técnica de grupo Delphi se llegó a una versión preliminar, la que fue sometida a prueba con una muestra de 279 pacientes. Los resultados se obtuvieron de un análisis factorial y la versión definitiva quedó compuesta por 59 ítems (Giner y cols., 1997).

Esta Escala está compuesta de dos dimensiones, cada una con varios factores. La primera dimensión está constituida por *aspectos favorables o satisfactorios en la calidad de vida*; contiene 3 factores: satisfacción vital, autoestima y armonía; y, le corresponde 13 preguntas dentro del cuestionario.

La segunda dimensión por el contrario, se refiere a aquellos *aspectos desfavorables o insatisfactorios en la calidad de vida*; contiene 9 factores: falta de aprehensión cognitiva, pérdida de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, dificultad de expresión cognitiva, extrañamiento, miedo a la pérdida del control, hostilidad contenida y automatismos; y, le corresponde 46 ítems dentro del instrumento (Giner y cols., 1997).

La validez de constructo fue valorada a través del contraste de resultados en diferentes tipos de pacientes (nivel educacional, estado civil, situación laboral, asistencia médica, evolución de la enfermedad y tipo de neuroléptico utilizado). También se midió la correlación con otro instrumento que también evalúa la calidad de vida, obteniéndose $p < 0,001$ (Ibáñez y cols., 1997).

Su validez convergente y discriminante se estudió a través de matrices Multirasgo – Multimétodo, con otro instrumento de calidad de vida y la valoración clínica con la PANNS. La dimensión de aspectos favorables correlaciona positivamente con el otro instrumento de calidad de vida ($r=0,50$) y en forma inversa con la escala de síntomas negativos de la PANNS ($r=-0,17$), aunque en este último caso la varianza es explicada en menos del 9%. En síntesis, la dimensión de aspectos favorables muestra una buena validez convergente y discriminante. Por otra parte, la dimensión de aspectos desfavorables correlaciona en forma inversa con el otro instrumento de calidad de vida ($r=-0,35$) y en forma directa con las subescalas de síntomas positivos ($r=0,33$) y de síntomas negativos ($0,41$) de la PANNS. Por tanto, muestra una buena validez convergente, pero dudas respecto a su validez discriminante, pudiendo confundir el constructo de calidad de vida – aspectos desfavorables con la psicopatología propiamente tal (Ibáñez y cols., 1997).

Respecto de su consistencia interna, la dimensión de aspectos favorables obtuvo un alfa de Cronbach de 0,85 y para la dimensión de aspectos desfavorables este fue de 0,94, valores que son bastante buenos para un instrumento de este tipo, considerando que el punto de corte científicamente consensuado es de 0,8 (Ibáñez y cols., 1997).

Procedimiento de recolección de datos

En la recolección de datos del estudio “Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos” (Alvarado & Muñoz, 2005) a partir de los cuales se desarrolla esta Tesis, se consultó información del Ministerio de Salud referente a plazas de rehabilitación ofrecidas, prevalencia de la esquizofrenia en los servicios de la Región Metropolitana, cantidad de beneficiarios con acceso efectivo a rehabilitación psicosocial, etc.

Una vez recopilada esta información fue posible determinar la composición del universo, y a partir de esto, se realizó la selección muestral de acuerdo a los criterios ya especificados. En los centros escogidos la encuesta fue aplicada por personas con conocimientos de psiquiatría y rehabilitación psicosocial, que fueron entrenadas especialmente para este fin, como una manera de asegurar el rigor de los datos.

Esta información fue sistematizada en una base de datos computarizada, utilizando los programas computacionales Microsoft Excel y SPSS (Statistical Package for Social Sciences), siendo con este último, en su versión 12.0, que se procedió a hacer los análisis estadísticos que originan los resultados expuestos a continuación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dentro del desarrollo de esta investigación, la etapa de interacción con los pacientes con trastornos mentales severos es fundamental, pues constituyen la principal fuente de información sobre su propia calidad de vida.

La investigación siguió los principios del consentimiento informado, de acuerdo al que se les informó previamente a los sujetos el tipo de estudio del cual serían parte, la absoluta voluntariedad de su participación en éste, y la confidencialidad de toda aquella información que pudieran entregar. Sólo participaron aquellos pacientes que aceptaron y firmaron dicho consentimiento, pues esto fue definido como requisito fundamental para poder continuar con la recolección de los datos.

Dentro de la especificación del resguardo de su confidencialidad se planteó que en este estudio (ni en instancias posteriores), los antecedentes clínicos a los que se accedió serían usados con fines ajenos a los científicos.

Se garantizó el completo anonimato de las personas entrevistadas, así como la oportuna atención si los entrevistadores capacitados observaran algún requerimiento relevante a través de la aplicación de los instrumentos.

RESULTADOS

Debido a la naturaleza de los datos disponibles, se realizó un tratamiento cuantitativo de estos, los que primero son descritos con medidas de resumen, de tendencia central y de dispersión, adecuados para su correspondiente nivel de medición.

Los datos referentes a características sociodemográficas, tales como edad y sexo, fueron contrastados entre los grupos estudiados, como una manera de indagar en la equivalencia de estos subconjuntos.

Para estudiar la hipótesis de este estudio, sobre la diferencia en la Calidad de Vida entre los grupos, dependiendo de su participación en Programas de Rehabilitación, se utilizó la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes. Se comparó los promedios obtenidos por los dos grupos evaluados respecto de su puntuación total, y entre las dimensiones favorables y desfavorables.

Adicionalmente, se evaluó la posible relación de las otras variables evaluadas (edad y sexo) con los puntajes en Calidad de vida obtenidos por los pacientes (aparte del acceso al programa), tales como edad y sexo. Sin embargo, dada las limitaciones propias de un análisis secundario de datos, no es posible estudiar otras relaciones de interés, con variables como nivel educacional, ocupación, integración en redes sociales de apoyo, etc.

Además, se hace necesario destacar que no es posible establecer atribuciones de causalidad entre la participación en programas de rehabilitación y los puntajes obtenidos con el Cuestionario de Calidad de Vida, en cuanto no es posible asegurar la equivalencia inicial de los grupos evaluados. Esta limitación es considerada estrictamente en la interpretación de resultados y subsiguiente elaboración de conclusiones.

Descripción de la muestra

Debido a la disponibilidad de las instituciones al momento de efectuadas las entrevistas, la muestra final quedó conformada por 184 sujetos.

Sin embargo, al analizar la base de datos se encontró 7 personas que no habían respondido a todo el Cuestionario de Calidad de Vida, lo que imposibilitó el cálculo de su puntaje. Por este motivo, la muestra final se constituyó por 177 sujetos en total, de los cuales 91 (51.4%) pertenecen al grupo sin tratamiento, y 86 (48.6%), al grupo que ha participado en programas de rehabilitación.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Respecto al **sexo**, la muestra se compuso de un 44.1% de mujeres y un 55.9% de hombres. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la pertenencia a los grupos evaluados y su composición por sexo ($p = 0.096$), lo que se advierte en la siguiente tabla.

Tabla N° 2: Distribución de los grupos de comparación según sexo

	Grupo		Total
	Grupo sin RPs	Grupo con RPs	

Sexo	Mujer	Frecuencia	46	32	78
		Porcentaje	58,97%	41,02%	100%
	Hombre	Frecuencia	45	54	99
		Porcentaje	45,45%	54,54%	100%
Total		Frecuencia	91	86	177
		Porcentaje	51,4%	48,6%	100%

Respecto a la **edad**, la muestra tuvo un promedio de 39.99 ($s = 11.9$), con un mínimo de 16 y un máximo de 74 años. Al aplicar la prueba T de student para muestras independientes no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los grupos contrastados ($t = 0.893$, $p = 0.373$), ya que el grupo sin tratamiento tiene un promedio de 40.77 ($s = 12.5$) y el grupo que ha participado en programas de rehabilitación, una media de 39.16 años de edad ($s = 11.26$).

Calidad de Vida: Aspectos favorables

La muestra evaluada obtuvo un promedio de 44.59 puntos ($s = 14.41$), registrándose un mínimo de 13 y un máximo de 65 puntos, lo que implica que los participantes de este estudio efectivamente cubrieron la escala teórica de la prueba.

Al contrastar los promedios grupales, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos contrastados ($t = -7.983$; $p = 0.000$). De este modo, se advierte que el promedio obtenido por el grupo sin tratamiento es de 37.44 ($s = 14.63$), lo que sería significativamente inferior a la media del grupo que ha participado en programas de rehabilitación, la cual alcanzó los 52.17 puntos ($s = 9.52$).

Adicionalmente se indagó en la existencia de relaciones entre el puntaje obtenido en los Aspectos Favorables del Cuestionario de Calidad de Vida y las variables sociodemográficas, sin que se observe un correlación estadísticamente significativa con la edad ($p = 0.701$), o el sexo ($p = 0.812$).

Calidad de Vida: Aspectos desfavorables

La muestra evaluada obtuvo un promedio de 115.43 puntos ($s = 42.35$), registrándose un mínimo de 48 y un máximo de 220 puntos.

Al contrastar los promedios grupales, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos evaluados ($t = 10.094$; $p = 0.000$). Así, se advierte que el promedio obtenido por el grupo sin tratamiento es de 140.22 ($s = 37.84$), lo que sería significativamente superior a la media del grupo que ha participado en programas de rehabilitación, la cual alcanzó sólo los 89.19 puntos ($s = 29.04$).

Adicionalmente se indagó en la existencia de relaciones entre el puntaje obtenido en los Aspectos Desfavorables del Cuestionario de Calidad de Vida y las variables sociodemográficas, sin que se observe un correlación estadísticamente significativa con la edad ($p = 0.863$), o el sexo ($p = 0.147$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al analizar los resultados obtenidos, se advierte que existe evidencia suficiente para aceptar la hipótesis propuesta en este estudio, es decir, las personas con trastornos mentales severos que han recibido rehabilitación psicosocial tendrán una puntuación mayor en el Cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla respecto de las personas que padecen estos trastornos y que sólo han recibido tratamiento farmacológico. A pesar de las limitaciones del presente estudio, las muestras contrastadas son equivalentes en sexo y edad, pues no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas variables.

Es necesario señalar que las limitaciones del diseño utilizado impiden realizar atribuciones de causalidad entre los resultados descritos, aunque sí es factible establecer una base de referencia de importancia para el planteamiento de futuras líneas de investigación.

Como resultado relevante se destaca que en los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Calidad de Vida no existen diferencias entre los sujetos evaluados según sexo ni edad. Esto permite plantear que tal vez no sería necesario el establecimiento de estrategias diferenciales de acuerdo a género, pues tanto hombres como mujeres evidencian puntajes similares en su calidad de vida. Respecto a la segunda variable, es posible postular que sin importar la edad, la participación en Programas de Rehabilitación Psicosocial trae una mejora en la Calidad de Vida de los sujetos, por lo que tampoco se sustentaría la acción diferenciada en este aspecto.

Los resultados de este estudio orientan a la consecución de investigaciones que permitan profundizar en los aspectos ya mencionados. No obstante, las conclusiones obtenidas indican que sería adecuado evaluar la necesidad de reformulación en los programas de rehabilitación ya existentes.

La muestra sobre la cual se desarrolló este estudio proviene de diversos centros, por lo que los programas de los cuales fueron partícipes difieren entre sí. A pesar de esto, las diferencias encontradas son siempre estadísticamente significativas, lo que permite proponer que más allá de la actividad que se desarrolle, en concreto, cabría centrarse en los aspectos psicosociales que caracterizan a estos programas, como por ejemplo, el trabajo en grupo.

En esa misma línea, el provenir de centros distintos implica que los sujetos de la muestra estuvieron trabajando con diferentes profesionales, a pesar de lo cual los resultados son similares. A partir de esto cabe hipotetizar que la mejora en la calidad de vida se da con independencia de la conformación de los equipos, y de las características del lugar en donde se implementa el programa de rehabilitación psicosocial.

Por otro lado, considerando como marco la Reforma de salud en Chile, se puede señalar que dichos programas siguen modelos comunitarios, otorgando acceso y oportunidades a los usuarios, aunque queda abierta una línea de investigación respecto a la relación entre costos y cobertura efectiva de estas instancias de rehabilitación.

Además, es interesante la posibilidad de comparar el nivel de Calidad de Vida entre grupos de personas con trastornos mentales severos, según hayan participado (o no) en programas de rehabilitación psicosocial, pero esta vez siguiendo un diseño de investigación experimental, trabajando con muestras de asignación aleatoria, para verificar si los resultados se mantienen.

Considerando tanto los hallazgos derivados del presente estudio, como sus limitaciones, se puede concluir que la Calidad de Vida se constituye como una buena alternativa de indicador de resultados en programas de Salud mental y Psiquiatría, especialmente si se tiene en cuenta que la evaluación de impacto no es fácil de medir en este contexto.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una primera limitación de este estudio está determinada por la falta de precisión conceptual del constructo "calidad de vida". Tal como se señaló en el marco teórico se trata de un concepto en construcción, para el cual existen varias aproximaciones y diversos instrumentos de valoración. Por esta razón, los resultados siempre deben ser referidos al instrumento más que al concepto en sí.

Por otra parte, así como en muchos otros problemas de salud, los trastornos mentales severos tienen un origen multicausal. Por lo tanto, plantear que los cambios en las dimensiones de calidad de vida que serán evaluadas son producto sólo de los programas de rehabilitación psicosocial es una visión reduccionista.

Otra limitación de este estudio proviene del diseño utilizado, que al ser transversal (y no experimental) no permite asegurar que las diferencias encontradas entre los grupos se deban efectivamente a su participación en programas de rehabilitación psicosocial, pues no se cuenta con evaluaciones en el momento previo (a la intervención) contra el cual realizar un contraste. Por esta razón es imposible establecer atribuciones de causalidad entre la participación en programas de rehabilitación y los puntajes obtenidos con el Cuestionario.

Una tercera limitación se origina en la falta de normas nacionales de los puntajes del Cuestionario utilizado, lo que restringe las posibilidades de valorar los puntajes

observados en los participantes del estudio en términos de un parámetro de referencia, ya que no se puede decir si la calidad de vida es alta o baja pues no se conoce cómo se distribuye en la población general chilena.

Finalmente, la última limitación se origina en la muestra que será utilizada (pacientes con un trastorno mental severo, que se encuentran en tratamiento en dispositivos sanitarios públicos y privados, dentro de la Región Metropolitana), cuyas inferencias son extrapolables sólo a un grupo de iguales características.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, J. (1999) *Revisión bibliográfica: Modelos en rehabilitación psicosocial*. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- Alvarado, R. & Muñoz, K. (2005) *Estudio de calidad de vida en pacientes esquizofrénicos*. Manuscrito enviado para su publicación.
- Angermeyer, M. & Kilian, R. (2000) *Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales*. En Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (2000) "Calidad de vida en los trastornos mentales", pp. 3 - 16. Editorial Masson S.A., Barcelona.
- Barge-Shaapveld, D., Nicolson, N., Delespaul, P. & De Vries, M. (2000): *Evaluación de la calidad de vida diaria con el método de muestreo de experiencias*. En Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (2000) "Calidad de vida en los trastornos mentales", pp. 93 - 106. Editorial Masson S.A., Barcelona.
- Barnes, M., Berke, J., Schatzman, M. & Sedgwick, P. (1971): *Laing y la antipsiquiatría*. Alianza Editorial. Madrid.
- Barrientos, G. (2000) *Psicología social y comunitaria*. Editorial Búho, Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana.
- Cantero, P., Pérez, C. & Casado, M. (2003) *El ocio en la rehabilitación de personas con enfermedad crónica*. [Versión electrónica]. Extraído de: redespecialweb.org
- Cervera, S., Baca, E., Bobes, J., Leal, C., Ibañes, E. & Giner, J. (1997): Medida de la calidad de vida en la esquizofrenia, en *Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines*. Octubre 1997. Supl.2 Vol. 25. Pp. 1 -10.
- Desviat, M. (1994) *La reforma psiquiátrica*. Editorial DOR. Madrid.
- Minoletti, A., & López, C. (1999): *Las enfermedades mentales en Chile: Magnitud y consecuencias*. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- Feldman, J. & Fitzpatrick, R. (1992): *Manager Mental Health Care. Administrative and Clinical Issues*. American Psychiatric Association. Washington.

- Finzen, A & Hoffmann-Richter, U (2000): *Estigmas y calidad de vida en los trastornos mentales*. En Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (2000) "Calidad de vida en los trastornos mentales", pp. 67 - 74. Editorial Masson S.A., Barcelona.
- Giner, J., Ibañez, E., Baca, E., Bobes, J., Leal, C., & Cervera, S. (1997): Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida. El cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas, en *Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines*. Octubre 1997. Supl.2 Vol. 25. Pp. 11 - 23.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (1998) *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill, México.
- Ibañez, E., Giner, J., Cervera, S., Baca, E., Bobes, J., & Leal, C. (1997): El cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas, en *Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines*. Octubre 1997. Supl.2 Vol. 25. Pp. 24 - 31.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1997) *Tratado de Psiquiatría*. Sexta edición. Editorial Inter-Médica. Buenos Aires.
- Katschnig, H. (2000): *Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría*. En Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (2000) "Calidad de vida en los trastornos mentales", pp. 3 - 16. Editorial Masson S.A., Barcelona.
- Lehman, A. (2000): *Instrumentos para medir la calidad de vida en los trastornos mentales*. En Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (2000) "Calidad de vida en los trastornos mentales", pp. 77 - 92. Editorial Masson S.A., Barcelona.
- Laing. R (1980) *Los locos y cuerdos*. Grupo Editorial Grijalbo. Barcelona.
- Laing. R (1977) *Las Cosas de la vida*. Grupo Editorial Grijalbo. Barcelona.
- Maturana, H. (1985): *De la biología a la psicología*. Editorial Universitaria. Santiago.
- Max Neef, M., Elizalde, A., Hopenhayn, M. (1989): *Desarrollo a escala humana*", 1ª edición. Citada en "Seminario de Desarrollo Humano desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional" (2001), Universidad de Chile. Santiago.
- Ministerio de Salud de Chile (2000) *Plan nacional MINSAL*. Santiago.

- Organización Mundial de la Salud (2002) *Clasificación estadística internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud (Décima revisión). Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (1991) *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación*. Washington.
- Pérez, F. & Lozano, V. (2003) *Reflexiones en torno a la rehabilitación psicosocial* [Versión electrónica]. Ciutadella, España.
- Rodríguez, A. (2003) Atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social. En *Revista de Rehabilitación Psicosocial en España*. Madrid.
- Rodríguez, D. (1992) *Teoría de sistemas y ciencias sociales*. Centro de Estudios Sistémicos, Universidad Católica. Santiago.
- Sacristán, J., Badía, X. & Rovira, J. (1995) “La medida de calidad de vida relacionada con la salud”. En *Evaluación económica de medicamentos*. Editores Médicos. Madrid.
- Stein, F. & Cutler, S. (1999): *Psychosocial occupational therapy. A holistic approach*. Singular Publishing Group Inc. San Diego, USA.
- Thornicroft, G., Brewin, C. & Wing, J. (1992) *Measuring Mental Health Needs*. Royal College of Psychiatrists. Londres.
- Vicente B, Rioseco P, Saldiva S, Kohn R, Torres S. (2002) Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica. *Revista Médica Chile*, 130, 527-536. Santiago.

ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario de calidad de vida de Sevilla

ANEXO 2: Intervenciones Comunitarias (Cuadro Resumen)

ANEXO 1: Cuestionario de calidad de vida de Sevilla

El objetivo de este cuestionario es conocer su opinión sobre algunos aspectos de su vida actual. A continuación se le presentan una serie de afirmaciones para que juzgue si está de acuerdo con ellas y anote su opinión en la hoja de respuestas. No responda en este cuadernillo.

En la hoja de respuestas se le presenta el número de cada afirmación y cinco recuadros:

1 completo desacuerdo completo acuerdo

El número 1 corresponde a la afirmación 1 del cuestionario. Lea una afirmación y anote su opinión en la hoja de respuesta.

Conteste del siguiente modo

Señale con una cruz la posición que más se acerca a su opinión en cada ítem correspondiente.

Si su opinión es de completo acuerdo, responda así:

completo desacuerdo completo acuerdo

Si su opinión es de completo desacuerdo, señale el primer recuadro

completo desacuerdo completo acuerdo

Si no está ni de acuerdo ni tampoco en desacuerdo, señale el tercer recuadro

completo desacuerdo completo acuerdo

Si su opinión se inclina un poco hacia el acuerdo, señale el cuarto recuadro

completo desacuerdo completo acuerdo

Si su opinión se inclina un poco hacia el desacuerdo, señale el segundo recuadro

completo desacuerdo completo acuerdo

No olvide contestar todas las preguntas. Conteste simplemente lo que usted piensa, y lo más rápidamente posible. Evalúe cada cuestión por separado y no vuelva atrás.

No existen respuestas correctas.

Escala D

- (1) Tengo dificultad para comprender la T.V.
- (2) No me entero de las cosas aunque me interesen
- (3) No comprendo lo que dice la gente
- (4) Me aburro todo el día
- (5) No puedo aprender nada
- (6) Tengo dificultad para participar en las conversaciones
- (7) Sólo hago lo que los demás quieren y no lo que yo quiero

- (8) Me hace sufrir no poder controlar mis impulsos
- (9) No puedo dejar de notar las cosas desagradables
- (10) Los demás me hacen sufrir
- (11) Me hace sufrir sentir me cuerpo extraño
- (12) Siento miedo constantemente
- (13) Es insoportable no poder estar quieto
- (14) Me hace sufrir el sentirme raro
- (15) Me da miedo la vida
- (16) Me molesta estar estreñado
- (17) Sufro por que estoy enfermo
- (18) Me siento muy cansado
- (19) Veo las cosas borrosas
- (20) Me doy miedo a mí mismo
- (21) No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer
- (22) Los vecinos me molestan
- (23) Todo me angustia
- (24) Me mareo con facilidad
- (25) Me desagrada no poder controlar mis pensamientos
- (26) Estoy triste continuamente
- (27) Me gustaría poder hacer daño
- (28) Me cuesta trabajo dirigirme a los demás
- (29) Me siento cobarde
- (30) No puedo controlarme
- (31) Me siento como un zombie o un robot
- (32) Siento los músculos tensos
- (33) No tengo interés por nada
- (34) El día se me hace largo
- (35) Alguien, que no se quién, me hace sufrir
- (36) Me paso el día medio dormido y eso me molesta
- (37) Sufro cuando dentro de mi algo me impide hacer lo que quiero
- (38) Tengo dificultades para encontrar las palabras para hablar
- (39) Repetir una cosa muchas veces me alivia
- (40) Si no dejo salir la rabia me siento muy mal
- (41) Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor
- (42) No puedo hacer bien las cosas normales
- (43) No se lo que me pasa y eso me asusta

- (44) Me molesta no tener gracia para contar chistes
- (45) Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer
- (46) Me voy de la casa o me escondo cuando...

Escala F

- (1) Consigo lo que quiero
- (2) Los demás aprueban mi forma de ser
- (3) Cuando decido algo, lo realizo
- (4) Estoy contento con lo que hago
- (5) Me gusta como soy
- (6) Tengo aficiones que me divierten y llenan mi tiempo libre
- (7) Me siento a gusto con la gente
- (8) Distribuyo bien mi tiempo
- (9) Me siento a gusto con mis pensamientos
- (10) Yo decido como quiero vivir
- (11) Soy capaz de organizar mi vida diaria
- (12) Estoy satisfecho con la actividad que realizo
- (13) Me satisface la energía que tengo

Hoja de respuestas Escala D

Nombre: Edad:..... Sexo:.....
 Nivel educacional: Fecha:

		1	2	3	4	5	
1.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
2.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
3.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
4.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
5.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
6.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
7.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
8.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
9.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
10	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
11	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				

12	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
13	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
14	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
15	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
16	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
17	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
18	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
19	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
20	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
21	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
22	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
23	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
24	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
25	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
26	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
27	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
28	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
29	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
30	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
31	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
32	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
33	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
34	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
35	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
36	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
37	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
38	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo

39	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
40	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
41	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
42	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
43	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
44	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
45	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
46	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo

Hoja de respuestas Escala F

Nombre: Edad:..... Sexo:.....
 Nivel educacional: Fecha:

		1	2	3	4	5	
1.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
2.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
3.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
4.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
5.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
6.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
7.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
8.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
9.	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
10	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
11	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
12	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				
13	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo				

ANEXO 2: Intervenciones Comunitarias (Cuadro Resumen)

SISTEMA SUSCEPTIBLE	TIPO DE INTERVENCIÓN	ENFOQUE	OBJETIVOS GENERALES	METODOLOGÍA
PERSONA AFECTADA	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas. Contención. • Instrumentos de Evaluación de Habilidades, puestos de trabajo, etc. • Acompañamiento • Prescripciones. (Tareas) Psico-educación 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistémico • Estratégico • Basado en los Derechos de las personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda Diagnóstica • Diagnóstico de Destrezas • Diagnóstico Situacional • Evaluar competencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Instrumentos • Participación Activa • Conducción de Tipo Directiva
FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • Contención en Crisis • Psicoeducación • Sociodrama • Trabajo Comunitario (organizaciones) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistémico Orientado a la Resolución de Problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Situacional • Observar pautas de comportamiento familiar. • Evaluar función del síntoma y reacción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducción Alternada (Directiva de Apoyo) • Redefinición de los Problemas.
COMUNIDAD (GRUPO DE USUARIOS, MULTIFAMILIAR, OTRAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodrama • Educación Popular (juegos) • Técnicas de Participación: Foros, Debates, Asambleas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistémico Ecológico • Social Comunitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Focalizar en un Problema • Promover Liderazgos Internos • Promover fortalezas del colectivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducción de Apoyo • Orientar a Tareas Claras y Estratégicas
ORGANIZACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de Estructuración • Roles y Funciones (Rol-Playing): Teatro, Foro • Consultorías • Asesorías 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégico 	<ul style="list-style-type: none"> • Consecución de Metas • Optimización de Recursos • Focalización. • Resolución de Problemas • Formación de Equipos 	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo Situacional • Evaluación F.O.D.A. • Intervención en Núcleos Críticos