



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

**Participación en sociedad de personas con Esquizofrenia: un estudio
sobre discapacidad y autopercepción.**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Pre-proyecto de investigación

Estudiante: Florencia Inés Dutra Pereira.

C.I.: 4.862.939-9

Docente tutora: Julia Córdoba

Docente revisora: Rossina Machiñena

Montevideo, Uruguay.

Abril 2023.

Resumen:

En el siguiente proyecto se busca describir el perfil de discapacidad en personas con diagnóstico de Esquizofrenia y la autopercepción con respecto a su participación social. Se entiende que las limitantes y restricciones sociales a las que se enfrentan cotidianamente las personas con este diagnóstico, pueden provocar situaciones de exclusión en los procesos de desarrollo personal y participación social de este colectivo. Se propone que estas restricciones, conllevan hacia situaciones de discapacidad, fundamentada desde la perspectiva bio-psico-social planteada por la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (OMS, 2001).

La población objetivo son personas mayores de 18 años, que viven en el departamento de Montevideo, con diagnóstico de esquizofrenia (F20), viviendo en hogares particulares. En el caso de las personas que no puedan responder por sí mismos, se tomará la declaración del cuidador/a más cercano.

Se propone una metodología de estudio mixta descriptiva no experimental, para el relevamiento de datos se utilizará; a) el instrumento WHO DAS 2.0, el cual permite caracterizar un valor global de la discapacidad, y dar cuenta de 6 diferentes dimensiones de afectación en la vida personal y social, b) una entrevista semidirigida para el relevamiento de la autopercepción de la población objetivo, en cuanto a su realidad de participación social.

Palabras clave: Esquizofrenia, discapacidad, autopercepción, participación social.

Fundamentación

La escisión cartesiana mente-cuerpo del siglo XVII, con la que se da inicio al pensamiento positivista, marcó el devenir de todas las disciplinas científicas, entre las que se encuentra la medicina, cuya aporía inicial hasta el día de hoy, subyace la clasificación dualista-cartesiana de la persona (Mainetti, 1970). Este dualismo, ocupó un lugar medular y definitivo en los debates filosóficos del siglo XVII (Monroy, 2006), entendiendo que "... el quiebre epistemológico instituido por Descartes, lleva a dudar de lo entendido como cierto hasta ese minuto. Esto incluye al espíritu mismo y a todo lo que se concibe como parte de la sólida base de las ciencias con pretensiones de verdad" (Arias-Lagos, et al, 2020, pp. 216). Aún hoy persisten en la medicina las secuelas de los debates en cuanto a la separación cartesiana mente-cuerpo, desde esta perspectiva, se considera que este dualismo omnipresente conduce al ejercicio estigmatizante de la Salud Mental (Raese, 2015). Un ejemplo de esto, es la persistente utilización de una clasificación nosológica centrada en el individuo y en la sumatoria de signos y síntomas. Esto se denomina perspectiva médico-hegemónica, cuyo rasgo estructural es el enfoque individualista, donde los procesos de enfermedad quedan depositados únicamente en la persona. De esta perspectiva surge lo que se denomina como Biologicismo, posición teórica que reduce lo sintomatológico a procesos meramente biológicos, "en consecuencia, la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas" (Restrepo y Jaramillo, 2012, pp. 2).

A contraposición, diferenciándose del modelo médico-hegemónico y biologicista, es posible visualizar la existencia de otras formas de pensamiento desde una perspectiva de la complejidad, representando "...una perspectiva epistemológica alternativa y emergente como intento válido de superación del parsimonioso paradigma positivista-cartesiano...nuevos modelos epistemológicos en virtud de los cuales se construyan modelos interpretativos y metodologías más ajustados de la realidad." (Jimenez, 2017, pp.3). Desde esta perspectiva, este autor plantea que la realidad a la que pertenecemos es

una construcción en redes resultante de nuestro diálogo social y modos de ser y accionar en ella. Este movimiento ha habilitado un espacio de contribución de la psicología, aportando nuevas concepciones y técnicas en el proceso de construcción de significados integrados, considerando al sujeto y su intersubjetividad, incorporando a las discusiones nociones tales como la importancia del contexto y la red vincular en los procesos, tanto de salud y enfermedad como de desarrollo personal. Así, se destaca su aporte en la construcción del paradigma bio-psico-social, este marco de referencia supone al sujeto como un sistema no solo biológico, sino también psicológico y social; así la salud y enfermedad se configuran ante la interacción dinámica de estos procesos mencionados, entendiendo que desde esta perspectiva, la etiología de los estados de enfermedad es siempre multifactorial (Belloch y Olabarría, 1993). Esta formulación supone un posicionamiento contrario a entender únicamente los problemas de Salud Mental “a modo de patologías que se circunscriben a la realidad interna de un individuo.” (Giraldez, 2014, pp.10)

La población con diagnóstico de Esquizofrenia, posee una prevalencia de 1 cada 300 personas a nivel mundial, si bien no se ha distinguido una causa única de la enfermedad, se sabe que afecta aproximadamente a 24 millones de personas a nivel mundial.(OMS, 2022). De esta manera, es de importancia el estudio de la dimensionalidad de factores integrados que hacen hoy a la enfermedad como tal, factores personales, políticos y sociales, contribuyen a la construcción y entendimiento epidemiológico de las causas y determinantes, y habilita a la posibilidad de pensar en soluciones que busquen mejorar la problemática.

Quienes presentan Trastornos Mentales Graves (en adelante TMG), como es la Esquizofrenia, suelen verse en situaciones de vulnerabilidad, siendo cotidianamente aislados de la participación social, segregados, discriminados y a consecuencia, estigmatizados (Pederson, 2005). Diferentes estudios (Chang Paredes, et al., 2018; Mesquita Dummar, 2015 y Oliveira, et al. 2015) han puesto en evidencia que el estigma,

junto con las representaciones sociales que se han construido en torno a la Esquizofrenia, son una barrera para la inclusión social de este colectivo. Desde esta perspectiva, se entiende al estigma como un constructo social que "... incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamiento que está configurado como prejuicio y trae como consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada."(Chang Paredes, 2018, pp. 705). Así, la investigación destaca que estos factores, ejercen como influencia en la desadaptación social, ya que se ven limitadas sus oportunidades de socialización tanto para acceder y apropiarse de actividades de la vida diaria como, por ejemplo, el trabajo, el estudio, la generación de redes y apoyos sociales y así también tareas de autocuidado. Siguiendo esta línea, Mesquita Dummar (2015, pp. 122) plantea "Según informe elaborado por la Social Exclusion Unit (2004), perteneciente al gobierno de Reino Unido, las personas que sufren problemas mentales muestran un aumento en el riesgo de padecer exclusión social y, de la misma manera, las personas que experimentan exclusión social muestran un aumento en el riesgo de padecer problemas mentales." Así mismo, Oliveira, et al., 2015, plantean que el estigma se interioriza en la sociedad y la persona mucho antes del diagnóstico psiquiátrico, de esta manera, cuando se instauro el diagnóstico, la persona tiende a identificar anticipadamente la respuesta discriminatoria de la sociedad, evitando el estatus social de "enfermo mental", enfrentándolo generalmente con estrategias evitativas, como el retraimiento. Estas estrategias aumentan el aislamiento social, afectando el compromiso con el tratamiento y rehabilitación.

Los procesos de etiquetación social de las personas con diagnósticos psiquiátricos, impactan en múltiples niveles. Como plantea Uribe (2007) la marca o etiqueta social del "esquizofrénico" genera huellas identitarias en los propios sujetos, añadiéndose otro nivel de discriminación cuando el estigma y las creencias sociales se internalizan, configurando el autoestigma.

Específicamente en Uruguay, a partir de la aprobación de la Ley de Salud Mental 19.529, en el año 2017, se busca garantizar el derecho a la protección de la Salud Mental,

entendiéndose la misma como “...un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (Art 2, Ley de Salud Mental del Uruguay, 2017). Desde este enfoque, se considera al estado de Salud Mental como modificable, entendiendo que éste está directamente relacionado a las posibilidades de desarrollo integral de la persona, amparando la dignidad, la accesibilidad y las oportunidades. De manera de poder garantizar la implementación de lo exigido por la Ley, se elabora el Plan Nacional de Salud Mental (MSP, 2020), en búsqueda de poner en funcionamiento lo anteriormente mencionado, en los servicios de salud del país. Se presenta a la Rehabilitación como la estrategia de abordaje y trabajo amparada en el Plan Nacional, desde donde se han ido realizando estrategias y programas de rehabilitación y recuperación orientados a un mejor desarrollo de la autonomía y a consecuencia, de la calidad de vida, entendida como la realidad donde, una vez satisfechas las necesidades personales, se tiene la oportunidad de enriquecer la principales áreas de actividad vital; “...bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos” (Verdugo, et al., 2013, pp. 4) y proyecto de vida como “...un modelo ideal-real complejo de la dirección perspectiva de su vida, de lo que espera o quiere ser y hacer, que toma forma concreta en la disposición real y las posibilidades internas y externas de lograrlo; define su relación hacia el mundo y hacia sí mismo” (D’ Angelo, 1999, pp. 32). Dentro del Artículo 21 (Rehabilitación) de la Ley de Salud Mental, se prevé que estos planes tienen que ‘... ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital.” (2017).

Como tesis fundamental del siguiente proyecto, se plantea que estas limitantes y restricciones sociales a las que se enfrentan cotidianamente las personas con Esquizofrenia, pueden provocar situaciones de exclusión en los procesos de desarrollo

personal y participación social de este colectivo. Estas restricciones, pueden ejercer como situaciones de discapacidad, fundamentada desde la perspectiva bio-psico-social planteada por la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (OMS, 2001) (en adelante CIF).

La CIF (2001) entiende a la discapacidad como el resultado negativo de la interacción entre las personas con una condición de salud y el contexto donde se desarrolla. Categoriza a las situaciones de discriminación, los prejuicios y el rechazo social como barreras actitudinales en el marco de los Factores Contextuales. Las consecuencias de estas barreras son situaciones de expulsión y vulnerabilidad social profundas, duraderas y estructurales que impactan en la autopercepción y la situación de salud así como la cronicidad de la misma (Belzunegui Eraso y Puig Andreu, 2016).

En función de lo desarrollado, teniendo en cuenta la existencia de procesos que acompañan lo sintomatológico y suceden, en lo que podría llamarse, mesosistema, en la esfera de lo social-comunitario (Pérez, 2004), surge el interés por producir conocimiento que permita dar cuenta de trayectorias y experiencias de inclusión y participación en esta población, y recabar información en referencia a la autopercepción asociadas a estas realidades.

Marco conceptual

La Esquizofrenia, según el Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas relacionados a la Salud (en adelante CIE-10), se presenta como una enfermedad con "... distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada" (pp. 308). Sobre la sintomatología específica, se destaca;

"...el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de

pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.” (OMS, pp. 308, 1992).

Desde la definición nosológica de las perspectivas de Salud, cotidianamente se referencian a éstos como síntomas “positivos”, “negativos” y “alteraciones cognitivas” de la Esquizofrenia. Bleuler, en el año 1911, introdujo por primera vez al concepto de Esquizofrenia junto a la distinción de los síntomas del trastorno psicótico, por un lado consideró a los síntomas “accesorios” como los delirios y alucinaciones, y remarcó la existencia de otros síntomas “fundamentales” como el embotamiento afectivo, la incapacidad para relacionarse (autismo), la alteración en la asociación de ideas (alogia) y la ambivalencia afectiva (Fonseca-Pedrero, et al., 2015). En la psiquiatría moderna, los llamados síntomas accesorios de Bleuler reciben el nombre de síntomas “positivos”, y los fundamentales son considerados “síntomas negativos”, siendo aquellos que se presentan con mayor dificultad de tratamiento y mayor prolongación en el tiempo. “Los déficit en la expresión afectiva constituyen un aspecto central de los trastornos del espectro psicótico” (Fonseca-Pedrero, et al., pp.41 2015), donde también se alojan las dificultades en emprender acciones (apragmatismo). Las “alteraciones cognitivas”, como la lentificación de los procesos cognitivos, la afectación en la memoria y en habilidades para preparar, elaborar y controlar la propia conducta, la capacidad de abstracción, comprensión, cálculo y el manejo de información, aparecen comúnmente disminuidas en estos pacientes (Servat, et al., 2005).

A consecuencia, se entiende a la Esquizofrenia como un TMG que puede evolucionar “... habitualmente de forma encronizada y discapacitante, de modo que produce un notable déficit funcional personal, social y ocupacional.”, (Bobes García, Saiz Ruiz, pp.13 2013). Se considera que puede estar provocada por una dotación genética y factores ambientales. De esta manera se entiende que “los factores psicosociales también pueden afectar al desencadenamiento y el curso de la esquizofrenia.” (OMS, 2022).

La perspectiva de la CIF, o también llamado Modelo Integrador, como fue mencionado anteriormente, considera a la discapacidad desde un enfoque bio-psico-social, entendiendo a la misma como el resultado de la interacción entre el sujeto y su contexto, esta relación abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación (OMS, 2001). La perspectiva bio-psico-social se distingue del reconocido "modelo rehabilitador" , ya que este último sitúa y equipara la presencia de discapacidad en la persona con la sintomatología o consecuencias funcionales de una enfermedad, y alude a la idea de que la persona podría volver a convivir en sociedad siempre y cuando pase por procesos que lo rehabiliten y lo reintegren a la participación social (Rodríguez y González, 2002). El Modelo Integrador, a su vez, si bien se diferencia, incorpora del Modelo Social cómo los factores sociales impactan en la vida cotidiana de la persona . Siguiendo este planteo, Osorio-Martinez (2016), citando las palabras de Barrera, aporta;

"...los niveles de funcionamiento de personas con trastornos psicóticos muestran dificultades a través de múltiples dominios, tales como la vida independiente, las relaciones interpersonales, los logros profesionales y educativos, disfrute de recreo y la actividad sexual. Estas dificultades son comunes en muchos pacientes y pueden continuar por períodos prolongados dando como resultado una sostenida discapacidad." (pp.18).

Como se mencionó anteriormente, La CIF propone los términos "facilitadores" y "barreras", para considerar las consecuencias positivas y negativas en la relación del sujeto con discapacidad y los factores del entorno. Los facilitadores "son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad." (CIF, pp. 208, 2001). Estos pueden ser; un ambiente accesible, la asistencia adecuada en base a necesidades, actitudes positivas de la sociedad frente a la discapacidad, y también son facilitadores los servicios, sistemas y políticas públicas y sociales que busquen mejorar la participación en todas las áreas de la vida, de las personas con ciertas características de salud, en este caso, salud mental. A su

vez, la ausencia de estigma y actitudes negativas del entorno también ejercen como facilitadores. Las barreras “ son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad.” (CIF, pp. 209, 2001). Estas pueden ser; ambientes inaccesibles, falta de asistencia en base a necesidades, actitudes negativas del entorno y sociedad, tales como el estigma y discriminación, falta de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación social de los individuos con ciertas características de salud, en las áreas de la vida. (CIF, 2001).

El instrumento de elección para la realización del proyecto, The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (en adelante WHO DAS 2.0), es un instrumento propuesto por la OMS que busca dar continuidad a los principios propuestos en la CIF, en la búsqueda de generar insumos instrumentales desde el modelo integrador. De esta manera, el WHO DAS 2.0 se posiciona como un esfuerzo desde el ámbito científico-académico, y un gran aporte en el cambio de perspectiva hacia el enfoque bio-psico-social de los TMG y la discapacidad. El WHO DAS 2.0 permite caracterizar un valor global de la discapacidad, y también dar cuenta de las diferentes dimensiones de la vida personal y social en la que esta puede afectar. Este instrumento busca evaluar en base a dos nociones; el funcionamiento y la discapacidad. Para analizar las áreas, el instrumento propone 6 dimensiones de estudio: cognición (la comprensión y la comunicación), movilidad (el desplazamiento), cuidado personal (cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo), relaciones (interacción con otras personas), actividades cotidianas (responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela) y participación (participación en actividades comunitarias y en sociedad). Los resultados de la aplicación de este instrumento arrojan un porcentaje de discapacidad (global y por cada uno de los dominios) y un grado de severidad (sin discapacidad, ligera, moderada, grave y completa) (Gold, 2014).

El instrumento, pertenece al grupo llamado PROM's (patient reported outcome measures), ya que releva información de la autopercepción de los participantes (Gold, 2014), de esta

manera, los resultados obtenidos en el estudio, declaran cómo se perciben los participantes en cuanto a su situación de participación y funcionamiento.

Se entiende autopercepción como “una concepción individual y subjetiva que resulta de la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos” (Bustos-Vázquez, et al., pp. 93, 2017). De esta manera, la percepción de las personas sobre su estado no es rígida, y responde a diferentes factores, circunstancias y condiciones de la vida de las personas, así como a patrones, dinámicas y sistemas culturales, sociales y familiares. (Molina Zamora et al., 2018). Se entiende que el contexto de desarrollo de la persona, posee una gran influencia en cuanto la autopercepción de su situación, las redes de apoyo, redes sociales y las oportunidades de participación impactan en las expectativas que estos sujetos construyen de la inclusión, la autonomía y el funcionamiento, repercutiendo directamente en cómo perciben su propia situación de salud y su calidad de vida, y cómo se posicionan ante estos factores.

Antecedentes

La recopilación de antecedentes, tiene el objetivo de dar cuenta la importancia y la posibilidad de un área fértil de estudio de la Esquizofrenia en relación a la discapacidad, proveniente desde un enfoque bio-psico-social. En este sentido, el instrumento WHO DAS 2.0, ha sido utilizado para describir y caracterizar el grado de limitación en relación a la participación social (Gamboa-Proañó, et al, 2021), arrojando datos de interés en cuanto a los niveles de discapacidad. Se releva de este estudio, que el 82,5% de la muestra, presenta algún grado de discapacidad en el dominio de relaciones personales, y el 88,9% de la muestra presenta algún grado de discapacidad en el dominio de participación social, de estos, el 33,7% presenta discapacidad severa dentro del dominio. Otro estudio (Cardona, 2021), igual de reciente, busca analizar los factores de participación social en la población de TMG, dentro de una institución de Salud Mental, utilizando el instrumento mencionado. Este estudio revela que de los participantes, las personas con diagnóstico de Esquizofrenia

(28,6% de la muestra total; n= 78), el 26,3% (n= 46) presentaron discapacidad severa en los dominios de participación social, constituyendo el segundo grupo con niveles más altos de discapacidad en esta área. Por último, otro antecedente (Gómez, et al, 2015) revela que esta población, presenta un deterioro respecto a la comunicación con el mundo y la participación en la sociedad.

Los resultados obtenidos en relación a estas dimensiones de análisis, se presentaron junto a otras variables sociodemográficas, tales como; sexo, edad, nivel educativo, ocupación, dependencia económica, entre otros. Observándose tendencias de interés en la población de análisis que permiten una mejor caracterización del perfil. Cardona (2021), presenta que del total de su población entrevistada que presentaron un grado de discapacidad severa en la participación social, el 61% fueron mujeres, encontrándose una mayor afectación en la participación social en el sexo femenino. En cuanto al promedio de edad de la población total con discapacidad severa en el área, se evidencia una media de 44 años, junto a un nivel educativo medio, una predominancia de la desocupación laboral y a su vez, una tendencia a la dependencia económica de sus propios ingresos para sustentarse.

Junto a la presentación de dichos antecedentes, es posible comprobar la utilización del WHO DAS 2.0 en la población de personas con diagnóstico de Esquizofrenia, como un instrumento con alta consistencia interna para evaluar la discapacidad. Éste permite observar resultados significativos dentro de los diferentes dominios que lo componen (Gómez, et al, 2015), proporcionando las principales áreas de afectación, contribuyendo a esbozar tendencias que resulten en un mejor análisis de las realidades.

Problema y preguntas de investigación

Se entiende que las personas con TMG, en este caso, Esquizofrenia, deberían de tener las mismas oportunidades de desarrollo y participación plena en sociedad, que el resto de las personas (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006). Desafortunadamente, las personas con este diagnóstico, se ven estigmatizadas y discriminadas, lo cual ejerce como

barreras en las posibilidades de participación y desarrollo social. A consecuencia, el aislamiento, la falta de posibilidades y propuestas desde el entorno y comunidad, y la sintomatología propia de la enfermedad, confluyen generando niveles significativos de discapacidad en esta población (Chang Paredes, 2018; Osorio-Martínez, 2016).

El problema que aborda la presente investigación consiste en describir la relación entre la Esquizofrenia y la discapacidad, recabar información de la autopercepción, la participación social y otras áreas de afectación, desde una perspectiva bio-psico-social de análisis. Se entiende participación social desde el ejercicio de relaciones sociales, actividades y participación en comunidad (dominios 4, 5 y 6 del WHO DAS 2.0). De esta manera, se presentan las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué grado de discapacidad (desde la perspectiva bio-psico-social) presentan las personas con diagnóstico de Esquizofrenia?

¿En qué áreas/dominios presentan mayores niveles de discapacidad las personas con Esquizofrenia?

¿Cómo es la participación social de las personas con diagnóstico de Esquizofrenia?

¿Las personas con Esquizofrenia, perciben barreras en cuanto a las oportunidades de participación social, provenientes de la sociedad?

Objetivos

Objetivo General

Describir el perfil de discapacidad en personas con diagnóstico de Esquizofrenia y la autopercepción con respecto a su participación social, desde una perspectiva bio-psico-social.

Objetivos Específicos

- Determinar el grado de discapacidad de personas con Esquizofrenia a partir del WHO DAS 2.0.
- Describir las características del perfil de discapacidad en personas con diagnóstico de Esquizofrenia
- Caracterizar el nivel de participación social a través del WHO DAS 2.0
- Relevar información de la autopercepción en relación a las oportunidades de participación social.

Tabla 1-

Objetivos, resumen metodológico.

Objetivo específico	Pregunta de investigación	Hipótesis	Resultado esperado
Determinar el grado de discapacidad en personas con Esquizofrenia a partir de WHO DAS 2.0.	¿Qué grado de discapacidad (desde la perspectiva bio-psico-social) presentan las personas con diagnóstico de esquizofrenia?	Las personas con Esquizofrenia presentan niveles significativos de discapacidad, desde la perspectiva bio-psico-social de la misma.	Obtener el grado global de discapacidad de los/as participantes del estudio.
Describir las características del perfil de discapacidad en personas con diagnóstico de Esquizofrenia.	¿En qué áreas/dominios presentan mayores niveles de discapacidad las personas con esquizofrenia? ¿Qué otros factores influyen en la determinación del	Presentan mayores niveles en el dominio de participación social y relaciones personales. A su vez, factores sociodemográficos tales como sexo, género, edad, nivel educativo, situación ocupacional, etc. generan diferenciaciones e	Describir los niveles de discapacidad significativos en los dominios más afectados, y dar cuenta de la influencia de los factores sociodemográficos en el perfil de discapacidad de esta población.

	perfil de discapacidad?	influencias en el perfil de discapacidad de esta población.	
Caracterizar el nivel de participación social a través del WHO DAS 2.0	¿Cómo es el nivel de participación social de las personas con diagnóstico de Esquizofrenia?	El nivel de la participación social de las personas con esquizofrenia es menor al del resto de las personas sin la enfermedad. Se presentan dificultades en las áreas de relaciones sociales, actividades y participación en comunidad (dominios 4, 5 y 6 del WHO DAS 2.0).	Caracterizar el nivel de participación social desde el análisis de los resultados de los dominios 4, 5 y 6 del instrumento WHO DAS 2.0
Relevar información de la autopercepción en relación a las oportunidades de participación social.	¿Las personas con Esquizofrenia, perciben barreras en cuanto a las oportunidades de participación social, provenientes de la sociedad?	Las personas con Esquizofrenia, perciben barreras estigmatizantes provenientes de la sociedad, relacionadas a su condición de salud.	Relevar la autopercepción de las personas con Esquizofrenia, en relación a las barreras de la sociedad en cuanto a su condición de salud.

Población objetivo

Los criterios de inclusión para la conformación de la población de estudio, son personas mayores de 18 años, que viven en el departamento de Montevideo, con diagnóstico de esquizofrenia (F20), viviendo en hogares particulares. En el caso de las personas que no puedan responder al cuestionario y entrevista por si mismos, se tomará la declaración del cuidador/a más cercano, entendiendo que este se encuentra en situación de responder lo

más objetivamente posible. La participación será voluntaria y deberán firmar un consentimiento informado.

Se estima una muestra no probabilística de 100 participantes con las características mencionadas, las fuentes de datos serán 1) Centros de Salud especializados en Salud Mental que atiendan y trabajen con personas con Trastornos Mentales Graves, en carácter de ambulatorios. 2) Centros de Rehabilitación Psicosocial que trabajen con usuarios con estas características, en carácter de ambulatorios.

Metodología

Con el fin de recolectar la información necesaria para la realización de la investigación, se propone una metodología mixta descriptiva y no experimental de estudio. Para la misma, se utilizará el instrumento WHO DAS 2.0, presentado anteriormente, para la valoración de la discapacidad, ya que el mismo es conceptualmente compatible a los ejes de análisis de la CIF, midiendo las funciones, actividad y participación. A su vez, en la recolección de información de carácter cualitativa, se propone utilizar la técnica entrevista semiestructurada, con interés de indagar la autopercepción de los participantes sobre su funcionamiento y posibilidades de participación social.

Dimensión cuantitativa

Las principales variables de análisis, son las que surgen del propio instrumento WHO DAS 2.0: los grados en cada uno de los 6 dominios que lo conforman, con mayor énfasis en los dominios 4, 5 y 6, siendo estos los enfocados en las relaciones sociales, actividades y participación en comunidad. A su vez se incorporará el grado global de discapacidad que arroja esta escala.

Se relevarán variables sociodemográficas tales como la edad de los participantes, sexo y género, nivel educativo alcanzado y situación ocupacional. Estas permitirán un análisis más completo en la categorización y descripción del perfil estudiado.

Dimensión cualitativa

Se propone la técnica de entrevista semiestructurada, debido al interés por recabar información proveniente de la autopercepción de las personas sobre sus oportunidades de participación social. De esta manera, se establece un grado de flexibilidad a la hora de preguntar y recabar la información, pudiendo ajustarse a la realidad del entrevistado "...para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio." (Díaz-Bravo, 2013, pp. 2).

La pauta de entrevista propuesta, es la siguiente:

- ¿A qué edad identifica que comenzaron los síntomas de la Esquizofrenia?
- ¿Desde ese momento, da cuenta de situaciones dónde se dificulta su participación en actividades sociales? SI/NO, ¿Cuáles? Desarrolle.
- ¿Se siente aceptado y comprendido por su entorno? Si, No, Algunas veces. Desarrolle.
- ¿Se siente parte de su comunidad? Si, No, Algunas veces. Desarrolle.
- ¿Ha presentado dificultades en la inserción laboral/de estudio? Si, No, algunas veces. ¿Cuáles? Desarrolle.
- ¿Considera que hay una dificultad en la sociedad para aceptar personas con diagnóstico de esquizofrenia? SI/NO. Desarrolle.

Consideraciones éticas

La presente investigación es de carácter voluntario, de esta manera podrán realizar la inscripción mediante formulario. Los participantes serán informados previamente de los objetivos de la misma a través de un consentimiento libre e informado, el cual contendrá a su vez, detalles sobre la metodología de la que serán parte.

La investigación se basa en las normas vigentes de investigación con seres humanos, decreto 158/019 y ley nº 18331 de protección de datos personales. Se velará por el respeto

de los derechos de las personas involucradas, considerando el mantenimiento del secreto profesional, la objetividad y competencia necesaria.

Confidencialidad:

Se resguardará la identidad de los/las participantes, así como de sus cuidadores/as que eventualmente deban contestar por ellos/as. De esta manera, quien lleva a cabo la investigación, se compromete a cumplir con la confidencialidad necesaria para resguardar a los/las participantes.

Riesgos y beneficios, medidas de reducción y atención:

Al presentarse como una investigación que indaga aspectos de la participación social de las personas con diagnóstico de Esquizofrenia, se prevé la posibilidad de situaciones de incomodidad y/o malestar de los participantes, así mismo, si en el transcurso de la investigación optan por no avanzar en su participación, podrán retirarse sin explicación alguna. A su vez, se prestará la contención psicológica y orientación pertinente en el caso.

Se identifican dentro de los beneficios, que los resultados de la presente investigación pueden aportar nuevos conocimientos, en los profesionales de Salud, tanto como en la sociedad, de los aspectos de las posibilidades y la autopercepción de participación social de las personas con diagnóstico de Esquizofrenia. De esta manera, se espera que estos puedan colaborar en la mejora del trato, así como en la creación y ampliación de programas y servicios que consideren estas dimensiones en la población objetivo.

Resultados esperados

Entendiendo que el presente estudio acompaña procesos sociales muy recientes, sin ánimo de querer dar respuestas totalizantes, el planteamiento del mismo busca ser un impulsor a futuros análisis que amplíen la visión bio-psico-social de la esquizofrenia y las situaciones discapacitantes a las que se enfrentan las personas con el diagnóstico.

De forma general, se espera que la investigación aporte una base teórica investigativa, e información de interés académico y social, en cuanto a la relación entre la Esquizofrenia y

la discapacidad, arrojando resultados de utilidad para los profesionales que trabajen con esta población, principalmente en áreas de la Salud Mental y la Rehabilitación Psico-social. Aportando a la discusión, datos de interés en cuanto a las oportunidades de participación social de la población objetivo, y también datos sociodemográficos que hacen al perfil. A su vez, incluir la autopercepción de esta población sobre su de participación social, busca integrar la dimensión de la persona a los estudios que indagan sobre sus propias realidades. A consecuencia, se espera que la información recabada circule y se apropie a nivel social, a favor de la desestigmatización y mayores posibilidades de participación, desempeño y desarrollo en la población con Esquizofrenia.

En cuanto a los resultados específicos de la investigación, se espera:

1. Obtener el grado global de discapacidad de los/as participantes del estudio.
2. Describir los niveles de discapacidad significativos en los dominios más afectados, y dar cuenta de la influencia de los factores sociodemográficos en el perfil de discapacidad de esta población.
3. Caracterizar el nivel de participación social desde el análisis de los resultados de los dominios 4, 5 y 6 del instrumento WHO DAS 2.0
4. Relevar la autopercepción de las personas con Esquizofrenia, en relación a las barreras de la sociedad en cuanto a su condición de salud.

Cronograma y plan de difusión

Tabla 2- Cronograma de ejecución										
Actividades	Meses									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Convocatoria	x	x	x							
Relevamiento de datos (WHODAS y entrevista)		x	x	x	x					
Análisis y procesamiento de datos					x	x	x			

Referencias

- Arias-Lagos, Loreto, Sáez-Ardura, Felipe, Peña-Axt, Juan. (2020). *Cartesian thought and the foundation of sociology*. *Cinta de moebio*, (69), 214-228.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2020000300214>
- Bobes García, Saiz Ruiz, 2013, *Impacto social de la esquizofrenia*
<https://docplayer.es/526698-Impacto-social-de-la-esquizofrenia-coordinadores-julio-bobes-garcia-jeronimo-saiz-ruiz.html>
- Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño J.A., Astudillo-García C.I. *Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple*. *biomédica* [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 17 de enero de 2023];37(Sup1):92-103.
<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3070>
- Cardona Marín, L. M. (2021). *Factores relacionados con la discapacidad en la participación social en personas con trastornos mentales graves atendidas en una institución de salud mental de la ciudad de Cali en 2017* [Master's thesis, Universidad El Bosque].
https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/7428/Cardona_Mari%cc%81n_Laura%20Milena_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chang Paredes N, Ribot Reyes VC, Pérez Fernández V, (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista habanera de ciencias médicas* [Internet]. 17(5):705-719.
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2415>
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. (1992) Décima Revisión (CIE 10) Organización Panamericana de la Salud.

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

D'Angelo-Hernández, O. (1999). *Investigación y desarrollo de proyectos de vida reflexivo-creativos*. *Revista Internacional Creemos*, 16(1)31-39. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULO/ArticulosPDF/05072425D042.pdf>

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. <https://scielo.org.mx/pdf/iem/v2n7/v2n7a9.pdf>

Eraso, A. B., & Andreu, X. P. (2017). *La exclusión social y sus determinantes relacionados con la salud y la discapacidad*. *Áreas*. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (36), 183-196. <https://revistas.um.es/areas/article/view/308221>

Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Ortuño-Sierra, J., Gutiérrez, C., Gooding, D. C., & Paino, M. (2015). *Avances en la evaluación de los síntomas negativos en el síndrome psicótico*. *Papeles del psicólogo*, 36(1), 33-45. [Archivo PDF]. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77834057005.pdf>

Fuster, A. B., & Olabarría González, M. B. (1993). *El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico*. *Clínica y Salud*, 4(2), 181. <https://www.proquest.com/openview/25e809ee5679c3cc4fb7c20ddda14568/1?pq-origsite=gscholar&cbl=4852149>

Gamboa-Proañó, M. ., Castro-Alzate, E. S. ., Bustos, C. ., Grandón F., P. ., & Saldivia, S. . (2021). *Evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en el Distrito Metropolitano de Quito (Ecuador)*. *Revista Ciencias De La Salud*, 19(1). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10149>

García González, R. (2019). *Estigma Social y Autoestigma en la Esquizofrenia*. [Archivo PDF].

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14585/Estigma%20Social%20y%20Autoestigma%20en%20la%20Esquizofrenia.pdf?sequence=1>

Giraldez, C.G. (2014). *Geografía de la Salud aplicada en un problema de salud mental: Dinámica espacial de los ingresos primarios del hospital psiquiátrico Vilardebó, ocurridos durante 2007 y 2008, procedentes de la ciudad de Montevideo*. [Tesis de grado de la Licenciatura de Geografía, UdelaR].

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/6409>

Gold, L. (2014) *DSM-5 and the Assessment of Functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law; 42(2): 173– 81. [Archivo PDF].

<https://jaapl.org/content/jaapl/42/2/173.full.pdf>

Gómez P, Enders J, Alvarado r, Cometto MC, Fernández AR, (2015). *Evaluación del funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastornos mental*. Revista Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba.

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/13831>

Jiménez, M. D. L. V. M. (2017). *Conceptos básicos del paradigma de la complejidad aplicados a la cuestión del método en Psicología Social*. Summa Psicológica UST,

14(1), 12-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6068360>

Mainetti, J. A. (1970). *La medicina en el humanismo de nuestro tiempo*. Universidad Nacional de La Plata. Revista de la Universidad; no. 22.

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/131777/Documento_completo.pdf?sequence=1

- Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud*. 30, 451-464. [Archivo PDF].
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Mesquita Dummar, A. (2015). *Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia*. [Tesis Doctoral Universidad de Oviedo].
<https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/33960>
- Ministerio de Salud Pública - MSP (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. [Archivo PDF].
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucionnacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>
- Moro M, Frades B, Salazar J, Pena J, Asuero M. (2011). *Aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (cif) de la oms para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave*. Norte de Salud Mental, ISSN-e 1578-4940, Vol. 9, N°. 41, 2011, págs. 59-72.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3924939>
- Oliveira, S. E., Esteves, F., & Carvalho, H. (2015). *Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders*. Psychiatry research, 229(1-2), 167-173.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.047>
- Organización Mundial de la Salud (2022). (21 de enero de 2022). *Nota descriptiva sobre esquizofrenia*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#:~:text=La%20es>

quizofrenia%20es%20un%20trastorno.violaci%C3%B3n%20de%20sus%20derechos%20humanos.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud. (CIF)*

Osorio-Martínez, Miriam L. (2017). *Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad.* Anales de la Facultad de Medicina, 78(1), 17-22.
<https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i1.13016>

Pederson, D. (2005) *Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis y la investigación.* Revista de psiquiatría y salud mental.
<https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/11/Estigma-y-exclusi%C3%B3n-social-en-las-enfermedades-mentales.pdf>

Pérez-Fernández, F. (2004). *El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner.* [Archivo PDF].
<http://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/108/C00030300.pdf>

Raese, J. (2015). *The pernicious effect of mind/body dualism in psychiatry.* Journal of Psychiatry. 18, 219.
<https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/the-pernicious-effect-of-mind-body-dualism-in-psychiatry-219.pdf>

Restrepo, D.A, Jaramillo J.C. *Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública.* Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 202–211
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200009

- Rodríguez, A., & González, J. C. (2002). La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*, 17-42.
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007002.pdf>
- Servat P., Mónica, Lehmann S., Yael, Harari A., Karen, Gajardo I., Luis, & Eva C., Pedro. (2005). *Neuropsychological assesment in schizophrenia. Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 43(3), 210-216.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000300005>
- Uribe, M., Mora, O. L. y Cortés Rodríguez, A. C. (2007). *Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental*. *Universitas Médica*, 48(3).
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668003>
- Uruguay. (2017, septiembre 19) Ley n°19529: *Ley de Salud Mental*.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L., & Jordán de Urríes, B. (2013). Calidad de vida. *MA Verdugo & RL Schalock (Coords.), Discapacidad e inclusión manual para la docencia*, 443-461.
https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/Calidad-de-Vida.pdf
- Zamora, A. J. M., Cardona, M. D. C. M., & Borja, N. B. (2018). Capítulo 9: Percepción de la discapacidad en la sociedad. In *Experiencias significativas en la psicología de hoy: Clínica, educación y ciudad* (pp. 165-185). Universidad Santiago de Cali.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7646712>
- Monroy Nasr, Z. (2006). *El problema cuerpo-mente en Descartes: una cuestión semántica*. Unam.

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=klsvG-RuZfgC&oi=fnd&pg=PR7&dq=separacion+mente+cuerpo+descartes+psicologia&ots=EPW4YMmXVg&sig=L6w75HO3vxkL9VtXi_7kQOKRTjQ#v=onepage&q=separacion%20mente%20cuerpo%20descartes%20psicologia&f=false