



## **Evaluación del funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastorno mental (OMS)**

**Patricia Fabiana Gómez.**

Tesis - Maestría en Salud Mental - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas,  
2015.

Aprobada: 2015

---

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

---

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Evaluación del funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastorno mental (OMS) by Patricia Fabiana Gómez is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
INSTITUTO DE SALUD MENTAL

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CON  
TRASTORNO MENTAL (OMS)

**Trabajo de investigación para optar por el título de Maestría en Salud Mental**

**Autor:**

*Patricia Fabiana Gómez*

**Director:**

*Prof. Dr. Julio Enders*

*Córdoba, Argentina*

*Junio de 2015*

***LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y LA FACULTAD DE PSICOLOGIA  
NO SE HACE SOLIDARIA CON LA OPINION DE ESTA TESIS***

## ***AGRADECIMIENTOS***

Al Dr. Julio Ender y la Dra. Ruth Fernández por su asesoramiento constante que enriqueció esta tesis de maestría.

A la Dra. María Cristina Cometo por sus recomendaciones y correcciones siempre tan pertinentes.

A los colegas que acompañaron el proceso de esta investigación de manera colaborativa y solidaria.

## ***DEDICATORIA***

A mi familia, Hugo, Guillermina y Ramiro por su apoyo y amor constante.

A todos los usuarios que participaron tan gentilmente de esta investigación, espero que esta tesis ayude a mejorar sus condiciones de una vida saludable en la comunidad.

## RESUMEN

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis (trastorno mental grave) presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica sino que afectan asimismo a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar el funcionamiento psicosocial de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentran incorporados a la comunidad a fin de poder aportar a estas personas cuidados más precisos en busca de obtener mejores resultados en su calidad de vida.

El estudio fue observacional y transversal. Se consideraron para la muestra un total de 100 usuarios con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos afines (F20 a F29 de la CIE-10) que viven en la comunidad y están en contacto con los servicios de salud mental de Córdoba, Buenos Aires y San Luis, los cuales fueron entrevistados por entrevistadores entrenados que utilizaron la escala de evaluación del funcionamiento psicosocial WHODAS 2.0 (con 36 ítems en su versión completa).

Los resultados encontrados fueron que el WHODAS 2.0 posee una alta consistencia interna (alfa de Cronbach,  $\alpha = 0,78$ ). En relación al Dominio N° 1 de la escala los resultados encontrados en el nivel de discapacidad fueron el 57% en ninguna, el 20,4% en moderada, el 19,4% en leve y solo un 3,2% fue categorizado como severo. Dominio N° 2 se concentra en ninguna discapacidad (60,2%), en la categoría leve y moderada, 18,3% y 17,2% respectivamente, quedando un 3,2 % para la categoría severa. Dominio N° 3 la categoría ninguna (54,9%) y severa (2,2%) y aumentando en la leve (23,7%) y moderada (19,4%). Dominio N° 4 ninguna discapacidad en el 74,2%, y en discapacidad leve el 18,3%, quedando solo un 6,5 % y 1,1% para discapacidad

moderada y severa respectivamente. Dominio N° 5 ninguna discapacidad con un 82,8%, en la discapacidad leve con 11,8%, quedando solo con un 4,3% y un 1,1% para las categorías de discapacidad moderadas y severas. Dominio N° 6 las categorías de discapacidad se distribuyen en ninguna el 81,7%, en leve un 15,1% y moderada un 3,2%.

Conclusión el estudio muestra que el WHODAS 2.0 tiene buena fiabilidad y validez y sugiere que es adecuado para la evaluación de la discapacidad en los pacientes con esquizofrenia.

El nivel de discapacidad encontrado en la población estudiada de manera global es de 1: discapacidad mínima; refiere que existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo, lo cual representa un 20% de discapacidad.

**PALABRAS CLAVES:** Esquizofrenia – Discapacidad – Evaluación – Funcionamiento psicosocial

## SUMMARY

People who suffer from severe and chronic mental illnesses such as schizophrenia or other psychosis (severe mental illness) have very complex problems are not confined to the psychopathological symptoms but also affect other aspects such as psychosocial functioning and community integration.

The present study aimed to analyze the psychosocial functioning of patients with schizophrenia that are incorporated into the community in order to bring these people care more precise looking to get better results in their quality of life .

The study was observational and cross. Sample were considered for a total of 100 users diagnosed with schizophrenia or related disorders (F20 to F29 in ICD- 10) living in the community and are in contact with mental health services in Córdoba, Buenos Aires and San Luis, who were interviewed by trained interviewers who used the rating scale psychosocial functioning WHODAS 2.0 (with 36 items in the full version).

The results were that the WHODAS 2.0 has high internal consistency (Cronbach's alpha,  $\alpha$ : 0,78) . Regarding the Domains N°.1 scale the results found in the level of disability were 57% in none, 20,4% moderate, 19,4 % mild and only 3,2 % was categorized as severe. Domain N° 2 focuses on disability (60,2 %) in the mild to moderate category , 18,3% and 17,2 % respectively , being 3,2% for the severe category. Domain N° 3 any category (54,9 %) and severe (2,2%) and increased in mild (23,7% ) and moderate (19,4%). Domain N° 4 no disability in 74,2 % and 18,3% mild disability, leaving only 6,5% and 1,1% respectively for moderate and severe disabilities. Domain N° 5 with a disability 82,8% in mild disability with 11,8 %, with only 4,3% and 1,1% for the categories of moderate and severe disabilities. Domain N° 6 disability categories are distributed in 81,7% no, 15,1% in mild and moderate 3,2%.



Conclusion the study shows that WHODAS -II has good reliability and validity and suggests that it is appropriate for the assessment of disability in patients with schizophrenia.

The level of disability found in the study population globally is 1 : minimal disability ; concerned that there deviation from the norm in one or more of the activities or functions slightly disabled patient some time , which represents a 20 % disability.

**KEYWORDS:** Schizophrenia - Disability - Evaluation - Psychosocial functioning

<b>INDICE</b>		<b>Páginas</b>
<i>Capítulo N° 1: Introducción</i>	-----	10
<i>Capítulo N° 2: Material y método</i>	-----	29
<i>Capítulo N° 3: Resultados</i>	-----	44
<i>Capítulo N° 4: Discusión</i>	-----	62
<i>Capítulo N° 5: Bibliografía</i>	-----	72



**CAPITULO N° 1:**

**INTRODUCCION**



## CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental constituyen un área prioritaria de la salud pública en el mundo. Los estudios epidemiológicos suelen reflejar diferentes tasas de prevalencia de acuerdo a la metodología usada, los tipos de trastornos incluidos en la investigación y el periodo de tiempo tomado como referencia. No obstante, a nivel mundial se calcula que 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida.<sup>1- 2</sup>

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades, cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuro psiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos. En 1990 se calculaba que las afecciones psiquiátrica y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en el 2004 esa carga había ascendido al 22%.<sup>3 -4</sup>

Se calcula que 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales en el mundo.<sup>5</sup>

Dentro de las enfermedades no trasmisible, la esquizofrenia representa uno de los padecimientos con mayor deterioro en la vida de los sujetos. Se conoce que existe variabilidad entre los índices de prevalencia de esquizofrenia publicados, con un rango de prevalencia que oscila entre un 0,3 % a un 17,0, probablemente debido a la utilización de criterios diagnósticos diferentes y a otros problemas metodológicos, sin que se pueda descartar, totalmente, la existencia de disparidades reales según zonas y culturas.<sup>6</sup>

Trabajos recientes apuntan hacia una posible influencia de factores ambientales, lugar y estación de nacimiento, sobre las tasas de esquizofrenia. Así mismo, los factores

prenatales y perinatales de riesgo de esquizofrenia están atrayendo últimamente una considerable atención.<sup>7- 8</sup>

Por otra parte, se conoce ya de antiguo el fenómeno de “recogida” de pacientes con esquizofrenia crónica y/o residual en determinadas “bolsas” sociales, así como el influjo de la consanguinidad en la distribución diferenciada de la enfermedad.<sup>9</sup>

Prevalencia real durante toda la vida, la cifra clásica de que un 1% de la población general desarrollará un cuadro de esquizofrenia a lo largo de su vida se mantiene inamovible, a pesar de las críticas y posibles nuevas evidencias recibidas.<sup>10</sup>

El rango de lo publicado oscila entre el 0,3% y el 3,7%, y nada permite discernir en qué situación esta Argentina, ya que no se cuenta con estadísticas confiables, si se considera a países limítrofes como Chile, esto permite suponer que Argentina se encuentra en niveles similares a los de este país, muy próximos al 1%. Según esto, se puede aventurar que uno de cada cien argentinos sufrirá a lo largo de la vida, cuanto menos, un episodio de esquizofrenia.<sup>11- 12</sup>

Al mirar la prevalencia real puntual, en un estudio realizado en España en los años 1976 y 1978, se detectó una tasa de sujetos afectados por un cuadro esquizofrénico reconocible del 0,52% de la población mayor de 17 años (0,35 % de la población general), con un descubrimiento añadido, la mitad de los mismos nunca habían consultado a un médico por dicho motivo.<sup>13</sup>

Otro estudio realizado en India muestra estos mismos hallazgos, el escaso acceso sanitario en estos trastornos.<sup>14</sup>

La cifra reseñada anteriormente, con relación a la prevalencia, se corresponde con la tasa de esquizofrenia señalada con otros estudios internacionales: entre el 0,5% y el 0,6% de la población adulta.<sup>15</sup>

Con relación a la prevalencia real anual, en la literatura los índices de prevalencia anual de esquizofrenia oscilan entre el 0,6% y el 0,9% de la población adulta (mayor de 17 años). Sin embargo, la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen

globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes. El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo, aunque se pueden observar también algunas bolsas de prevalencia más elevada o más baja.<sup>16-17\_18\_19</sup>

Otra dificultad que se presenta en los estudios de la estimación de prevalencia o incidencia de los trastornos mentales graves están relacionados a la polisemia de este término y por tanto a la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño. En diferentes estudios ya mencionados anteriormente, se daba cuenta de la escasa consistencia en la definición del trastorno mental grave en términos prácticos.<sup>20 - 21</sup>

Otro aspecto a considerar a la hora de obtener una estimación cuantitativa de esta población, como se advierte anteriormente, es la metodología utilizada para su identificación. Los estudios que actualmente pueden considerarse más significativos al respecto, fueron los realizados en Londres y Verona, ya que los mismos fueron llevados a cabo con criterios diferentes. En el primero se llevo a cabo en la población general (estudio PRISM) y en el segundo solo en población atendida, es decir, en aquellos sujetos que tuvieron un contacto con los servicios de salud mental, dando lugar a índices de prevalencia estimada por un lado y por otro, de registrada respectivamente.<sup>22- 23</sup>

En el estudio de Verona se encontró una prevalencia anual de psicosis de 3.41/1000 habitantes, similar a la obtenida en otros estudios realizados previamente en Italia y otros estudios americanos. En la investigación realizada en Londres se encontró una prevalencia anual de psicosis de 7.84/1000 habitantes, similar a otros realizados previamente en ese país, y que también es congruente con otro estudio de morbilidad psiquiátrica realizado en el Reino Unido que obtiene una prevalencia de 2.0 a 9.0/1000 habitantes. En otros hallazgos de autores españoles que utilizaron los mismos criterios, la prevalencia de esquizofrenia y otras psicosis no afectivas está en un rango entre el 0,5 y 1,1/100 habitantes.<sup>24- 25\_26\_27\_28\_29</sup>

Si se aplican los tres criterios de trastorno mental grave: diagnóstico de psicosis funcional, más de dos años de duración del tratamiento y disfunción severa en el funcionamiento social durante el último mes; la prevalencia que se obtiene oscila entre 2.55/1000 habitantes en el estudio de Londres y 1.34/1000 habitantes en el de Verona, diferencia importante si bien hay que tener en cuenta que los resultados del estudio de Londres se refieren a prevalencia estimada mientras que los del estudio de Verona se refieren a prevalencia tratada. El 31 % de los trastornos psicóticos encontrados en el estudio de Londres y el 40 % en el de Verona pueden considerarse trastorno mental grave aplicando tales criterios.

Del total de pacientes atendidos en Verona según se apliquen tres o tan sólo dos de los criterios de trastorno mental grave resulta una prevalencia: - Con dos criterios de trastorno mental grave 2,33/1000 habitantes, - Con tres criterios de trastorno mental grave 1,34/1000 habitantes.

La prevalencia de trastornos mentales, excluyendo psicosis, atendidos en Verona es de 11.42/1000 habitante. Si se aplican dos de los criterios de trastorno mental grave resulta una prevalencia de 0.98/1000 habitante, lo que equivale a decir que el 9% de la población atendida no psicótica cumple al menos dos criterios de trastorno mental graves.

Tomando como referencia los estudios mencionados y los tres criterios de consenso de trastorno mental grave, se podría expresar que el 40% de los trastornos psicóticos cumplen criterios de trastorno mental graves y el 9% de los trastornos no psicóticos atendidos cumple asimismo dichos criterios.

En cuanto a la incidencia, el estudio primeros episodios de esquizofrenia en Cantabria reveló que existía una incidencia de esquizofrenia para la edad de riesgo 15-54 años de 1,9/10.000 habitantes por año, y que no había diferencias estadísticamente significativas entre los sexos. La edad media de la primera aparición de la enfermedad es a los 26 años, y es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres.<sup>30</sup>

Dado que la esquizofrenia suele aparecer en una fase temprana de la vida y, a menudo, es de carácter crónico, los costes que provoca el trastorno son considerables. En EE.UU., según la revisión de estudios llevada a cabo por la American Psychiatric Association (APA), la esquizofrenia fue la causa de un 2,5% del total de gastos directos de asistencia sanitaria; es decir, de unos 16.000-19.000 millones de dólares en 1990. Los costes indirectos motivados por factores como la pérdida de productividad y la carga familiar se estimaron en unos 46.000 millones de dólares. Además, las tasas de desempleo pueden alcanzar un 70-80% en los casos graves y se calcula que los pacientes esquizofrénicos constituyen un 10% de los que están en invalidez permanente.<sup>31</sup>

La Organización Mundial de la Salud estima que el gasto por la atención de los problemas de salud mental en países desarrollados corresponde a 3-4% del PIB. Carecer de salud mental conlleva costos económicos además de los físicos, emocionales y sociales, lo que implica costos directos e indirectos que generalmente se prolongan por largos periodos de tiempo.<sup>32 - 33</sup>

En Estados Unidos, el gasto público es por hospitalización de pacientes con esquizofrenia fue tres veces mayor en pacientes que abandonan el tratamiento respecto de quienes tienen buena adherencia terapéutica, se realizan 87 000 hospitalizaciones anuales de pacientes con esquizofrenia, que representan 93 0000 días hospital con un costo en dólares de 806 billones anuales. Evitar el abandono del tratamiento reduciría 12.3% las agudizaciones, así como las hospitalizaciones en 13.1%, reduciéndose en dólares 106 millones los costos para Medicare.<sup>34 -35</sup>

Según datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), para Alemania el gasto en salud mental representa 10% del gasto en salud, siendo los padecimientos más costosos esquizofrenia, depresión y ansiedad. El mismo órgano señala que los costos no sólo recaen sobre el sector salud, toda vez que la



reducción de la productividad, ausentismo laboral, retiros anticipados y pensiones por invalidez generan altos costos económicos. Tan sólo en la Unión Europea, el 25% de los gastos en discapacidad se destinan a los ocasionados por enfermedad mental. Finlandia duplicó entre 1990 y 2003 los gastos para atender la discapacidad por enfermedad mental. En el caso de la depresión, que afecta a 4.5% de la población en la Unión Europea, destina €118 billones, siendo los costos directos €42 billones y los indirectos €76 billones. El costo anual total de la esquizofrenia para países de latinoamérica y el Caribe es de 1.81, para África 0.47, para Europa 1.32, y para el Sur de Asia 0.52 en millones de dólares por millón de personas.<sup>36- 37</sup>

Una importante proporción de los pacientes con esquizofrenia abandona el tratamiento por los efectos secundarios de los antipsicóticos y la necesidad de tomar medicación adicional, así como los costos del tratamiento. La falta de adherencia al tratamiento antipsicótico aumenta el riesgo de no obtener el control de los síntomas, mayor número de recaídas, suicidio y autolesiones graves, incremento en la demanda de consultas médicas, hospitalización y reingresos, situación que inevitablemente aumenta los costos asociados a esta enfermedad. Entre 20 y 89% de los pacientes presentan abandono terapéutico con promedio de 50%. La tasa de falta de adherencia terapéutica en situaciones controladas se reduce al 11–33% y aumenta hasta 37–57% en situaciones no controladas.<sup>38-39-40</sup>

Otros estudios muestran que 20% de los pacientes con adherencia terapéutica tuvieron recaídas de 20% contra 42% de pacientes con mala adherencia al tratamiento con periodos de hospitalización de cuatro contra 16 días, respectivamente, lo que supone un costo anual medio de gastos hospitalarios de 1,800 dólares en los primeros, en comparación con 3,500 dólares en pacientes con mala adherencia a medicación. El abandono terapéutico implica un incremento promedio de £2,500 (£6,714 frente £4,233) en el costo anual de la esquizofrenia.<sup>41- 42</sup>

La consecuencia más importante de los datos de abandono que presentan estos sujetos con enfermedades mentales graves, es el déficit que conlleva este padecimiento en el funcionamiento social de los mismos. El proyecto Carga Mundial de las Enfermedades reveló que las enfermedades psiquiátricas son cinco de las diez principales causas de años vividos con discapacidad. A pesar de las deficiencias en la adaptación social, ya han sido considerados y evaluados en los estudios de resultados en las enfermedades psicóticas y afectivas en las últimas décadas, los problemas relacionados con la discapacidad social de las personas con trastornos mentales han sido de interés particular durante los últimos años. Más allá de la psicopatología, la mejora del funcionamiento personal y social, son hoy en día considerado como medidas de resultado importantes. Este desarrollo también tiene que ser visto a la luz de la sugerencia de los criterios de remisión y recuperación estandarizados para la esquizofrenia. Estos criterios son diversos, pero generalmente requieren tanto la remisión de los síntomas y el buen funcionamiento social y profesional.<sup>43-44,45-46</sup>

Muchos autores expresan que la enfermedad mental crónica cursa con un deterioro que se evidencia a través de diversas discapacidades, referidas fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales, con la consecuente disminución de la calidad de vida.<sup>47-48</sup>

La OMS ha venido planteando en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades, y Minusvalías (CIDDDM) 1980, y su revisión en el año 2000, las consecuencias de una enfermedad no sólo deben considerarse en función de las deficiencias que producen, sino por las discapacidades y minusvalías que generan.

Para comprender el concepto de discapacidad es necesario diferenciarlo de otros conceptos como patología, déficit o deterioro, y minusvalía. La *patología* es la lesión o anormalidad causada por los agentes o procesos etiológicos de una enfermedad. El *déficit* o *deterioro* es el efecto producido por la patología antes señalada. Se manifiesta en forma de síntomas o de alteraciones de la función psicológica. La *discapacidad* sería

la restricción o falta de habilidad para realizar una actividad como consecuencia del déficit o deterioro. La *minusvalía* sería la desventaja social que encuentra el individuo como consecuencia de sus discapacidades. Las discapacidades estarían definidas como la falta de habilidad o limitación para realizar tareas esperadas de un individuo dentro de un ambiente social. La minusvalía surge cuando la discapacidad coloca al individuo en desventaja en relación con otros, o cuando la sociedad no proporciona ambientes donde las personas puedan encontrar acomodación y compensación para sus deterioros y discapacidades y contrarrestar sus minusvalías. En la revisión de la CIDDM-2, se habla de *deficiencia* (patología y déficit), limitación de la *actividad* (discapacidad) y restricción de la *participación* (minusvalía). El objetivo de la rehabilitación sería disminuir la restricción de su participación y la limitación de su actividad aumentando lo que la persona sería capaz de realizar en un entorno facilitador.<sup>49-50</sup>

Por otra parte, resultados de otro estudio mostraron una asociación directa con algunas de las variables relacionadas con la evolución y el estado clínico (tasa anual de recaídas y puntaje en la PANSS), así como con el número de intervenciones psicosociales para considerar sus posibilidades de disminuir el importante impacto social que genera.<sup>51-52</sup>

El término enfermo mental crónico es utilizado para definir un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental severa de larga duración. Para categorizar a estos pacientes se ha enfatizado algunas veces en el tipo de evolución que presentan, otras la edad o duración del trastorno y otras en el tipo de síntomas con que cursa la enfermedad. Como consecuencia es posible encontrar bajo este mismo epígrafe una gama extensa y heterogénea de pacientes con características y necesidades muy diferentes.<sup>53</sup>

Por otro lado existe un consenso generalizado acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que debido a la gravedad

de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario para administradores y gestores, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo.

La psiquiatría clásica considera la cronicidad como un estado evolutivo ligado a determinadas enfermedades, siendo el mismo diagnóstico inicial el que influye y determina el pronóstico. Éste es el caso de la esquizofrenia. Sin embargo a pesar del curso deteriorante de este trastorno estudios evolutivos posteriores, han puesto de manifiesto que un 25% de aquellos que han presentado un brote esquizofrénico remiten y se recuperan por completo, y que otro 60% tienen un curso episódico y con deterioro variable y que sólo el 15% tienen un deterioro progresivo. Por otra parte estos estudios también han puesto en claro que la evolución a largo plazo tiene diversas dimensiones, no sólo la sintomatológica, y que las características clínicas al inicio de la enfermedad determinan muy poco de lo que va a ser el funcionamiento social a largo plazo; éste está mucho más influido por cómo ha sido su desempeño social antes de comenzar la enfermedad. Otros trastornos también pueden presentar un grado variable de discapacidad y ser susceptibles de rehabilitación. En concreto algunos trastornos afectivos, trastornos de personalidad, trastornos neuróticos graves, y pacientes que además presentan problemas graves en relación con el alcohol y las drogas.<sup>54</sup>

En el ámbito de la salud mental la palabra cronicidad sigue teniendo unas claras connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la que la literatura especializada viene utilizando más recientemente el término trastorno mental grave para referirse a los trastornos mentales de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Hasta el momento, sin embargo, no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el trastorno mental grave y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y su prevalencia y con ellos cuantificar y planificar unos servicios adecuados.

Un ejemplo de estas dificultades, lo expresa la revisión realizada por Schinnar, que encontró hasta 17 definiciones de trastorno mental grave utilizadas en EEUU entre

1972 y 1987, que aplicadas a una misma población de 222 adultos ingresada en Filadelfia, ofrecían una prevalencia de trastorno mental grave que iba del 4% al 88% en función de qué definición se aplicara. Otro amplio estudio realizado en distintas regiones del Reino Unido, también demuestra una baja consistencia a la hora de aplicar en la práctica unos criterios de definición de trastorno mental grave. Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987, y que incluye tres dimensiones: 1. Diagnóstico: incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad, 2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: tiempo superior a los dos años, 3. Presencia de discapacidad: originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el Instituto Nacional de Salud Mental, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Sin embargo, y a pesar de utilizar estos criterios, pueden obtenerse grandes diferencias en función del grado de restricción con que se apliquen o a la metodología utilizada para su identificación.<sup>55\_56\_57</sup>

El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica), que en la clasificación CIE-10 incluye los códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3. Quedarían excluidos los pacientes que presentan psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años por ser susceptibles de recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos a los de Salud Mental.<sup>58</sup>

La inclusión de los trastornos de personalidad en el grupo de trastorno mental grave es objeto de discusión. Por un lado está la dificultad de su diagnóstico, por la baja especificidad y consistencia del mismo para su identificación y por la variabilidad de curso y pronóstico de estos trastornos; pero por otro, sabemos que algunos de estos

trastornos cursan con síntomas psicóticos y graves trastornos de la conducta, que en muchos casos persisten prácticamente toda la vida. Debido a ello, estos pacientes utilizan extensamente los servicios de salud mental, reuniendo condiciones suficientes para ser incluidos dentro del grupo de trastornos mentales graves. La presencia cada vez más frecuente de trastornos por uso de sustancias asociados tanto a psicosis como a trastornos de personalidad, aunque también ha sido objeto de discusión, ha obligado a los servicios orientados a personas con trastornos mentales graves a no excluir a los individuos con estos perfiles de patología dual, haciendo imprescindible su adaptación a estas nuevas necesidades.

El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar difícil de delimitar en el tiempo.

El funcionamiento social ha demostrado ser un potente predictor de la evolución futura. Existe ya evidencia suficiente acumulada a lo largo de la pasada década demostrando que el funcionamiento premórbido y el ajuste social tras los primeros episodios resulta ser uno de los mejores predictores de la evolución a largo plazo, tanto por lo que concierne a las variables clínicas como a las no clínicas.<sup>59</sup>

Como consecuencia, parece necesario utilizar parámetros de valoración del funcionamiento social que aporten información con respecto al grado de autonomía e independencia de la persona y de sus necesidades de supervisión y apoyo. Entre los instrumentos de valoración del Funcionamiento Social se ha propuesto la Escala de Funcionamiento Global (*Global Assessment of Functioning*, APA 1987), utilizando como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos, o el de moderado (inferior a 50) que indica importante

severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social. También se utiliza la escala de Discapacidad de la OMS WHO-DAS, (Disability Assessment Schedule OMS, 1980 ), según la cual se considera que una puntuación superior en la escala supone un grado de discapacidad leve, y por encima moderada.<sup>60</sup>

En general, las personas que sufren esquizofrenia presentan en mayor o medida déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social: - Autocuidados (falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.). •- Autonomía (deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral). •- Autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc). •- Relaciones Interpersonales (falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales) •- Ocio y tiempo libre (aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés). •- Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información).<sup>61</sup>

Estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño normalizado de roles sociales, y en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc. originan un riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social).

Estas aseveraciones teóricas sobre la dificultad psicosocial son apoyadas en un estudio de seguimiento de 15 años realizado en pacientes que sufren enfermedad mental severa, la muestra fue de 177 pacientes, con diagnósticos que pertenecen al espectro de esquizofrenia, esquizoafectivo o afectivo de acuerdo a los criterios ICD-10, evaluados al momento de la hospitalización y durante el seguimiento de 15 años. Se utilizó el sistema de evaluación publicado por la Asociación para la Metodología y la Documentación en

Psiquiatría (sistema AMDP) y la versión modificada y desarrollada de la escala de evaluación de discapacidad de la OMS - Programa de Evaluación de Discapacidad (escala DAS-M). Se consideraron las tasas de prevalencia de discapacidad social y de diferencias en la severidad de la misma entre los diferentes grupos de enfermedades mentales, los resultados expresan que en comparación con los pacientes afectivos y esquizoafectivos, los pacientes con esquizofrenia mostraron niveles significativamente mayores de discapacidad social en casi todos los dominios. Se encontraron niveles de discapacidad severos a muy severos en el 64% de pacientes esquizofrénicos y sólo en el 19% de los pacientes esquizoafectivo y en el 5% de los pacientes afectivos. Sin embargo, a nivel descriptivo los tres grupos de diagnóstico presentaron índices similares de máximos y mínimos en sus perfiles de discapacidad social. Los análisis de regresión múltiple revelaron que el síndrome de apatía tuvo el mayor impacto en la presencia de la discapacidad social severa y el resto de síndromes psicopatológicos, género, edad y diagnóstico no tuvieron ninguna influencia estadísticamente significativa.<sup>62</sup>

Es importante señalar que las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis (trastorno mental grave) presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica sino que afectan asimismo a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad. No debe olvidarse que aunque se compartan problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciben.

El grado de discapacidad y gravedad varía a lo largo de un continuum dentro de este grupo de enfermedades crónicas severas, desde situaciones de completa remisión sintomatológica y un nivel de funcionamiento normal, independiente e integrado socialmente, hasta personas en las que la severidad de su psicopatología y el grado de su



deterioro personal harán necesarios una atención intensa y una supervisión constante, e incluyendo a personas con recaídas periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible. Los elementos comunes que definen a las personas con trastorno mental grave, y especialmente con esquizofrenia pueden resumirse en:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/ o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y marginación.<sup>63</sup>

Las necesidades y problemas de las personas con trastorno mental grave son, por tanto, múltiples y variados. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.) Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de su enfermedad. Se utilizan diversos instrumentos para evaluar dichas necesidades, como el Camberwell Assesment of Needs (CAN), que está validada para población española y que recoge 22 áreas de necesidades cubiertas y no cubiertas (alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información sobre el tratamiento, angustia, seguridad hacia sí mismo, seguridad de los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y ayudas sociales), tanto desde la perspectiva del usuario, como de sus cuidadores o de los profesionales.<sup>64-65</sup>

Entre las necesidades más importantes de las personas con trastorno mental grave se podrían indicar las siguientes: 1. Atención y tratamiento de la salud mental: Los pacientes con trastorno mental grave necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de recaídas y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico. 2. Atención en crisis: Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico experimentan con frecuencia recaídas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, es necesaria para la estabilización psicopatológica y posibilitar la recuperación del nivel de funcionamiento. 3. Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social: A pesar del buen control sintomatológico obtenido en muchos casos con el tratamiento farmacológico y psiquiátrico, muchas de las personas que sufren trastorno mental grave mantienen déficit y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social. Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares. 4. Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo: La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de las personas con trastorno mental grave están desempleadas o excluidas del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Son necesarios programas de rehabilitación laboral dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y el mantenimiento en el mismo, así como programas adaptados de formación ocupacional para la mejora de la cualificación profesional. Son también necesarias, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, acciones y medidas dirigidas a potenciar la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del empleo

protegido, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario (empleo con apoyo) 5. Alojamiento y atención residencial comunitaria: Las dificultades de acceso a alojamiento y de supervisión, especialmente para personas sin cobertura familiar, favorecen situaciones de riesgo y marginación. Es necesario disponer de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo la vida en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Esta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de esta población, y su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras: a. Incremento del fenómeno de la *puerta giratoria*, al aumentar los reingresos hospitalarios b. Uso inadecuado de la atención hospitalaria c. Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados d. Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar e. Sobrecarga de algunas familias, desbordadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo. 6. Apoyo económico: Muchas personas con trastornos mentales graves tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Es necesario garantizar la cobertura de sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Asimismo es necesario disponer para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad. 7. Protección y defensa de sus derechos: Los problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con trastorno mental grave, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un

grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana. 8. Apoyo a las familias: Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con trastorno mental grave. De hecho la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede dar lugar a una importante tensión y sobrecarga para las familias. Es necesario proporcionar a las familias apoyo, información, educación y asesoramiento para dotarse de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación, así como para mejorar la calidad de vida de la propia familia.<sup>66</sup>

Por lo tanto, los tratamientos de la psicosis están destinados centralmente a mejorar el funcionamiento de las personas que padecen este sufrimiento psíquico “en el mundo social”. Así, los sujetos están sometidos a realizar un esfuerzo continuo para gestionar el impacto que la psicosis produce, tanto en su experiencia subjetiva, como en la vida cotidiana de todos los días.<sup>67- 68</sup>

La conceptualización de este esfuerzo se expresa como un proceso activo, continuo y dirigido tanto individualmente como familiarmente. Esta situación es coherente con los resultados de otros estudios realizados en diferentes servicios de salud mental.<sup>69 -70</sup>

Estas afirmaciones con relación al objetivo central del tratamiento están asentadas y orientadas en un enfoque comunitario. Sin embargo, el modelo de atención predominante continua siendo hospitalocéntrico, tanto en la atención a la salud mental en general, como en el de los enfermos mentales graves y crónicos en particular, por lo cual queda mucho camino por recorrer para poder afirmar que se cuenta con un

adecuado sistema de atención comunitaria e integral a las personas con trastorno mental grave que considere un conjunto coordinado, coherente y suficiente de recursos, servicios y programas que cubran las diferentes necesidades y problemas de esta población y sus familias.

A pesar de todos los conocimientos acumulados para este trastorno, hay muchos aspectos intrínsecos que todavía deben ser estudiados, muchos estudios de la OMS, muestran de forma consistentes como el pronóstico y le evolución de la enfermedad a largo plazo es más favorable en países con menos nivel de desarrollo económico, entre los que se encuentra América latina y el Caribe.<sup>71</sup>

También es necesario poder identificar los posibles factores de protección que sirvan de base para programas futuros de atención que mejoren las posibilidades de una vida mejor en estos pacientes.<sup>72</sup>

Muchos estudios al respecto plantean la necesidad de alterar el curso negativo de la enfermedad, disminuir el grado de discapacidad y en consecuencias la pérdida de las funciones psicosociales, que generan grandes costes económicos, a través de intervenciones tempranas en muchos países. De esta manera, el desplazamiento del foco de atención desde las fases estables o residuales de la psicosis hacia los inicios de la misma está suponiendo una serie de innovaciones y avances, tanto en la evaluación y diagnóstico, como en las modalidades terapéuticas y en la consiguiente reordenación de los servicios asistenciales.<sup>73\_74\_75\_76</sup>

El presente trabajo forma parte de un proyecto de evaluación del funcionamiento psicosocial de personas que padecen un trastorno mental grave y que se encuentran incorporados a la comunidad a fin de poder aportar a estas personas cuidados más precisos en busca de obtener mejores resultados en su calidad de vida.<sup>77</sup>

## OBJETIVO

Analizar el funcionamiento psicosocial de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia



## **CAPITULO N° 2:**

# **MATERIAL Y METODO**



## **CAPITULO 2: MATERIAL Y METODO**

El Estudio fue observacional y transversal.

Se consideraron para la muestra un total de 100 usuarios que viven en la comunidad y están en contacto con los servicios de salud mental de Córdoba, Buenos Aires y San Luis.

Los criterios de inclusión fueron:

- Estar diagnosticado de esquizofrenia o trastornos afines (F20 a F29 de la CIE- 10).
- Ser mayor de 18 años.
- Residir en una de las áreas seleccionadas y estar en contacto con los servicios de salud mental durante 2013.

Los criterios de exclusión fueron:

- Estar diagnosticado con otro trastorno que no sea esquizofrenia.
- Ser menor de 18 años
- Residir en hospitales de largo tratamiento.

Las variables socio demográficas que se estudiaron fueron edad, sexo, y lugar de residencia.

La técnica utilizada fue la entrevista.

El Instrumento de recolección de datos: Se utilizó las escalas de evaluación del funcionamiento psicosocial (WHODAS II), elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), este instrumento de medida es conceptualmente compatible con la revisión reciente de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la



Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS en 2001 Se trata de una revisión completa de la WHODAS (publicada por la OMS en 1988) que refleja el pensamiento actual de la OMS sobre el funcionamiento psicosocial de los pacientes y la discapacidad producto de su enfermedad.<sup>78</sup>

Evalúa el funcionamiento diario en seis áreas de actividad desde una doble perspectiva, cuantitativa y de interferencia de vida: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su alrededor/entorno, cuidado personal, capacidad de relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad. Proporciona un perfil objetivo de funcionamiento en las seis áreas y la percepción subjetiva del paciente sobre el impacto que le producen las dificultades en cada una de las áreas. La WHODAS II evalúa discapacidad y déficits específicos y no incorpora síntomas psiquiátricos. El CIE-10 propone la utilización de la escala en su versión abreviada (DAS-S). Está diseñado para registrar la valoración clínica de las discapacidades causadas por trastornos mentales, es una entrevista semiestructurada, donde las puntuaciones deben de estar basadas en el juicio clínico, tras la información obtenida de familias, informantes o documentos clínicos y de la propia observación. La escala de la OMS (WHO DAS-S) se acompaña de una serie de instrucciones para su correcta utilización, incluyendo una breve definición de los contenidos específicos de las áreas de funcionamiento, un listado de aspectos importantes de discapacidades específicas a tener presentes en la evaluación y puntuación y unas preguntas a modo de guía para la exploración de áreas específicas de funcionamiento.<sup>79\_80</sup>

El instrumento posee la validación semántica realizada en Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, previo a la implementación del mismo.

Diferentes estudios han otorgado a este instrumento como válido para relevar en los participantes el funcionamiento psicosocial en situaciones de trastornos mentales.<sup>81</sup>

82

## **WHO DAS II: Versión en Leguaje Español**

### **SECCIÓN 1. Preámbulo**

#### **DIGA AL ENTREVISTADO:**

El resto de la entrevista trata sobre las dificultades que la gente a veces tiene debido a su estado de salud (**ENTREGUE LA TAJETA #1 AL EL ENTREVISTADO**)

Por estado de salud me refiero a una enfermedad u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Le recuerdo que, cuando conteste a las preguntas, piense en todos sus problemas de salud. Cuando le pida que me hable acerca de las dificultades que tiene a la hora de realizar una actividad, por favor, tome en consideración los siguientes aspectos (**SEÑALE TARJETA #1**)

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el modo en que realiza la actividad

(**SEÑALE LA TARJETA #1**). A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Me gustaría que respondiera a estas preguntas pensando en cuánta dificultad tiene usted cuando realiza esta actividad según acostumbra a hacerlo.

(**SEÑALE LA TARJETA #2 AL ENTREVISTADO**). Cuando responda a las preguntas, utilice esta escala (**LEA LA ESCALA EN VOZ ALTA**): Ninguna, leve, Moderada, Severa, Extrema/No puede hacerlo.

**(LAS TARJETAS #1 Y #2 HAN DE PERMANECER A LA VISTA DEL ENTREVISTADO DURANTE TODA LA ENTREVISTA)**

**SECCIÓN 2. Revisión de las Áreas**

**ÁREA 1. Comprensión y comunicación**

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre comprensión y comunicación

**(MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2)**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1)**

**PREGUNTE:**

**(¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?) Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)**

	<b>En los últimos 30 días, ¿cuántas dificultades ha tenido para:</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/No puede hacerlo</b>	<b>Número días</b>
<b>G.1.1</b>	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.2</b>	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.3</b>	Analizar y encontrar soluciones?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.4</b>	Aprender nuevas tareas, como por ejemplo llegar a un lugar en donde nunca ha estado?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.5</b>	Entender en general lo que le dice la gente?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.6</b>	Iniciar o mantener una conversación?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	

**Explore:**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL G.1.1 – G.1.6 SE PUNTUA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:**

<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/No puede hacerlo</b>
----------------	-------------	-----------------	---------------	---------------------------------

<b>G.1.7</b> ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
--	----------	----------	----------	----------	----------

**ÁREA 2. Capacidad para moverse en su alrededor/entorno**

Ahora voy a preguntarle acerca de las dificultades a la hora de moverse en su alrededor/entorno

**MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE: ¿cuántos días ha estado presente esta dificultad? Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)**

	<b>En los últimos 30 días, ¿cuántas dificultades ha tenido para:</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/No puede hacerlo</b>	<b>Número días</b>
<b>G.1.8</b>	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.9</b>	Ponerse de pie cuando estaba sentado (a)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.10</b>	Moverse dentro de su casa?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.11</b>	Salir de su casa?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.12</b>	Caminar largas distancias, como un kilómetro (o equivalente)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	

**Explore:**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL G.1.8 – G.1.12 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:**

	<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/No puede hacerlo</b>
<b>G.1.13</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### ÁREA 3. Cuidado Personal

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en su cuidado personal

**MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE: ¿cuántos días ha estado presente esta dificultad? Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)**

	En los últimos 30 días, ¿cuántas dificultades ha tenido para:	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/No puede hacerlo	Número días
<b>G.1.14</b>	Bañarse (lavarse todo el cuerpo)?	1	2	3	4	5	
<b>G.1.15</b>	Vestirse?	1	2	3	4	5	
<b>G.1.16</b>	Comer?	1	2	3	4	5	
<b>G.1.17</b>	Estar solo (a) durante unos días	1	2	3	4	5	

**Explore:**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL G.1.14 – G.1.17 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:**

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/No puede hacerlo
<b>G.1.18</b>	¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

### ÁREA 4. Relacionarse con otras personas

Ahora voy a preguntarle acerca de las dificultades para relacionarse con otras personas.

Por favor, recuerde que sólo le estoy preguntando acerca de dificultades debidas a problemas de salud, tales como enfermedades o lesiones, problemas mentales o emocionales, o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

**MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE: ¿cuántos días ha estado presente esta dificultad? Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)**

	<b>En los últimos 30 días, ¿cuántas dificultades ha tenido para:</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/No puede hacerlo</b>	<b>Número días</b>
<b>G.1.19</b>	Relacionarse con personas que no conoce?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.20</b>	Mantener una amistad?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.21</b>	Llevarse bien con personas cercanas a usted?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.22</b>	Hacer amigos nuevos?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.23</b>	Tener relaciones sexuales?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	

**Explore:**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL G.1.19 – G.1.23 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:**

		<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/No puede hacerlo</b>
<b>G.1.24</b>	¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### **ÁREA 5. Actividades de la vida diaria**

**[\*Quehaceres de la casa]**

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que implicar el realizar los quehaceres de la casa y cuidar de las personas que conviven con usted o que le son cercanas. Estas actividades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, pagar cuentas, sacar la basura, cortar el césped, así como el cuidado de otras personas y de sus propias pertenencias

**MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE: ¿cuántos días ha estado presente esta dificultad? Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)**

En los últimos 30 días, ¿cuántas dificultades ha tenido para:	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/No puede hacerlo	Número días
<b>G.1.25</b> Generalmente, ¿cuántas horas a la semana dedica a estas actividades?	<b>ANOTE EL NÚMERO DE HORAS</b> _/ _/ _/					
<b>G.1.26</b> Cumplir con sus quehaceres de la casa?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.27</b> Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.28</b> Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.29</b> Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.30</b> ¿En los últimos 30 días, ¿cuántos días dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su “condición de salud”?	<b>ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS</b> _/ _/ _/					

**Explore:**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL G.1.25 – G.1.30 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:**

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/No puede hacerlo
<b>G.1.31</b> ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**SI EL ENTREVISTADO TRABAJA (ASALARIADO, TRABAJO POR SU PROPIA CUENTA, TRABAJO NO REMUNERADO) O ESTUDIA, COMPLETE**



**LOS ÍTEMS G.1.32 – G.1.38, DE LO CONTRARIO VAYA AL ÁREA 6, EN LA SIGUIENTE PÁGINA**

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su trabajo o con sus estudios.

<b>En los últimos 30 días, ¿cuántas dificultades ha tenido para:</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/No puede hacerlo</b>	<b>Número días</b>
<b>G.1.32</b> Generalmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja (incluyendo estudio)?	<b>ANOTE EL NÚMERO DE HORAS</b> __/__/__					
<b>G.1.33</b> Llevar a cabo su trabajo di	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.34</b> Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.35</b> Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.36</b> Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>G.1.37</b> ¿Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su estado de salud?	<b>SI</b>			<b>NO</b>		
<b>G.1.38</b> ¿Ha ganado menos dinero debido a su estado de Salud?	<b>SI</b>			<b>NO</b>		
<b>G.1.39</b> En los últimos 30 días, ¿ha perdido medio día o más de trabajo debido a su estado de salud?	<b>ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS</b> __/__/__					

**Explore:**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL G.1.33 – G.1.36 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:**

<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/No puede hacerlo</b>
----------------	-------------	-----------------	---------------	---------------------------------

<b>G.1.40</b>	¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
---------------	---	----------	----------	----------	----------	----------

### ÁREA 6. Participación en Sociedad

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su participación en la sociedad, y con el impacto que su problema de salud ha tenido sobre usted y su familia. Es posible, que algunas de estas preguntas se refieran a problemas que comenzaron hace más de un mes. Sin embargo, es importante que a la hora de contestarlas se refiera exclusivamente a lo ocurrido durante los últimos 30 días. De nuevo recuerde que al contestar cada una de las preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

***MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2***

<b>TENGA EN CUENTA QUE LAS PREGUNTAS DE ESTA ÁREA NO SE PUDE QUE SE ESPECIFIQUE EL NÚMERO DE DÍAS</b>						
	<b>En los últimos 30 días,</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/No puede hacerlo</b>
<b>G.1.41</b>	¿Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>G.1.42</b>	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>G.1.43</b>	¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>G.1.44</b>	¿Cuánto tiempo ha dedicado a su estado	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	de salud o a las consecuencias del mismo?					
<b>G.1.45</b>	¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su estado de salud?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>G.1.46</b>	¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su estado de salud?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>G.1.47</b>	¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su estado de salud?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>G.1.48</b>	¿Cuánta dificultad ha tenido para realiza por sí mismo (a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**Explore:**

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL G.1.41 – G.1.48 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:**

		<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/No puede hacerlo</b>
<b>G.1.49</b>	¿En qué medida han interferido estos problemas con su vida?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>G.1.50</b>	En total en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días experimentó alguna de estas dificultades que ha comentado a lo largo de la entrevista?	<b>ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS _ _/_</b>				

**CON ESTO CONCLUYE NUESTRA ENTREVISTA, MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

Análisis los de los datos

Tras la implementación de las entrevistas, se elaboró una base de datos utilizando para ello el paquete estadístico InfoStatl. Todos los datos fueron informatizados por los propios investigadores encargados de su recogida y en fechas inmediatas a ella. Se facilitó así la resolución de posibles dudas en la información. Los ficheros fueron depurados y la exactitud de los datos verificada.

Las variables de identificación del entrevistador y del paciente y las variables sociodemográficas que aparecen en las primeras secciones del WHO-DAS II, se recogieron tal y como aparecen en el instrumento. Fueron variables valiosas para organizar la base de datos y facilitaron el analizar las características de la muestra que compongan el estudio.

Los ítems de la Sección 4 que representan el manejo de las variables relativas a la revisión de Áreas, que son las que realmente configuraron las puntuaciones del WHO-DAS II. La misma estuvo compuesta por los ítems de los 6 dominios de exploración que componen el WHODAS II, fueron re codificados y ponderados según el protocolo especial, diseñado y estandarizado por los expertos en el WHO-DAS II de la Organización Mundial de la Salud. (La nomenclatura de los ítems de los 6 dominios, fueron codificados tal y como aparecen en el instrumento D1\_1, D1\_2 etc. sustituyendo el punto por un guión bajo, la reconversión fue a través de los valores recogidos como 1 (ninguna dificultad), son transformados en valor 0, los valores recogidos como 2 (dificultad leve) son transformados en valor 1, los valores recogidos como 3 (dificultad moderada) son transformados en valor 2, los valores recogidos como 4 (dificultad severa) son transformados en valor 3 y finalmente los valores recogidos como 5 (dificultad extrema/no puede hacerlo) son transformados en valor 4.

Una vez realizado el proceso inicial de re codificación y ponderación, se procedió a la siguiente fase que fue dirigida a la obtención de puntuaciones parciales para cada uno de los 123 dominios que componen el WHO-DAS II. (Cada uno de los ítems de cada Dominio, integran un sumatorio que dan como resultado una puntuación para el Dominio 1 (Do1), otra para el Dominio 2 (Do2) y así sucesivamente con el total

de los 6 Dominios, el resultado de este fue sometido a un proceso matemático a través del cual se realiza la reconversión de estas puntuaciones a una escala 0-100. Esta operación consiste en la suma de los ítems de cada dominio, multiplicada por 100 y dividida entre la puntuación máxima posible para el dominio. Mediante la aplicación de esta metodología, obtenemos una puntuación para cada dominio en una nueva escala de 0 a 100.)

Por último se pasó a obtener las puntuaciones globales del WHODAS II.

Es importante mencionar características especiales del Dominio 5, mediante la aplicación del WHO-DAS II, se puede obtener dos Puntuaciones Globales, una para las personas que realizan un trabajo remunerado, en la que se cuenta con la información relativa a 36 ítems y otra para aquellas personas que tan solo realicen actividades domésticas en cuyo caso solo 32 ítems entrarán a formar parte del cómputo total.

#### Consideraciones éticas

Se realizó en todos los participantes la firma de un consentimiento informado que garantizará la confidencialidad del anonimato.

#### **Consentimiento Informado**

YO----- con número de documento de identificación ----- declaro haber recibido la siguiente información: En el Marco de la Maestría en Salud Mental se realiza el proyecto de investigación EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL (OMS. ESTUDIO VALIDACION EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

Con este proyecto se espera demostrar que el WHO\_DAS II tiene fiabilidad, validez y es adecuado para la evaluación de la discapacidad en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y en los cuidadores.

Los investigadores me han garantizado que la información que yo suministre será utilizada exclusivamente para los propósitos de la investigación y que e guardará bajo estricto confidencialidad y anonimato.

Por lo tanto, habiendo recibido y entendido la información anterior, acepto participar como **Informante. Clave** en esta investigación.

Entiendo que soy libre de rehusarme a participar en esta fase de la investigación ahora o abandonarlo en una fecha posterior, en el momento en que lo dese si en el trascurso de la misma lo encuentro conveniente, sin afectar mi buen nombre ni mi honra.

Yo he leído o me han leído la información arriba mencionada y he tenido la oportunidad de que mis preguntas sean contesta a satisfacción.

Se firma a los ----- días del mes de ----- de 2013.

---

---

## **CAPITULO N° 3:**

## **RESULTADOS**

---

---

### **CAPITULO 3: RESULTADOS**

Uno de los recursos más importantes para el trabajo dentro de la salud mental en pacientes con trastornos mentales graves, es la posibilidad de disponer de instrumentos que sean capaces de evaluar la discapacidad basados en la conceptualización y marco teórico que aporta la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la Discapacidad y de la Salud desarrollado por la OMS, que no es otro que el WHO-DAS II motivo de la presente investigación. El eje II de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), es un eje de discapacidad social, permite al clínico valorar la discapacidad en relación a las tareas y funciones que se espera que el individuo realice en su situación sociocultural. Por este motivo es un eje muy sencillo que permite valorar cuatro áreas específicas de funcionamiento social (personal, laboral, familiar, social) y unos grados descriptos de un modo muy general.<sup>83\_84\_85</sup>

Este instrumento fue diseñado en el seno de un estudio multicéntrico de la OMS sobre deficiencias y discapacidades asociadas con trastornos esquizofrénicos, para servir como complemento del Present State Examination (PSE) y permitir un registro detallado del comportamiento presentado por el paciente durante el curso de la entrevista.<sup>86</sup>

Para la presentación de los resultados de la investigación sobre la aplicación del instrumento de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS II), se incorpora en un primer momento la validación realizada al instrumento mediante estrategias metodológicas de tipo cualitativo y cuantitativo. Las estrategias cualitativas utilizadas (Análisis Lingüístico, y adecuación cultural) estuvieron principalmente encaminadas a: *a)* verificar la aplicabilidad transcultural de los conceptos e ítems incorporados en el instrumento; y *b)* llevar a cabo los procesos de traducción necesarios en las distintas fases del desarrollo del instrumento.



Con relación a las estrategias cuantitativas aplicada (Análisis alfa de Cronbach) de que hace referencia a estudio psicométrico del instrumento, se llevó a cabo mediante: a) el análisis de fiabilidad y b) el análisis de la validez.

Por último se presentan los resultados obtenidos en la población objeto de estudio para valorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

En la primera etapa, validación del instrumento con estrategia cualitativa, se desarrollaran reuniones con expertos bajo el diseño de focus group y se probó el instrumentos en un grupo de pacientes hasta que la muestra fue saturada, considerándose esto como una prueba piloto. Estas dos estrategias tuvieron la finalidad de evaluar la aplicabilidad transcultural de los conceptos y la correcta traducción realizada al español, no encontrándose ninguna dificultad idiomática para ser implementado.

Con relación a la segunda etapa del estudio del WHO-DAS-II (36 ítems) que hace referencia a la fiabilidad, es decir, el grado en que un instrumento de medida permite establecer puntuaciones o valoraciones directamente relacionadas con la variabilidad de los sujetos, la estrategia cuantitativa utilizada para medir la consistencia interna de cada grupo fue el Alfa de Cronbach. Para la interpretación de los niveles de Alfa se adoptó el siguiente criterio:

Alfa < .50 insuficiente

Alfa .50 y .70 moderado

Alfa > .70 bueno

Alfa > 80 muy bueno

Los hallazgos devenidos de la aplicación del instrumento arrojaron los siguientes resultados:

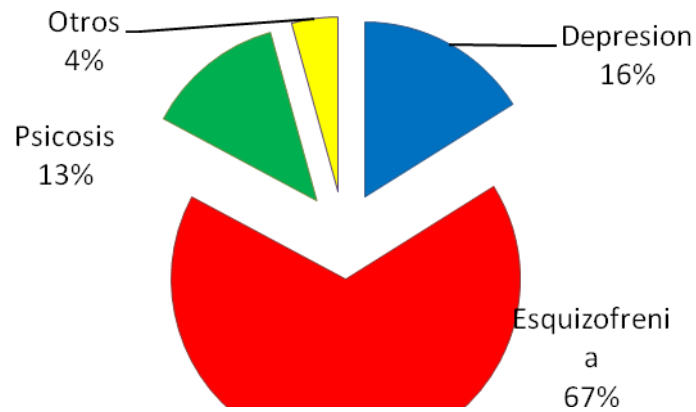
Tabla N° 1: Análisis de fiabilidad por dominio del instrumentos de WHO-DAS-II  
(36 ítems)

Dominios	Alfa de Cronbach
<i>D1 Comprensión y comunicación con el mundo (seis ítems)</i>	0,79
<i>D2 Capacidad para manejarse en el entorno (cinco ítems)</i>	0,83
<i>D3 Cuidado personal (cuatro ítems)</i>	0,70
<i>D4 Relación con otras personas (cinco ítems)</i>	0,80
<i>D5 Actividades de la vida diaria (ocho ítems)</i>	0,74
<i>D6 Participación en la sociedad (ocho ítems)</i>	0,85

Se puede observar que en el Dominio 1, referido a comprensión y comunicación con el mundo, como en el Dominio 3 cuidado personal y el Dominio 5 actividad de la vida diaria, los valores del Alfa de Cronbach, superan el 0.70 por lo cual se puede considerar como “buena” la consistencia interna para cada uno de estos dominios. Al mirar los restantes, Dominio2 capacidad para manejarse en el entorno, Dominio 4 relación con otras personas y Dominio 6 participación en la sociedad, los valores obtenidos son superiores a 0,80, lo cual aumenta la consistencia interna a “muy buena” (Tabla N° 1).

El estudio para la validación del instrumento fue observacional y transversal, los sujetos de la muestra fueron en total de 93 usuarios, que vivían en la comunidad y estaban en contacto con los servicios de salud mental de Córdoba, Buenos Aires y San

Luis, los mismos fueron seleccionados respetando los criterios de inclusión por lo cual todos estuvieron diagnosticados dentro de esquizofrenia o trastornos afines (F20 a F29 de la CIE- 10) y eran mayores de 18 años.



*Figura N°1: Distribución de la población en estudio, según agrupación diagnóstica.*

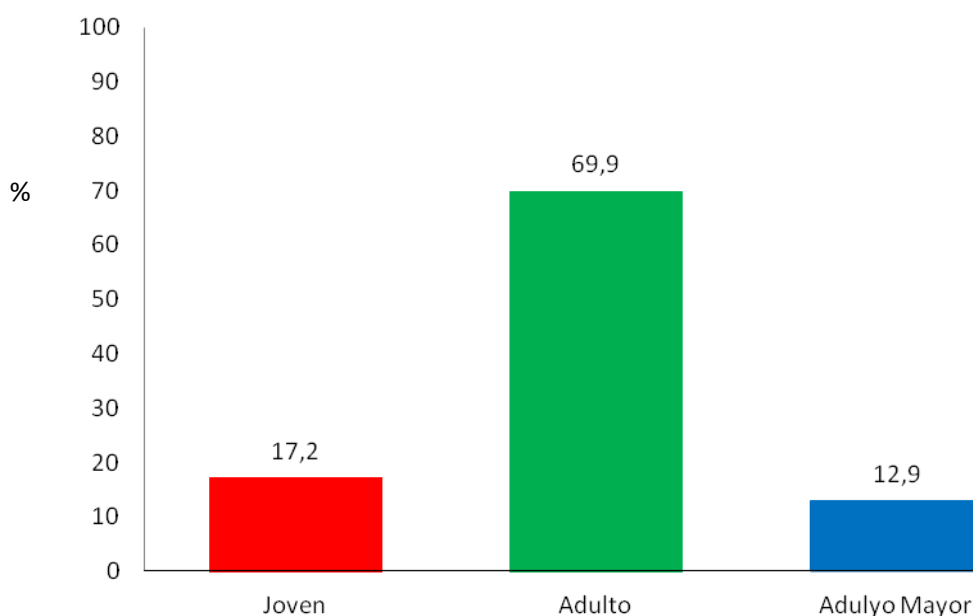
Así la muestra estudiada en relación a los diagnósticos estuvo compuesta por 67% de Esquizofrenia, 16 % de Depresión, 13% de psicosis y un 4% de otros trastornos, respetando de esta manera los criterios seleccionados para este estudio (Figura N° 1).

Con respecto al género el 56% fueron de sexo masculino y el 44% d sexo femenino (Figura N° 2).



*Figura N°2: Distribución de la población en estudio, según sexo.*

Para el análisis de la edad de la muestra fue agrupada en tres categorías, Joven (18 a 21 años), Adulto (22 a 35 años) y Adulto mayor (mayor a 36). Los hallazgos obtenidos expresan que el 69,9% eran adultos, 17,2% jóvenes y el 12,9% adultos mayores. La media de la edad global de los sujetos incluidos en el estudio fue de 38,8 años con una desviación estándar de 14,9 y un rango entre 19 y 68 años (Figura N° 3).



*Figura N°3: Distribución de la población en estudio, según edad.*

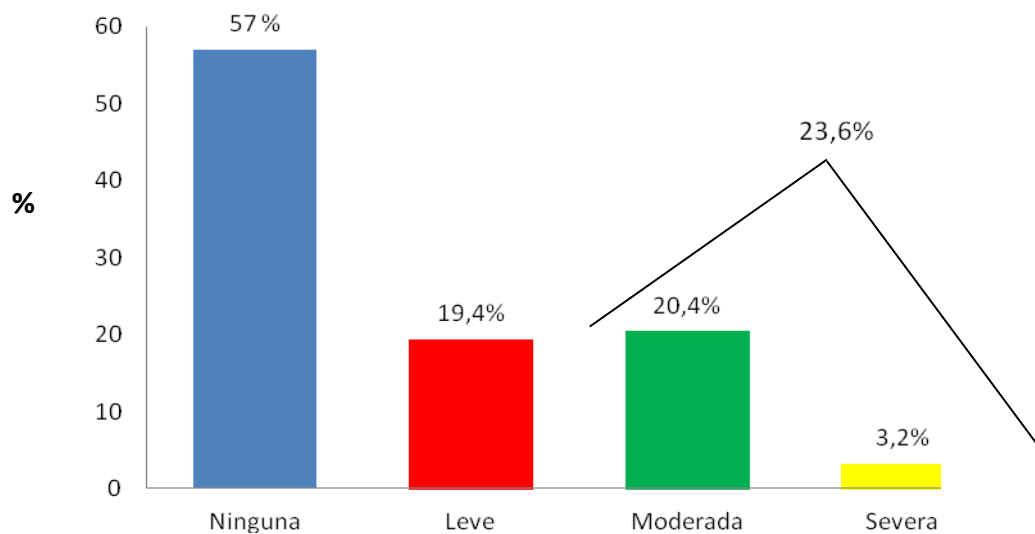
Otra aspecto de las características demográfica de la población en su condición de trabajo, aspecto muy importante en este grupo población debido a la discapacidad que se presenta en los trastornos mentales graves en relación a la posibilidad de una actividad productiva, los resultados de la muestra expresan que el 41% posee trabajo y el 59% no (Figura N° 4).



*Figura N°4: Distribución de la población en estudio, según trabajan o no.*

Con relación a los resultados obtenidos en la población objeto de estudio para valorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, considerándolo según los dominios. En el primero, sobre la *comunicación comprensión y comunicación con el mundo*, los porcentajes de discapacidad se concentran: el 57% en ninguna, el 20,4% en moderada, el 19,4% en leve y solo un 3,2% fue categorizado como severo (Figura N° 5).

Es importante señalar que el 23,6% acumulado está presentando una discapacidad moderada y severa que limita su capacidad de comunicación comprensiva y con el mundo, situación que se presenta con frecuencia en esta patología de trastornos graves de la personalidad, como es la población objeto de estudio de esta investigación.

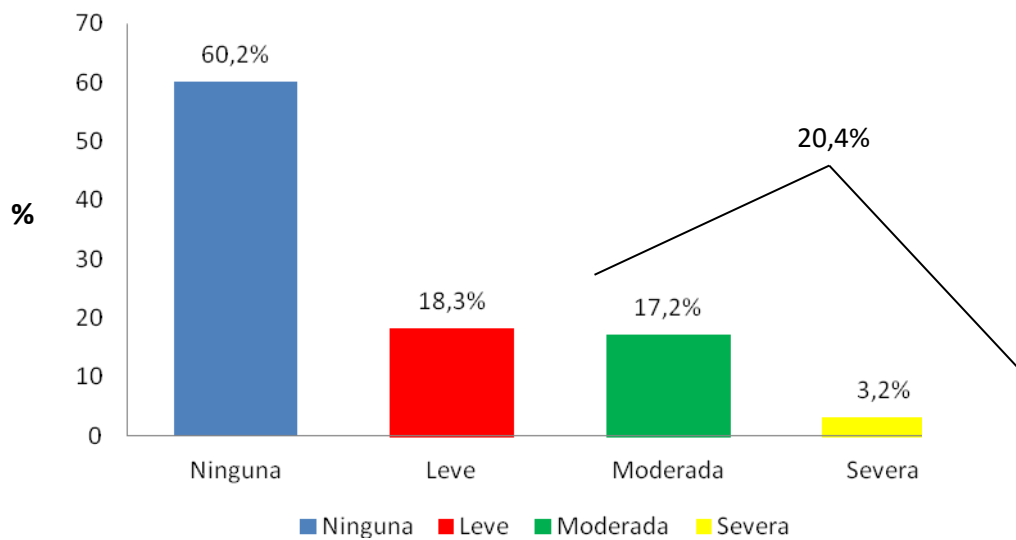


*Figura N°5: Nivel de discapacidad de la población en estudio, en el Dominio N° 1  
Comunicación comprensión y comunicación con el mundo.*

Si comparamos los resultados del Dominio N° 1 con la edad, sexo, diagnóstico y si trabaja o no, se muestran similares, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Al considerar el segundo Dominio, *la capacidad para manejarse en el entorno*, el mayor porcentaje se concentra en ninguna discapacidad (60,2%), en la categoría leve y moderada, 18,3% y 17,2% respectivamente, quedando un 3,2 % para la categoría severa (Figura N° 6).

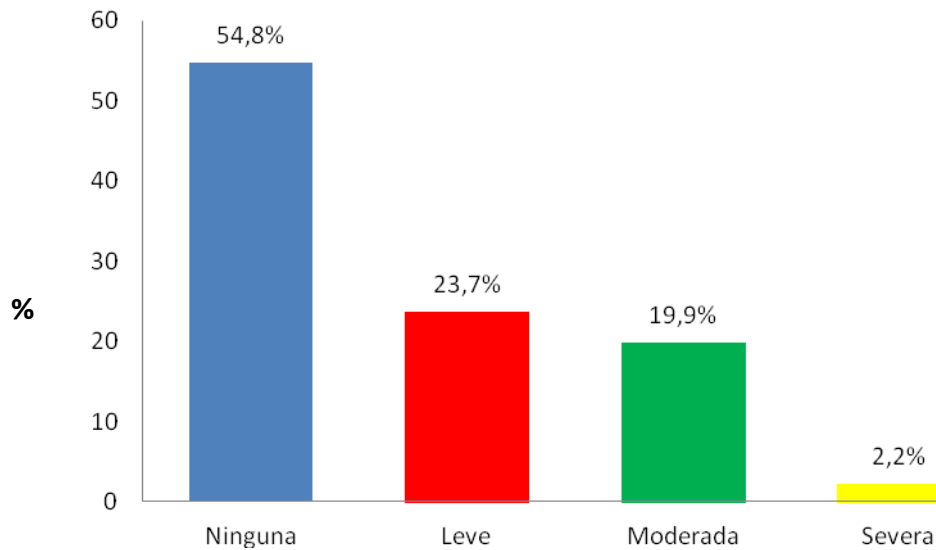
Se puede destacar que en este Dominio nuevamente hay un 20,4% de porcentaje acumulado que expresa una discapacidad moderada y severa en relación al entorno que dificulta su capacidad de lograr su autonomía personal.



*Figura N°6: Nivel de discapacidad de la población en estudio, en el Dominio N° 2  
Capacidad para manejarse en el entorno.*

Si comparamos los resultados del Dominio N° 2 con la edad, sexo, diagnóstico y si trabaja o no, se comportan de manera similar, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

En el tercer Dominio, *cuidado personal*, los porcentajes se comportan diferentes que los Dominios anteriores, disminuyendo en la categoría ninguna (54,9%) y severa (2,2%) y aumentando en la leve (23,7%) y moderada (19,4%). Siendo este aspecto de la condición de los pacientes con trastorno graves un aspecto que requiere estrategias de intervención simples y de fácil modificación. Sin embargo se expresa en esta población como un Dominio con mayor discapacidad que las dos anteriores (Figura N° 7).

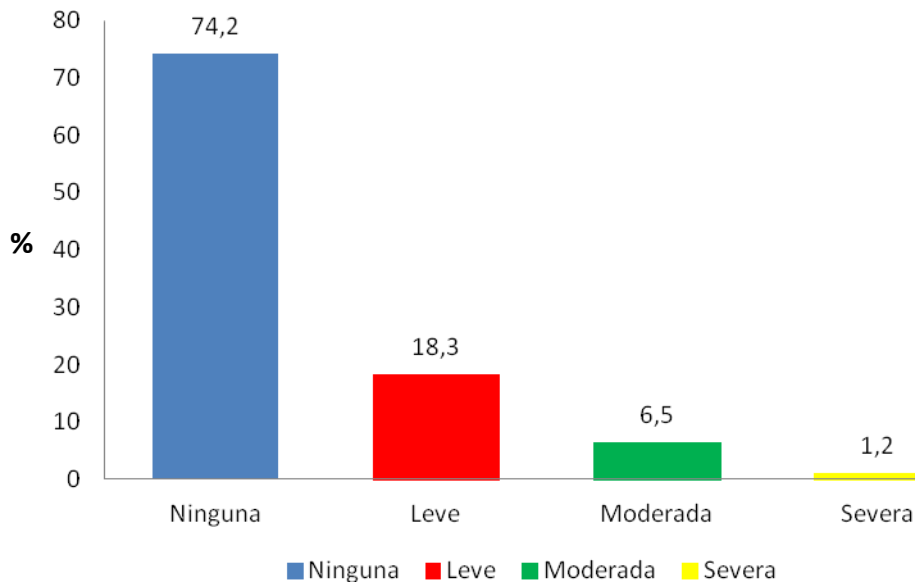


*Figura N°7: Nivel de discapacidad de la población en estudio, en el Dominio N° 3  
Cuidado personal*

No hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del WHO-DAS en el Dominio N° 3 entre el grupo establecido según variables sociodemográficas.

Cuando se valúa en la población la discapacidad en el cuarto Dominio sobre *las relaciones personales* los porcentajes se concentran en ninguna discapacidad en el 74,2%, y en discapacidad leve el 18,3%, quedando solo un 6,5 % y 1,1% para discapacidad moderada y severa respectivamente (Figura N° 8).

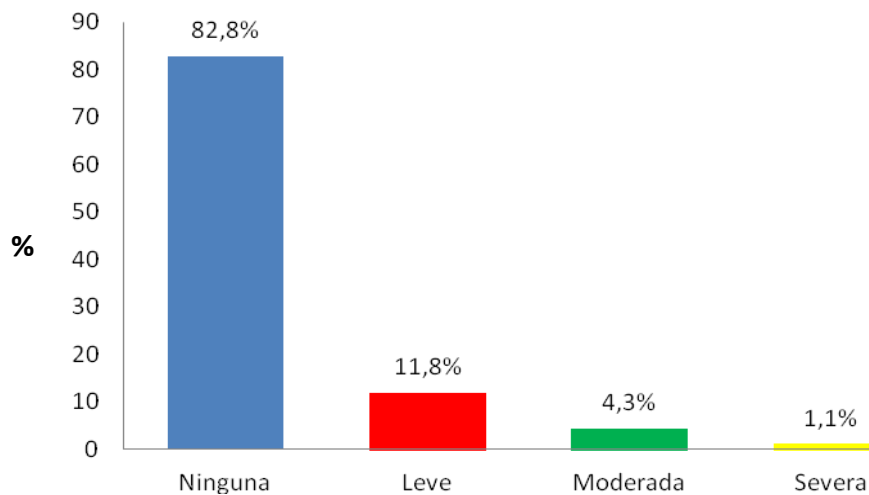




*Figura N°8: Nivel de discapacidad de la población en estudio, en el Dominio N° 4 - relación con otras personas.*

Si tomamos los resultados del Dominio N° 4 y lo relacionamos con la edad, sexo, diagnóstico y si trabajo o no, se comportan de manera similar, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

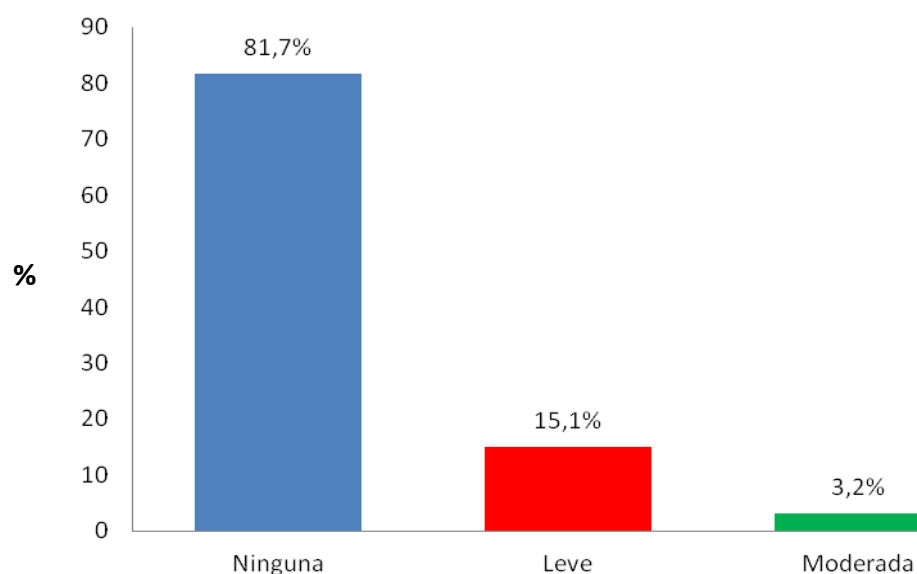
Al mirar el Dominio N° 5 referido a la actividad de la vida diaria el mayor porcentaje se concentra en ninguna discapacidad con un 82,8%, en la discapacidad leve con 11,8 %, quedando solo con un 4,3% y un 1,1 % para las categorías de discapacidad moderada y severa (Figura N° 9).



*Figura N°9: Nivel de discapacidad de la población en estudio, en el Dominio N° 5 - actividad de la vida diaria*

No hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del WHO-DAS en el Dominio N° 5 entre el grupo establecido según variables sociodemográficas.

Al considerar el último Dominio, el N° 6 que se refiere a *la participación en la sociedad*, las categorías de discapacidad se distribuyen en ninguna el 81,7%, en leve un 15,1% y moderada un 3,2% (Figura N° 10).

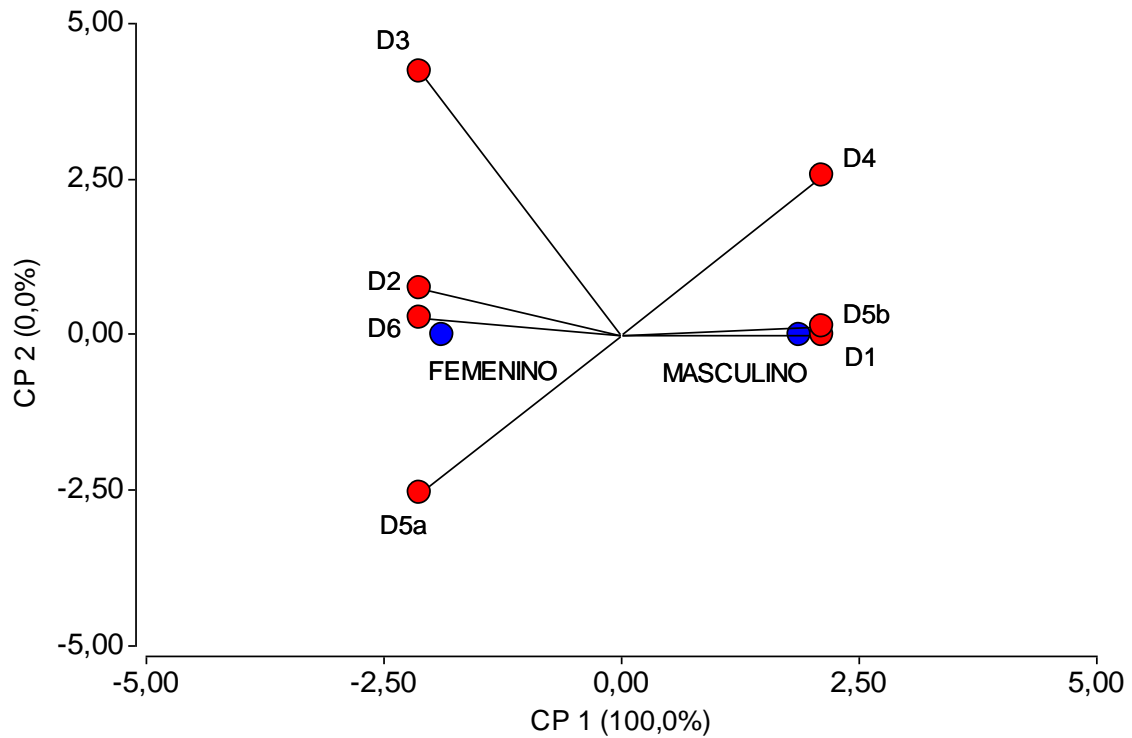


*Figura N°10: Nivel de discapacidad de la población en estudio, en el Dominio N° 6 - participación en la sociedad.*

Se observa que al comparar el nivel discapacidad con relación al grupo de sujetos que trabaja y al grupo de sujetos que no trabaja, la posibilidad de tener mayor nivel de discapacidad en el Dominio N° 6, *en la participación social* del grupo que no trabaja es mayor que el grupo que trabaja (OR: 3,3; IC: 1,56 - 6,97). Esta alternativa que se presenta en este tipo de dominio, implica que como mínimo incrementará la posibilidad de mayor discapacidad en 1,56 veces y como máximo será 6,97 veces la posibilidad de mayor discapacidad en el grupo que no trabaja ( $p < 0,002$ ).

Al realizar un análisis de componentes principales entre os dominios de discapacidad que considera el test WHO\_DAS II y el sexo de los sujetos estudiados (Figura N° 11), se observa diferentes agrupaciones de los dominios de discapacidad según sexo de os sujetos investigados, En el sexo masculino se agrupan los dominios que indican discapacidad (CPI positivas) como D1 (comprensión y comunicación con el mundo), D4 (Relación con otras personas) y D5b (Actividades de la vida diaria con relación al trabajo). Mientras que en el sexo femenino se agrupan los dominios que presentan discapacidad (CPI N negativo) como D2 (Capacidad para manejar en el

entorno), D3 (Cuidado personal), D5a (Actividades de la vida diaria en relación al hogar) y D6 (Participación en la sociedad). Respondiendo de esta manera a los estereotipos sociales que se poseen de las expectativas de género que se esperan para cada grupo.



*Figura N°11: Correspondencia entre los Dominios de WHO\_DAS 2.0 y el sexo de los sujetos estudiados.*

Al realizar un análisis de componentes principales entre los dominios de discapacidad del WHO- DAS 2.0 y la edad de los sujetos estudiados (Figura N°12), se observa que el grupo etario de jóvenes se agrupa con los dominios de discapacidad (CPI positivos) como D1 (Comprensión y comunicación con el mundo) y D5a (Actividad de la vida diaria con relación al hogar). Mientras que el grupo etario de adultos mayores se agrupan con los dominios que presentan discapacidad (CPI negativos) como D4

(Relación con otras personas) y D6 (Participación en la sociedad). En el cero del componente principal 1 se encuentra el grupo etario de adultos, donde se observa que los dominios de discapacidad se agrupan en D2 (Capacidad para manejar en el entorno), D3 (Cuidado personal y D5b (Actividad de la vida diaria con relación al trabajo).

De esta manera los adultos mayores expresan su retirada del campo laboral y mayor aislamiento social, mientras que los jóvenes presentan una mayor dificultad en las responsabilidades de la vida cotidiana la comunicación, estos comportamientos pueden ser asociados con los requerimientos propios de la cada etapas evolutivas de la vida de los sujetos.

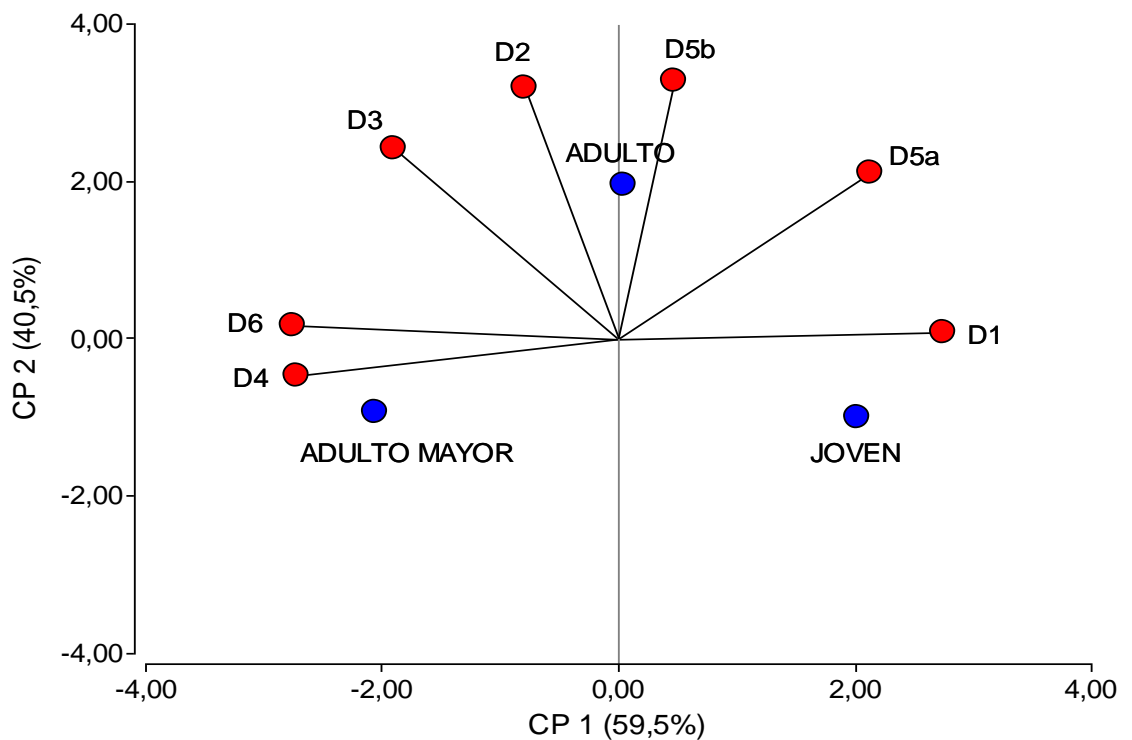
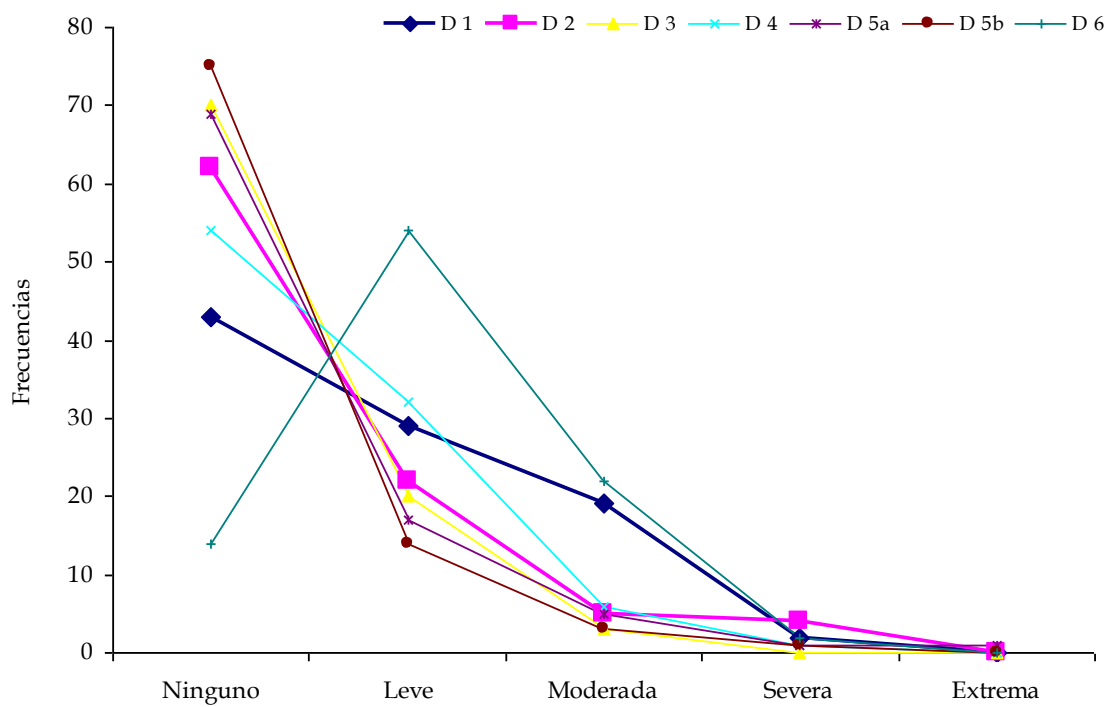


Figura N°12: Correspondencia entre los Dominios de WHO\_DAS 2.0 y las edades de los sujetos estudiados.

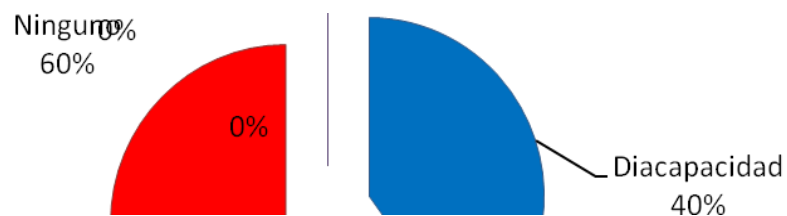
Al considerar los dominios en su conjunto (figura N° 13) se observa un comportamiento descendente desde ninguna discapacidad hacia severa en los dominios D2 (Capacidad para el manejarse en el entorno), D3 (Cuidado personal), D4 (Relación con otras personas), D5a Actividades de la vida diaria con relación al hogar) y D5b (Actividades de la vida diarias con relación al trabajo). Sin embargo, no sucede lo mismo con los dominios de discapacidad D1 (Comprensión y comunicación con el mundo) y D6 (Participación en la sociedad), ambos presentan mayor elevación de discapacidad formando en el D6 un pico en la categoría de Leve. Estos resultados reflejan lo expresado en la literatura sobre los trastornos graves de personalidad donde le mayor deterioro se concentra en el desempeño de la función social de los sujetos.



*Figura N°13: Niveles de discapacidad de los sujetos estudiados, comparación de los diferentes Dominios.*

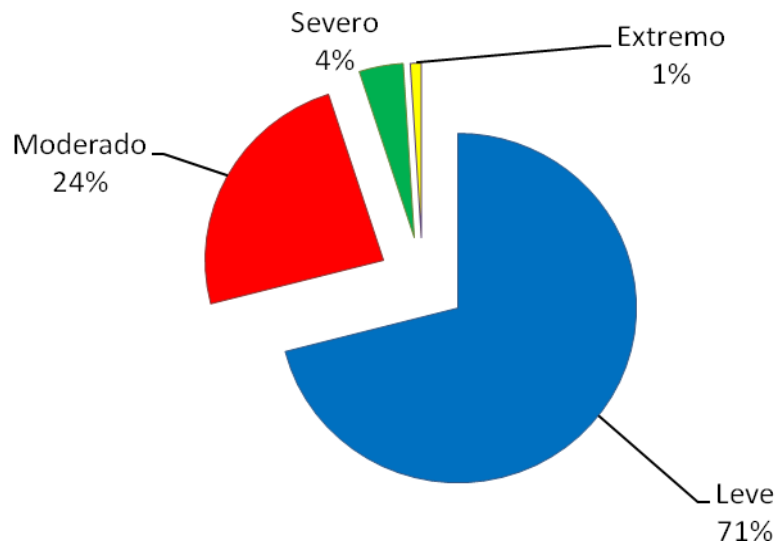
Un aspecto interesante de analizar es que solo el 40% de los sujetos estudios presenta algún nivel de discapacidad y que el 60% restante ninguno. (Figura N° 14). Ya

que en estos problemas de salud mental severos, son pocos los sujetos que la transitan con ninguna discapacidad.



*Figura N°14: Niveles de discapacidad de los sujetos estudiados, según test de WHO-DAS 2.0.*

Si se considera sólo ese 40% de sujetos que presentaron discapacidad de qué manera se distribuyen según las categorías de clasificación del test de WHO-DAS 2.0, muestran que los porcentajes se distribuyen en la categorías Leve en un 71%, en Moderado en el 24%, en Severo un 4% y solo un 1% en la categoría de Extremo.



*Figura N°15: Niveles de discapacidad de los sujetos estudiados, según categorías del test de WHO-DAS 2.0.*

Estos hallazgos expresan la necesidad de considerar a la hora de una política pública los recursos necesarios a fin de poder permitir la adecuada atención a estos sujetos con sufrimiento mental crónico, centrando sus estrategias principales en el apoyo psicosocial de estas poblaciones.



---

---

## **CAPITULO N° 4:**

### **DISCUSIÓN**

---

---

## CAPITULO 5: DISCUSION

Una de las preocupaciones más importantes en los sujetos que padecen trastornos mentales severos y crónicos, es el deterioro de sus funciones psicosociales, uno de los objetivos de los servicios que los asisten es conseguir el máximo grado de recuperación del individuo. Por lo cual resulta muy importante definir de manera operativa la recuperación de la esquizofrenia, entendida como: remisión sintomática, participación plena o parcial en una tarea ocupacional o en un empleo o actividad formativa, una vida independiente sin la supervisión de familiares o cuidadores sustitutos, no depender totalmente de ayudas económicas por discapacidad y tener amigos con los que realizar actividades de forma regular. Válida tanto para los trastornos severos, como para los crónicos.<sup>87</sup>

Con este objetivo se transforma en fundamental la evaluación que se realiza en cada paciente y el grado de recuperación que se consiga en los mismos, el cual depende de la asistencia realizada por los servicios de rehabilitación es mayor o menor medida y de sus propias características y sus contextos de referencia.

Actualmente existen un gran número de pacientes cuya atención en los servicios de rehabilitación comunitaria es posiblemente mayor de la que se podría esperar si se hubiera realizado una atención precoz, rápida, integral y priorizando la recuperación, ante un primer brote o en la fase inicial de la enfermedad. Numerosos estudios están enfatizando la importancia de la detección y atención precoz. Asimismo, la evaluación funcional del paciente es un área que debe potenciarse a fin de poder obtener mayor información sobre las dimensiones a intervenir y sobre la efectividad de las intervenciones en el área de la rehabilitación.<sup>88 - 89</sup>

Es por ello que, la utilización de escalas, cuestionarios y test que permitan obtener una información fiable, estandarizada y comparable con otras personas que

presentan el mismo cuadro, y en algunos casos otros trastornos mentales, se hace imprescindible en el área de la rehabilitación psicosocial. La evaluación inicial de la persona que entra en un Programa Individual de Rehabilitación y Reinserción y el seguimiento de su evolución, es uno de los estándares que deben plantearse los servicios ya que, nos permite evaluar el estado de cada una de las áreas susceptibles de ser intervenidas. Así también, permitirá evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas.

90-91

La investigación se centró de manera específica en las escalas de evaluación de la discapacidad, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el WHODAS II, la cual es un instrumento de medida del funcionamiento y la discapacidad conceptualmente compatible con la revisión reciente de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS en 2001.<sup>92</sup>

En cuanto a la validación del instrumento, con relación a la estrategia cualitativa utilizada, los hallazgos comparten con otros estudios en relación a la aplicabilidad del mismo en diferentes culturas, sin presentar dificultad. Un estudio que se llevó a cabo a nivel mundial con una muestra de 65 000 encuestados tomando en la población general y en poblaciones específica de pacientes fueron entrevistados por entrevistadores entrenados que aplicaron el WHODAS 2, arribó a los mismos resultados expresando que es una métrica estándar para garantizar la comparabilidad científica a través de las diferentes poblaciones. Se puede utilizar en todas las culturas, sexos y grupos de edad, así como para los diferentes tipos de enfermedades y condiciones de salud.<sup>93</sup>

Es importante incorporar en la discusión de la validación del instrumento el estudio realizado por la OMS para adecuar la versión al español de WHO- DAS II. En el mismo, se enviaron los formularios a 175 expertos de todo el mundo que se desempeñaban en el campo de la discapacidad, quienes expresaron que la versión de 32 ítems del instrumento es capaz de ser aplicado transculturalmente y que en su propia opinión, permite explorar las discapacidades inherentes tanto a las enfermedades físicas como psíquicas, siendo también válida para los problemas derivados del abuso de

alcohol o drogas. Sin embargo, señalan sobre el instrumento una dificultad para ser evaluado en patología de sufrimiento físico.<sup>94</sup>

Con relación a las estrategias cuantitativas aplicada (Análisis alfa de Cronbach) que hace referencia al estudio psicométrico del instrumento, los hallazgos de la investigación se aproximan a los resultados de otros, en los cual, al aplicar el instrumento (WHODAS II) se encontró que tienen una alta consistencia interna (alfa de Cronbach,  $\alpha$ : 0,86), una estructura factorial estable, alta fiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclase: 0,98); buena validez concurrente en la clasificación de los pacientes en comparación con otra discapacidad reconocida en otros instrumentos de medición.<sup>95</sup>

Otro investigación cuyo objetivo fue determinar la validez de apariencia y concurrencia de un instrumento de evaluación de la discapacidad en personas con lesión medular crónica (sci-das), basado en el core set abreviado de la CIF, donde participaron 100 personas con lesión medular de más de seis meses de evolución de cuatro ciudades colombianas, así como ocho fisioterapeutas con una experiencia profesional promedio de 6,75 años. La validez de apariencia se evaluó a través de un grupo focal y una encuesta a los observadores, se calcularon los coeficientes de variación de los ítems y los índices de pertinencia y adecuación. Se analizó la validez concurrente con la escala de discapacidad WHO-DAS II, los resultados expresan la pertinencia y adecuación global del instrumento que arrojó una media de 4,83/5 y 4,48/5 con un coeficiente de variación de 0,03. El índice de acuerdo entre observadores para las calificaciones de buena y excelente fue de 0,96 para pertinencia y 0,86 para adecuación.<sup>96</sup>

Un estudio realizado en España donde participaron 3.615 pacientes de medicina general para adultos de 17 regiones diferentes, con un episodio de depresión mayor, donde fue administrado el WHO-DAS II por los médicos generales durante la consulta, llevo a considerar al mismo como un instrumento eficaz para evaluar la discapacidad.<sup>97</sup>

Otro trabajo de validación de instrumento para la evaluar el funcionamiento social de los pacientes en terapia rehabilitativa arribó a resultados similares con relación

a la consistencia interna por medio de Cronbach  $\alpha$  y la contribución de los elementos del WHO-DAS II, la consistencia interna se calculó al inicio y en 1 año de seguimiento de los pacientes. Valores de  $\alpha$  de Cronbach fueron considerados de la siguiente manera:  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  adecuada,  $0,80 \leq \alpha < 0,85$  bueno y  $\alpha \geq 0,85$  excelente.<sup>98</sup>

Otro aspecto de reflexión importante de esta investigación es el deterioro que se evidencia a través de diversas discapacidades generadas por las enfermedades mentales crónicas, las mismas se refieren fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales. La discapacidad se define como la inhabilidad o limitación para realizar tareas esperadas de un individuo dentro de un ambiente social.<sup>99</sup> En general, se pueden articular los déficits en las siguientes grandes áreas, que deben ser tenidas en cuenta al valorar la severidad de la pérdida de desempeño social: autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y funcionamiento cognitivo. El concepto de discapacidad y funcionamiento en realidad serían las dos caras de la misma moneda, dependiendo del lado en el que hagamos la evaluación. Sin embargo, cuando nos referimos a las actividades de la vida diaria, se está haciendo referencia a un sub apartado del funcionamiento o de la discapacidad. Las escalas de evaluación, en la mayoría de los casos, no delimitan de forma estricta estos conceptos. Por todo ello, la escala de la OMS (WHO DAS-S) se acompaña de una serie de instrucciones para su correcta utilización, incluyendo una breve definición de los contenidos específicos de las áreas de funcionamiento, un listado de aspectos importantes de discapacidades específicas a tener presentes en la evaluación y puntuación y unas preguntas a modo de guía para la exploración de áreas específicas de funcionamiento.

Así, en la investigación se utiliza una revisión completa de la WHODAS (publicada por la OMS en 1988) que refleja el pensamiento actual de la OMS sobre el funcionamiento y la discapacidad. Evalúa el funcionamiento diario en seis áreas de actividad desde una doble perspectiva, cuantitativa y de interferencia de vida: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su alrededor/entorno, cuidado

personal, capacidad de relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad.

Con relación a los resultados obtenidos en la población objeto de estudio para valorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, considerando los Dominio, en el primero (*comunicación comprensión y comunicación con el mundo*), se puede observar que la mitad de los encuestados no presentaba ninguna discapacidad, sin embargo la otra mitad restante de los porcentajes se concentran en moderado y leve.

Un estudio realizado en España, específicamente en Barcelona sobre pacientes psicóticos en tratamiento rehabilitativo, señala que los trastornos del espectro psicótico presentan un curso crónico y episódico, que provoca alteraciones en todas las áreas de la vida, generando importantes grados de discapacidad, pérdida de funciones psicosociales, grandes costes económicos, una comorbilidad considerable y sufrimiento tanto para los pacientes como para sus familias. A pesar de que el tratamiento farmacológico y psicosocial ha ayudado a aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida, en muy pocas ocasiones se logra una recuperación satisfactoria en los niveles psicológico y funcional. Resalta que la prevención e intervención temprana es crucial, principalmente en el trabajo familiar para la recuperación del paciente. La mayoría de las intervenciones familiares ofrecen psicoeducación y/o terapia familiar que ayudan a desarrollar estrategias de adaptación y afrontamiento, disminuyen el estrés y la carga a largo plazo. Pero fundamentalmente resaltan la necesidad de apoyar y desarrollar la comunicación en estos pacientes, este aspecto es coincidente con los datos de la investigación en relación a que el nivel comunicacional es una dimensión discapacitante importante en estas patologías.<sup>100</sup>

Otros estudios aportan hallazgos similares pero, en una población diferente (lesiones medulares), donde al aplicar el instrumento, el nivel de discapacidad encontró mayor prevalencia en los grados leve y moderado.<sup>101</sup>

Una investigación sobre la experiencia de trabajo en redes sociales con por personas con discapacidad mental, tratada en corto plazo en uno de hospitalización psiquiátrica Filadelfia, resalto en sus resultados que realizar visitas a domicilio con un profesional que trabaje sobre la comunicación asertiva en los pacientes, logra una mejor vinculación con los servicios de salud mental. Es necesario señalar como importante en esta dimensión, que en la investigación los datos se concentran en la discapacidad moderada y severa, estos valores indican una limitación en su capacidad de comunicación y comprensión del mundo, situación que se presenta con frecuencia en esta patología de trastornos graves de la personalidad. Varias investigaciones expresan la necesidad de considerar este aspecto para la posibilidad de una mejor recuperación.

102\_103\_104\_105\_106

Al referirnos al segundo Dominio, (*capacidad para manejarse en el entorno*), nuevamente el mayor porcentaje se concentra más de la mitad de la población, en ninguna discapacidad, el resto lo hace en la categoría leve y moderada. Se puede destacar que en este dominio nuevamente hay un porcentaje acumulado que expresa una discapacidad moderada y severa en relación al entorno que dificulta su capacidad de lograr su adaptación al medio.

Un estudio longitudinal en 156 personas con esquizofrenia realizados en Brisbane, Australia, intento estudiar desde un modelo de abordaje comunitario el nivel de adaptación de los pacientes a su comunidades, encontraron que los que poseían mayor apoyo social, lograban mejor adaptación al medio. Estos resultados pueden explicar por qué que muestran coeficientes de correlación con discapacidad, es decir que el presente estudio encuentra una entre relación el apoyo social percibido con la comunidad, la adaptación en el sentido de que cuanto mayor sea el apoyo social percibido, mejor será la adaptación de la comunidad <sup>107</sup>

Otro estudio realizado en Holanda en paciente con esquizofrenia, mostro la necesidad que estos sujetos requieren en el acompañamiento para su tratamiento ambulatorio y reuniones de salud de otra persona para realizarlo, lo cual expresa la

discapacidad para manejar el entorno de estos pacientes, apoyando los resultados encontrados en la investigación.<sup>108</sup>

En otro estudio, realizado en Estados Unidos, evaluó en 22 individuos cuales eran los predictores que indicaban " un riesgo" de psicosis, los resultados encontrados expresan que a mayor déficit de funcionamiento en el mundo social, mayor posibilidades de padecer la enfermedad, por lo cual el desarrollo de habilidades sociales y cognitivas están indicadas en poblaciones vulnerables como un factor protector, estos hallazgos confirman la importancia del manejo del entorno para las personas con padecimiento mental.<sup>109</sup>

En el tercer Dominio, (*cuidado personal*) presenta modificación con respecto a los anteriores, disminuyendo en la categoría ninguna y severa, aumentando en la leve y moderada. Siendo este aspecto una condición de los pacientes con trastorno graves que requiere estrategias de intervención simples y de fácil modificación, sin embargo, se expresa en esta población como un dominio con mayor discapacidad que las dos anteriores.

Un estudio realizado en doscientos cuarenta y un pacientes adultos de diez centros de atención de salud mental en España, donde se aplicó para evaluar el funcionalmente global de los pacientes, los datos resultantes confirman los hallazgos de esta investigación, donde el cuidado personal presenta valores similares de discapacidad leves y moderados.<sup>110</sup>

Cuando se valúa en la población la discapacidad en el cuarto Dominio (*relaciones personales*) los mayores porcentajes se concentran en ninguna discapacidad, y en leve, siendo este dominio uno de los de menor discapacidad presentado en la población estudiada.

Un estudio de seguimiento de cinco años en Ámsterdam, Holanda de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, señalaron los beneficios que representa esta dimensión del apoyo del entorno, tanto familiar como de redes sociales. Esto se reflejó



en la necesidad de internación psiquiátrica, que fue diez veces menor en aquellos que poseían ese apoyo.<sup>111</sup>

Al mirar el Dominio N° 5 (*actividad de la vida diaria*) el mayor porcentaje se encuentra en ninguna discapacidad, quedando el resto en la categoría leve.

La investigación realizada en Holanda, a la que ya se hizo referencia, muestra en este dominio acordar con los datos, ya que arriba a la conclusión de que la mitad de los pacientes estudiados solo necesita ayuda en una parte de su proceso de enfermedad para la vida cotidiana y la otra mitad requiero ayuda siempre.<sup>112</sup>

El último Dominio N° 6 (participación en la sociedad), las categorías de discapacidad se distribuyen mayoritariamente en ninguna, quedando el resto en leve y moderada.

Es importante observar en la presente discusión los datos que se encontraron al comparar el nivel de discapacidad con relación al grupo de sujetos que trabaja y al grupo de sujetos que no trabaja, la posibilidad de tener mayor nivel de discapacidad en el Dominio 6 en la participación social del grupo que no trabaja es mayor que el grupo que trabaja.

En un estudio de doscientos sesenta pacientes, donde el objetivo fue comparar los sujetos activos y no activos (trabaja o no), los puntajes con relación a este dominio acuerdan con los datos de esta investigación, ya que en los no activos, los puntajes son superiores en discapacidad y se asemejan cuando se refieren a los activos. Esto expresa un mayor deterioro entre los grupos de pacientes con esquizofrenia sin actividad en el funcionamiento social y todas las puntuaciones del WHODAS-II fueron significativamente más bajas.<sup>113</sup>

La investigación de Ámsterdam antes citada, acuerda con este hallazgo, los que no poseen trabajo, presentaron mayor duración de los síntomas psicóticos y pasaban más tiempo en instituciones siquiátricas. También señala, que el trabajo no remunerado también es útil, ya que, permite desarrollar sentimientos de permanencia, apego y mayor responsabilidad sin presión, esto facilita para la organizar sus vidas.<sup>114</sup>

Si se considera el nivel de discapacidad es estos sujetos y los comparamos con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) 2000, podríamos expresar que el nivel de discapacidad encontrada en los sujetos estudiados de manera global es de 1: discapacidad mínima, lo que refiere a la existencia de una desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: pacientes ligeramente discapacitado algún tiempo, lo cual representa un 20% de discapacidad, estos datos no acuerdan con otros estudios ya que los niveles de discapacidad en estos son mayores al 20%, situación esperable dentro de este grupo de sujetos que parecen trastornos mentales severos. <sup>115\_116</sup>

### **Conclusión:**

Este estudio muestra que el WHODAS-II tiene buena fiabilidad y validez y sugiere que es adecuado para la evaluación de la discapacidad en los pacientes con esquizofrenia.

Los resultados del nivel de discapacidad por dominio según el test aplicado en los sujetos estudiados mostraron un compartimiento ascendente desde ninguna discapacidad hacia la severa en los dominios D2 (Capacidad para manejarse en el entorno), D3 (Cuidado personal), D4 (Relación con otras personas), D5a (Actividades de la vida diaria con relación al hogar) y D5b (Actividades de la vida diaria con relación al trabajo) y presentó mayor elevación de discapacidad formando un pico en la categoría de Leve, en los dominios de discapacidad D1 (Compresión y comunicación con el mundo) y D6 (Participación en la sociedad).

El nivel de discapacidad encontrado en la población estudiada de manera global es de 1: discapacidad mínima; refiere que existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo, lo cual representa un 20 % de discapacidad.

---

---

**CAPITULO N° 5:**

**BIBLIOGRAFÍA**

---

---

## CAPITULO 6: BIBLIOGRAFIA

---

- <sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. OMS. Ginebra, 2008. [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=326&Itemid=259](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=326&Itemid=259).
- <sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. OMS, 2001. [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf).
- <sup>3</sup> Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida J.M., Vicente B., Andrade L., Caraveo-Anduaga J.J., Saxena S., Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública. 2005; 18 (4/5): 229-40. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>.
- <sup>4</sup> OPS/OMS. Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No. 622. OPS/OMS, Washington, D.C., 2007.
- <sup>5</sup> OPS. Salud Mental. 43a Reunión del Consejo Directivo. Washington, DC: OPS, 2001.
- <sup>6</sup> Ballesteros J, Gutiérrez M. Epidemiología de la esquizofrenia: problemas metodológicos. En: Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P. Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico. Ed. En neurociencias 1995: 13-29.
- <sup>7</sup> Mortensen Pb, Pedersen Cb, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. N Engl J Med 1999; 340: 603-608.
- <sup>8</sup> Suvisaari J, Hakka J, Tanskanen A, Hovi T, Lönnquist J. Association between prenatal exposure to poliovirus infection and adult schizophrenia. Am J Psychiatry 1999; 156: 1100-1102.

---

<sup>9</sup> Myles-Worsley M, Coon H, Tiobech J, Collier J, Dale P, Wender P et al. Genetic epidemiological study of schizophrenia in Palau, Micronesia: prevalence and familiarity. *Am J Med Genet* 1999; 88: 4-10.

<sup>10</sup> Rice Dp. The economic impact of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 1: 4-6.

<sup>11</sup> Leal C. Aspectos Epidemiológicos de la Esquizofrenia. En: Gutierrez M, Ezcurra, J, Pichot P: *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico.*(II) Ed. En *Neurociencias* 1995: 287-299.

<sup>12</sup> Lipns Castro, W. *Esquizofrenia.*Chile 2007. [citado en diciembre de 2013]; Disponible en: <http://www.slideshare.net/jotapex/esquizofrenia-presentation-580244>

<sup>13</sup> Fundación Argibide. PASN (Plan Asistencia Sanitaria Navarra). Diputación Foral de Navarra 1977.

<sup>14</sup> Padmavthi R, Rajkumar S, Srinivasan TN. Schizophrenic patients who were never treated, a study in an indian urban community. *Psychol Med* 1998; 28: 1113-1117.

<sup>15</sup> Warner R, Girdano G. *Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems: schizophrenia.* WHO 1995.

<sup>16</sup> Vázquez-Barquero JI, Diez-Manrique Jf, Pena C, Aldama J, Samaniego Rodriguez C, Menéndez Arango J, Mirapeix C. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17: 227-241.

<sup>17</sup> *Screening and treatment of adolescents with schizophrenia.* The Hague (The Netherlands): Health Council of the Netherlands; 1999. Informe Núm. 1999/08E

<sup>18</sup> American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1997;154 (4 Suppl):1-63.

- 
- <sup>19</sup> Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas. OMS. Ginebra, 2001.
- <sup>20</sup> Slade M, Powell R, Strathdee G. (1996) Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 177-184.
- <sup>21</sup> Schinnar A P, Rothbard A B, Kanter R et al (1990) An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1602-1608.
- <sup>22</sup> Thornicroft G y cols. PRISM Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry* 1998, 173: 363-427.
- <sup>23</sup> Tansella M, Amaddeo F, Burti L, et al (1998) Community-based mental health care in Verona, Italy. In Eds: D. Goldberg & G. Thornicroft: *Mental Health in our Future Cities*, pp. 239-262. London: Erlbaum (UK), Taylor & Francis (Psychology Press).
- <sup>24</sup> Balestrieri M, Bellantuono C, Tansella M. (1992). «En epidemiologic approach for the analysis of the demand and supply of psycho-psychiatric care in general medicine and in specialized services» *Minerva Psichiatr* Jul-Sep;33(3):227-37
- <sup>25</sup> Ballestrieri M; Bon MG; Rodriguez-Sacristan, A y Tansella, M (1994). «Pathway to psychiatric care in South-Verona, Italy» *Psychological Medicine* 24, 641-649.
- <sup>26</sup> Robins LN y Regier DA (1991): *Psychiatric Disorders in America*. New York. Free Press.
- <sup>27</sup> Johnson S, Prosser D, Bindman J, Szmukler G. (1997). «Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* Apr;32(3):137-42

---

<sup>28</sup> Meltzer H., Gill B, Pettecrew M., et al (1996) *OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain*. London: HMSO.

<sup>29</sup> Santiago, A; Herrán, A y Vázquez Barquero, JL. (1998). En Vázquez Barquero, JL: *Psiquiatría en Atención Primaria*, Madrid. Grupo Aula Médica: 35-53.

<sup>30</sup> Vázquez-Barquero JL, Cuesta Núñez MJ, de l, V, Herrera CS, Gaite L, Arenal A. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91(3):156-62.

<sup>31</sup> American Psychiatric Association. Practice guideline for... Op. Cit.

<sup>32</sup> Cabello Rangel Héctor, Díaz Castro Lina, Arredondo Armando. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2011 Abr [citado 2014 Feb 03] ; 34(2): 95-102. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000200002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200002&lng=es).

<sup>33</sup> Organización Mundial de la Salud. *Invertir en salud*. Ginebra: 2004. <http://www.who.int/mental.health>. Revisado última vez marzo 2010.

<sup>34</sup> Gilmer TP, Dolder CR. Adherente to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:692–699. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000200002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000200002&script=sci_arttext&tlng=pt)

<sup>35</sup> Marcus SC, Olfson M et al. Outpatient antipsychotic treatment and in-patient cost of schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2008;34(1):173–180. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=3107667&pid=S0185-3325201100020000200003&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3107667&pid=S0185-3325201100020000200003&lng=es)

<sup>36</sup> Organization for Economic Cooperation Development. Policy Brief; 2008 November. Disponible en:

---

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=3107669&pid=S0185-3325201100020000200004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3107669&pid=S0185-3325201100020000200004&lng=es)

<sup>37</sup> World Health Organization. Disease control priorities related to mental, neurological, developmental, and substance abuse disorders. Geneva: 2006.

<sup>38</sup> Tacchi MJ, Scott J. Mejoría de la adherencia terapéutica en esquizofrenia y trastorno bipolar. Madrid: Ed. Wiley; 2007. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58220799002.pdf>

<sup>39</sup> Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG. Prevalence of and risk factors for medication non-adherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63:892–909. Disponible en: [http://journals.lww.com/psychopharmacology/Abstract/2003/08000/Interventions\\_to\\_Improve\\_Antipsychotic\\_Medication.12.aspx](http://journals.lww.com/psychopharmacology/Abstract/2003/08000/Interventions_to_Improve_Antipsychotic_Medication.12.aspx).

<sup>40</sup> Thieda P, Beard S et al. An economic review of compliance with medication therapy in therapy in Treatment of schizophrenia. *Psych Service* 2003;54(4):508–516. Disponible en: <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=180513>.

<sup>41</sup> Svarstad BL, Shireman TI et al. using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and cost. *Psych Service* 2001;52:805–811. Disponible en: <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=86035>

<sup>42</sup> Knapp M, King D et al. Non-adherence to antipsychotic medication regimens: Associations with resources use and costs. *Br J Psych* 2004;184:509–516. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/184/6/509.short>

<sup>43</sup> C.J.L. Murray, A.D. Lopez (Eds.), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Harvard University Press (1996)

<sup>44</sup> H.-J. Möller, R. Bottlender, A. Gross, P. Hoff, J. Wittmann, U. Wegner, A. Strauss. Psychopathological and social outcome in schizophrenia versus affective/schizoaffective



---

psychoses and prediction of poor outcome in schizophrenia. Results from a 5–8 year follow-up. *Acta Psychiatr. Scand.*, 77 (4) (1988), pp. 379–389

<sup>45</sup> Burns and Patrick, 2007. T. Burns, D. Patrick Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies *Acta. Psychiatr. Scand.*, 116 (6) (2007), pp. 403–418

<sup>46</sup> Leucht and Lasser, 2006 S. Leucht, R. Lasser The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 39 (5) (2006), pp. 161–170

<sup>47</sup> Ruggeri M, Nosé M, Bonetto Ch et al. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. *Br J Psychiatry* 2005; 187:121-130.

<sup>48</sup> Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Borra C et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105:283-292.

<sup>49</sup> OMS/OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud. Edición Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios de Salud (INSERSO). Madrid España. 2001. Disponible en: [<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/desarrollohumano/oms-clasificacion-01.pdf>]

<sup>50</sup> Vazquez-Barquero JL, Vazquez Bourgon E, Herrera Castanedo S, Saiz J, Uriarte M, Morales F, Gaite L, Herran A, Ustun TB (2000). Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II): initial phase of development and pilot study. Cantabria disability work group. *Actas Esp Psiquiatr.* Mar-Apr;28(2):77-87

<sup>51</sup> Alvarado R, Torres F, Moreno B, Silva C. Factores asociados a mejores resultados en la calidad de vida de personas con esquizofrenia. *Rev Psiquiatría Uruguay.* 2008;72(2):130 ? 141.

---

<sup>52</sup> Caldas de Almeida, JM y Torres González, F. (Edit): Atención comunitaria a personas

con trastornos psicóticos. OPS. Washington DC, 2005

<sup>53</sup> Rodríguez González, A. Organización de Cuidados Comunitarios El Papel De La Atención Psicosocial Y Social en La Atención Comunitaria a Las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica. Madrid. 2008. Disponible en: <https://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Rodriguez-A.pdf>

<sup>54</sup> McGlashan TH. (1988) «A selective Review of rect North American long-term follow-up studies of schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 14:515-542.

<sup>55</sup> Schinnar A P, Rothbard A B, Kanter R et al (1990) An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1602-1608.

<sup>56</sup> Slade M, Powell R, Strathdee G. (1996) Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 177-184.

<sup>57</sup> El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), 1987. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/about-nimh/index.shtml>

<sup>58</sup> OMS. (1992) Clasificación Internacional de Enfermedades 10 Edición. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditor.

<sup>59</sup> Bravo Ortiz, MF (1992). Factores pronósticos y riesgo de recaída en la evolución de pacientes esquizofrénicos. Tesis Doctoral. Madrid. UAM.

<sup>60</sup> OMS. (1980) Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales 1997

<sup>61</sup> Blanco A y Pastor A (1997): «Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades». En A. Rodríguez (coord.): Rehabilitación

---

Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Piramide. 33-55.

<sup>62</sup> Ronald Bottlender; Anton Straub; Hans-Jürgen Möller Discapacidad social en la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y afectivo, 15 años después de la primera admisión Schizophr Res. 2010 Ene;116(1):9-15. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicosis/esquizofrenia-24/discapacidad-social-en-la-esquizofrenia-trastorno-esquizoafectivo-y-afectivo-15-anos-despues-de-la-primera-admision/>

<sup>63</sup> Gisbert Aguilar C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Asociación Española de Psiquiatría. Estudio 28. Madrid. 2003. Disponible en: [http://www.aen.es/docs/SRPS\\_RPS\\_y%20Tratamiento\\_Integral\\_TMS\\_AEN.pdf](http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf)

<sup>64</sup> Phelan M, Slade M, Thornicroft G, y otros (1995). The Camberwell Assessment of Needs (CAN): The validity, reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. British J Psychiatry, 167, 589-595.

<sup>65</sup> Rosales Varo C, Torres Gonzalez F, Luna Del Castillo J, Jimenez Estevez J, Martinez Montes G. (2002). Reliability of the Spanish version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN). Spanish version of CAN Reliability Study. Actas Esp Psiquiatr, Mar-Apr;30(2):99-104

<sup>66</sup> Gisbert Aguilar C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Asociación Española de Psiquiatría. Estudio 28. Madrid. 2003. Disponible en: [http://www.aen.es/docs/SRPS\\_RPS\\_y%20Tratamiento\\_Integral\\_TMS\\_AEN.pdf](http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf)

<sup>67</sup> Dilks S; Tasker F; Wren B. Gestión del impacto de la psicosis: Una exploración teoría fundamentada de los procesos de recuperación en la psicosis. Managing the impact of psychosis: A grounded theory exploration of recovery processes in psychosis. Revista Br J Clin Psychol; 49(Pt 1): 87-107, 2010 Mar.

---

<sup>68</sup> Thompson KN; McGorry PD; Harrigan SM. Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res*; 62(1-2): 31-6, 2003 Jul 1. [citado en noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765740>

<sup>69</sup> Alvarado R. Elaboración y validación de un instrumento que permita describir y caracterizar las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia. *Rev Chil Salud Pública* [en línea]. 2007 [citado en abril de 2012];11(3):117-126. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2886/2779>

<sup>70</sup> Organización Mundial de la Salud: Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS). OMS. Ginebra, 2005

<sup>71</sup> Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper JE. Schizophrenia: manifestations, incidencia and course in different cultures. A World Health Organizations ten countries study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992;20:1-97.

<sup>72</sup> Martin D. ; Baxter Andreoli S.; Ferreiro Pinto R.M.; Hourneaux de Mendonça Barreira T.M.. Condições de vida de portadores de transtornos psicóticos vivendo em cortiços em Santos, SP. *Rev. Saúde Pública* vol.45 no.4 São Paulo Aug. 2011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000400008>

<sup>73</sup> Domínguez Martínez T., Vainer E., Massanet M.A., Torices I., Jané M., Barrantes-Vidal N. The need-adapted integrated treatment in Sant Pere Claver-Early Psychosis Program (SPC-EPP) in Barcelona, Spain. *Revista Salud Ment* vol.34 no.6 México nov./dic. 2011. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000600006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600006)

<sup>75</sup> Alvarado R, Muñoz K. Estudio psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la Calidad de Vida en personas con Trastornos Mentales Severos, en una muestra chilena. *Rev Chil Neuro Psiquiatr*. 2006;44 (4):249-257.

---

<sup>76</sup> Casas, E.; Escandell, M. J.; Ribas, M. Y Ochoa, S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2010, vol.30, n.1, pp. 25-47. ISSN 0211-5735. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352010000100002>.

<sup>77</sup> Lenior M.E., Dingemans P. M. A. J., Linszen D. H., De Haan L. And Schene A. H. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia : Five-year follow-up of a psychosocial intervention. *BJP* 2001, 179:53-58.

<sup>78</sup> OMS/OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud. Edición Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios de Salud (INSERSO). Madrid España. 2001. Disponible en: [<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/desarrollohumano/oms-clasificacion-01.pdf>]

<sup>79</sup> Organización Mundial de la Salud. WHO-DAS II (<http://www.who.int/icidad/whodas>) 20 de diciembre de 2006

<sup>80</sup> Janca A, et al. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol* 1996; 31: 349-54.

<sup>81</sup> Expósitoa L. M., Amador J. A., Campos J., Gómez-Benitoc L., Lalucat-Joa. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule: a validation study in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* xx (2011) xxx-xxx Disponible en: [www.elsevier.com/locate/comppsy](http://www.elsevier.com/locate/comppsy)

<sup>82</sup> T Bedirhan Üstün, Somnath Chatterji, Nenad Kostanjsek, Jürgen Rehm, Cille Kennedy, Joanne Epping-Jordan, Shekhar Saxena, Michael von Korff & Charles. Project Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 2010;88:815-823

---

<sup>83</sup> OMS-OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). España. 2001. Disponible en: [http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIF\\_OMS\\_abreviada.pdf](http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIF_OMS_abreviada.pdf)

<sup>84</sup> World Health Organization – WHO- Psychiatric Disability Assessment Schedule 2.0 WHODAS 2.0. with a guide to its use. Geneva: World Health Organization, 1988.

<sup>85</sup> OMS. (1992) Clasificación Internacional de Enfermedades 10 Edición. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditor.

<sup>86</sup> Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2000) 250: 274–285. [Acceso Marzo 2014] Disponible en: <http://people.stfx.ca/x2008/x2008nhx/epidemiology%20of%20schiz.pdf>

<sup>87</sup> Liberman RP, Kopelwicz A. Un Enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. Rehabilitación Psicosocial 2004; 1 (1):12-29.

<sup>88</sup> Gumley Aet al. Early intervention for relapse in schizophrenia: Impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. Br J Clin Psychol. 2006 Jun;45(Pt 2):247-60.

<sup>89</sup> Garcia Met al. ¿Está demostrada la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia? Controversias actuales en las diferentes intervenciones y enfoques. Aula Médica Psiquiátrica 2001; 1.

<sup>90</sup> Fernández Ballesteros, R. Introducción a la evaluación psicológica. Madrid: Pirámide, 1999.

---

<sup>91</sup> Casas E., Escandel M. J., Ribas M., Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXX, (Enero-Marzo), n.º 105, 2010, pp. 25-47.

<sup>92</sup>OMS/OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud. Edición Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios de Salud (INSERSO). Madrid España. 2001. Disponible en: [<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/desarrollohumano/oms-clasificacion-01.pdf>]

<sup>93</sup> T Bedirhan Üstün, Somnath Chatterji, Nenad Kostanjsek, Jürgen Rehm, Cille Kennedy, Joanne Epping-Jordan, Shekhar Saxena, Michael von Korff & Charles Pullf in collaboration with WHO/NIH Joint Project Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 2010;88:815–823

<sup>94</sup> Vázquez Barquero, J. L. et al . Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DASII): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Actas Esp. Psiquiatr* 2000, 28(2):77-87

<sup>95</sup> T Bedirhan Üstün, Somnath Chatterji, Nenad Kostanjsek, Jürgen Rehm, Cille Kennedy, Joanne Epping-Jordan, Shekhar Saxena, Michael von Korff & Charles Pullf in collaboration with WHO/NIH Joint Project Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 2010;88:815–823

<sup>96</sup> Hena CP, Pérez JE. Validez de apariencia y concurrente de un instrumento de evaluación de la discapacidad en personas con lesión medular crónica, basado en el *core set* abreviado de la cif. *Rev Cienc Salud* 2013; 11 (3): 247-61

<sup>97</sup> Luciano J, Ayuso JL, Aguado J, Fernandez A, Serrano A, Roca M, et al. The 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II): a nonparametric item response analysis. *Med Res Methodol.* 2010;10:45.

---

<sup>98</sup> Haertel EH. Reliability. In: Brennan RL, editor. Educational Measurement. Wesport (CT): American Council on Education and Praeger Publishers; 2006. p. 65-110.

<sup>99</sup> Frey WD. Functional assesment in the 80s: A conceptual enigma, a technical challenge. En Halpern A, Furher M (eds). Functional Assesment in Rehabilitation. Nueva York: Brooke Publishing 1984.

<sup>100</sup> Domínguez Martínez T., Vainer E., Massanet M.A., Torices I., Jané M., Barrantes–Vidal N. The need–adapted integrated treatment in Sant Pere Claver–Early Psychosis Program (SPC–EPP) in Barcelona, Spain. Revista Salud Ment vol.34 no.6 México nov./dic. 2011. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000600006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600006).

<sup>101</sup> Henao CP, Pérez JE. Validez de apariencia y concurrente de un instrumento de evaluación de la discapacidad en personas con lesión medular crónica, basado en el *core set* abreviado de la cif. Rev Cienc Salud 2013; 11 (3): 247-61

<sup>102</sup> Rökköläinen V, Lehtinen K, Alanen YO. Need–adapted treatment of schizophrenic processes: the essential role of family–centered therapy meetings. Contemp Fam Treat 1991;13:573–582.

<sup>103</sup> Nivoloni, J.M. El Acompañamiento Terapéutico y la Psicosis Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental Vol. 1 n° 5, 2008.

<sup>104</sup> Rökköläinen V, Lehtinen K, Alanen YO. Need–adapted treatment of schizophrenic processes: the essential role of family–centered therapy meetings. Contemp Fam Treat 1991;13:573–582.

<sup>105</sup> Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K, Aaltonen J et al. El modelo finlandés integrado para el tratamiento precoz de la esquizofrenia y psicosis afines. En: Martindale BV,



---

Bateman A, Crowe M, Margison F (eds). Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia. Barcelona: Editorial Herder; 2009.

<sup>106</sup> Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. Schizophrenia proneness instrument. Adult Version (SPI-A) Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2007.

<sup>107</sup> Clinton M, Lunney P, Edwards H, Weir D, Barr J. Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *J Adv Nurs* 1998;27(5):955-65.

<sup>108</sup> Lenior, M.E., Digemans, P., Linszen D., De Haan L, y Schene A.H. Social functioning and the course of early ‘ onset schizophrenia: Five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Rev. The British Journal of Psychiatry.*(2001) 179, 53-58.

<sup>109</sup> Eslami A; Jahshan C; Cadenhead KS. Disorganized symptoms and executive functioning predict impaired social functioning in subjects at risk for psychosis. *Fonte: J Neuropsychiatry Clin Neurosci*; 23(4): 457-60, 2011.

<sup>110</sup> Janca A, Kastrup M, Katschnig H, López-Ibor JJ, Mezzich JE, Sartorius N. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31(6):349-54.

<sup>111</sup> Lenior, M.E., Digemans, P., Linszen D., De Haan L, y Schene A.H. Social functioning and the course of early ‘ onset schizophrenia: Five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Rev. The British Journal of Psychiatry.* (2001) 179, 53-58.

<sup>112</sup> Idem 111.

<sup>113</sup> Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J., Lalucat-Jo L. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule: a validation study in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* xx (2011) xxx–xxx

---

<sup>114</sup> Lenior, M.E., Digemans, P., Linszen D., De Haan L, y Schene A.H. Social functioning and the course of early ‘ onset schizophrenia: Five-year follow-up of a psychosocial intervention. Rev. The British Journal of Psychiatry.(2001) 179, 53-58.

<sup>115</sup> OMS/OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud. Edición Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios de Salud (INSERSO). Madrid España. 2001. Disponible en: [<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/desarrollohumano/oms-clasificacion-01.pdf>]

<sup>116</sup> Gómez-Jarabo, G. Valoración para la esquizofrenia y los trastornos paranoides. [Acceso marzo 2014] [Disponible en: [http://www.biopsicología.net/Nivel5\\_Disapacidad/esquizofrenia\\_y\\_otros\\_trastornos\\_psicos](http://www.biopsicología.net/Nivel5_Disapacidad/esquizofrenia_y_otros_trastornos_psicos)].