



Trabajo Final de Grado
Licenciatura en Psicología
Pre-proyecto de Investigación

Intervenciones Psicosociales, Impacto en la Calidad de Vida de Adultos con Diagnóstico de Esquizofrenia.

Estudiante: Carolina Maurenre Lares

C.i.: 3.936.701-1

Tutora: Rossina Machiñena

Revisora: Andrea Gonella

Abril de 2024

Montevideo, Uruguay.

Índice

Introducción.....	3
Resumen.....	4
Fundamentación.....	5
Antecedentes.....	8
Marco conceptual.....	11
Esquizofrenia.....	11
Modelos de Intervención.....	12
Calidad de vida.....	17
Objetivos generales específicos.....	19
Problema y Preguntas de investigación.....	19
Diseño metodológico.....	20
Población objetivo.....	21
Instrumentos.....	22
Cronograma de ejecución.....	23
Consideraciones éticas.....	24
Resultados esperados.....	24
Plan de difusión de resultados.....	25
Referencias.....	26
Anexos.....	31
Anexo 1: Hoja de información.....	32
Anexo 2: Consentimiento informado.....	34
Anexo 3: Cuestionario socio-demográfico.....	36
Anexo 4: GENCAT. Escala de calidad de vida.....	40

El presente pre- proyecto se inscribe en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

El interés por realizar este estudio, surgió a partir de mi paso por la práctica de graduación “Rehabilitación Psicosocial Psicosis”, a cargo del docente Ignacio Porras, que constaba de una pasantía anual en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo para personas con trastornos mentales severos y persistentes. Las técnicas que utilizan en este centro son comunitarias con equipos multidisciplinarios y están centradas en lo grupal, asimismo cuentan con instancias de abordaje individuales y familiares.

Tanto mi paso por dicho centro, como los encuentros en la facultad con el docente y mis compañeras que relataban sus vivencias en otros centros, comenzaron a despertar incógnitas en mí acerca de cómo atravesaban a los usuarios las estrategias de intervención, ya que en cada centro parecían tener distintas estrategias o modelos.

Mi interés por realizar esta investigación se incrementó al conocer que muchos de los usuarios del centro en el que realicé la pasantía, asisten desde hace muchos años, algunos desde hace más de 20 años, lo que me desconcertó ya que tenía el concepto de que era un tratamiento temporal. Comencé a hacerme preguntas tales como: ¿Está bien que las personas estén casi toda su vida en un centro de rehabilitación psicosocial? ¿Ese es el propósito del modelo? ¿Realmente es efectiva la rehabilitación psicosocial? ¿Se evalúa la calidad de vida de las personas durante el proceso de intervención?

Por todo lo mencionado es que considero necesaria la creación de este pre-proyecto, para conocer el impacto que provocan los modelos de intervención de los centros de rehabilitación psicosocial de Montevideo, en la calidad de vida de adultos diagnosticados con esquizofrenia.

Resumen

El objetivo de este estudio es conocer el impacto en la calidad de vida, de acuerdo a los modelos de intervención de 5 centros de rehabilitación psicosocial, de adultos de entre 18 y 65 años con diagnóstico de esquizofrenia, en el período de dos años.

Participarán un total de 50 usuarios de 5 centros de Montevideo, Uruguay.

El abordaje será mixto, utilizando la Escala de Calidad de Vida GENCAT como componente cuantitativo, y entrevistas semi-estructuradas conformando el componente cualitativo.

Se espera que los resultados den cuenta del impacto en la calidad de vida de los participantes de los modelos de intervención, permitiendo realizar un análisis exhaustivo sobre la eficacia de cada uno de ellos.

El proceso es único y personal en cada individuo, no obstante, el intento de este estudio de conocer y registrar las variaciones en la calidad de vida de los participantes de distintos centros de intervención psicosocial, en dos momentos espaciados del tratamiento, pretende colaborar en la planificación y desarrollo de modelos y herramientas de intervención más personalizados, y de la misma forma, reivindicar a la persona dentro de las estrategias de intervención.

Palabras Clave: Modelos de Intervención Psicosocial, Esquizofrenia, Calidad de Vida, Adultos.

Fundamentación

A continuación haremos un breve recorrido de la evolución de la atención en salud mental y de Derechos de las personas con trastornos mentales severos y persistentes (TMSP). Consideramos importante proporcionar un marco histórico al lector para alcanzar una mejor comprensión acerca de la necesidad que surgió por crear este estudio, lo que además brinda un impulso para seguir evolucionando, que es precisamente, el fin que perseguimos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a 1 de cada 300 personas en el mundo, aproximadamente a 24 millones de personas. La esperanza de vida de dichas personas es de entre 10 y 20 años menor a la de la población general, debido a enfermedades metabólicas, cardiovasculares, entre otras.

Es importante destacar que las personas diagnosticadas con esta patología, sufren habitualmente violación de los Derechos Humanos, estigma y discriminación, lo que lleva a limitar el acceso a la atención médica, a la educación, a la vivienda, al empleo, y hasta a la exclusión social. (OMS, 2022)

Según datos de la OMS (2022), solo el 31,3% de las personas diagnosticadas con psicosis reciben atención de salud mental especializada, por lo que proponen:

Hay que ampliar y acelerar los esfuerzos por transferir la atención desde las instituciones de salud mental hacia la comunidad. Esos esfuerzos comienzan con el desarrollo de una gama de servicios de salud mental de calidad basados en la comunidad. Las opciones en materia de atención de salud mental basada en la comunidad incluyen la integración en la atención primaria de salud y la atención hospitalaria general, los centros comunitarios de salud mental, los centros de día, las viviendas con servicios de apoyo y los servicios periféricos para el apoyo en el hogar. Es importante que en la prestación de apoyo participe la persona que padece esquizofrenia, los miembros de la familia y la comunidad en general. (pp. 12)

La OMS (2022), considera preciso poner el foco en brindar herramientas que generen autonomía, para que la persona pueda intervenir en su tratamiento, y para que de ser posible pueda trabajar y llevar una vida social activa en comunidad.

Por otra parte, comenzando el recorrido histórico en Uruguay, destacamos la inauguración en el año 1880 del Hospital Vilardebó y luego a comienzos del siglo XX las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, que desde aquel entonces impulsaron en el país la discusión sobre las formas y concepciones de las llamadas enfermedades mentales. (de León, 2013)

Desde la Ley N° 9581 “Ley del Psicópata”, publicada en el año 1936, nuestro país se ha mantenido en continua evolución en cuestiones de salud mental. Esta ley fue derogada por la ley 19.529 de 2017.

A partir de la Ley N° 11139 promulgada en 1948, se crea la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP). El Decreto N° 117/971, dispone la creación como dependencia del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP). El CNRP entre sus fines propone proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia, tanto hospitalaria como externa, y promover su inclusión social. La asistencia externa se refiere a procurar vivienda y/o alimentación en el caso de que no cuente con las mismas, y prestarle la ayuda necesaria en los diferentes ámbitos de su vida. Asiste también a los familiares de la persona con enfermedad mental, velando por su situación y brindándoles asesorías para gestiones que deban realizar.

En noviembre de 2023 la Ley N° 20212, Artículo 537, modificó la denominación “Patronato del Psicópata” por la de “Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental”, a partir del 1° de enero de 2024.

En el año 1986 fue aprobado el Plan Nacional de Salud Mental, del que surgen: la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) y el Programa Nacional de Salud Mental. Uruguay avanzó en dos décadas con la implementación de un Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), desde un sistema de atención en salud mental marginado, fragmentado y en decadencia, a un nuevo sistema con innovadoras realizaciones y proyectos. (de León, 2013)

Posteriormente, en el año 2011, se pone en vigencia con carácter obligatorio para todos los prestadores de servicios de salud del país, el Plan Nacional de Prestaciones en Salud Mental, el que se encuentra dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). (Ministerio de Salud Pública, 2011). Este Plan pretende llevar a cabo intervenciones

psicosociales y abordajes psicoterapéuticos a población tanto del sistema de salud privada como pública. El plan de prestaciones prioriza la ejecución de acciones en las áreas de promoción y prevención en salud mental.

Entre sus objetivos específicos se encuentra la atención psicoterapéutica orientada a la rehabilitación de personas con consumo problemático de sustancias, y de personas con trastornos mentales severos y persistentes (psicosis esquizofrénicas y trastorno bipolar).

En el año 2013, los psicólogos uruguayos Nelson de León y Juan Fernández, critican una desmanicomialización forzada para reducir el presupuesto fiscal del Estado, refieren que la erradicación del “modelo asilar”, debería acompañarse de un modelo de atención que preste y sostenga los servicios necesarios y adecuados para toda la población. De León (2013) propone un modelo en el que el uso de la internación sea breve, que ponga el foco en la integralidad de la asistencia, en la psicoterapia, que promueva el desarrollo de estrategias de rehabilitación psicosocial, e implemente un enfoque comunitario, brindando educación tanto al usuario, a su familia, a los trabajadores de la salud, y a la comunidad.

En el año 2017 se promulgó la Ley de Salud Mental, Ley N° 19529:

Artículo 1 (Objeto).- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

El Ministerio de Salud Pública aprobó en el año 2020, el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 que tiene como objetivo la promoción y prevención en salud mental, detección, atención y recuperación, para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 19.529 de Salud Mental.

El Plan de Salud Mental vigente, refiere por salud mental a un estado de bienestar en el que la persona, consciente de sus propias capacidades, es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva, contribuyendo a su comunidad. Entiende a su vez a la salud mental, según la Ley 19.529, como un proceso dinámico determinado

por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. (PNSM, 2020)

El modelo se centra en la inclusión sociocomunitaria de las personas, y el reconocimiento de las personas con problemas de salud mental como sujetos de derecho. (Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, 2020).

Posee una lógica de recuperación basada en el involucramiento de y con la comunidad. Vela a su vez por la correcta implementación de prestaciones integradas al Sistema Nacional Integrado de Salud. Presenta una cobertura, según el Ministerio de Salud Pública, del 95% de la población, es decir, que aún no se logra el alcance al 100% de la población del país. (PNSM, 2020)

Antecedentes

Como parte de la construcción de este pre-proyecto, buscamos estudios previos sobre modelos de intervención psicosocial y su impacto en la calidad de vida de los participantes, con el propósito de conocer más en profundidad sobre la temática, y de la misma forma asegurarnos de hacer un aporte útil y novedoso al campo de estudio. Intentamos que las investigaciones seleccionadas fueran lo más cercanas posible a Uruguay, debido a que no hay estudios publicados en nuestro país a este respecto. Es preciso aclarar que sumamos un estudio de España, ya que son escasos los estudios sobre esta temática en latinoamérica.

En la búsqueda encontramos en Brasil, el estudio de Fernández, M., y Saeki, T. (2009): "Vida Social de Personas con Diagnóstico de Esquizofrenia, Atendidas en un Centro de Atención Psicosocial", que investiga la vida social de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de Brasil, e identifica cómo el proceso terapéutico ha contribuido a su vida social.

Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria con enfoque cualitativo.

Seleccionaron 12 participantes de entre 18 y 40 años de edad.

Realizaron entrevistas semiestructuradas utilizando el criterio de saturación, identificando tres categorías: la vida de los pacientes antes y después del diagnóstico, su vida cotidiana fuera del CAPS y la atención del CAPS que contribuye a su vida social y a la estabilización de los síntomas.

El estudio arrojó que el régimen CAPS mejora el cumplimiento del tratamiento y disminuye la hospitalización. No obstante, el funcionamiento social de los participantes ocurre dentro de los contextos familiares y de tratamiento, lo que da cuenta de la necesidad de alianza con la Estrategia de Salud de la Familia y la comunidad para mejorar la socialización.

Continuando el recorrido, encontramos el estudio: “Influencia de la Percepción de Apoyo y del Funcionamiento Social en la Calidad de Vida de Pacientes con Esquizofrenia y sus Cuidadores”, realizado en Chile (Gutierrez et al., 2012), cuyo objetivo fue describir la relación entre la percepción de apoyo y funcionamiento social con la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores principales.

Participaron 45 pacientes con esquizofrenia y 45 familiares atendidos por los servicios de salud mental de Arica.

Utilizaron como herramientas la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS), el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV), la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), la Escala de Funcionamiento Social (SFS), y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Los resultados del estudio sugieren la necesidad de considerar el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia, y su integración familiar y comunitaria como un objetivo central en los programas de apoyo para estos pacientes y sus cuidadores.

Por otra parte, la investigación de Zaraza, D., Hernández, D. (2016): “El Valor de los Apoyos para el Bienestar Subjetivo al Vivir con Esquizofrenia”, realizada en Colombia, en el que buscaron comprender los aspectos que promueven la salud mental en las personas con esquizofrenia y sus familias, teniendo en cuenta su experiencia subjetiva.

El estudio tiene un enfoque cualitativo, sustentado en la corriente de pensamiento del interaccionismo simbólico (Blumer, 1969). Utiliza como método de análisis la teoría fundamentada, siguiendo la propuesta de Strauss y Corbin (2002). Los participantes fueron 21 personas mayores de edad diagnosticadas con esquizofrenia según los criterios del DSM o el CIE-10, no hospitalizados con tratamiento psiquiátrico ambulatorio, y sus familiares cuidadores directos, residentes en el departamento de Antioquia (Colombia), atendidos en una institución estatal para la atención de salud mental de alta complejidad. Realizaron 8 entrevistas a los participantes y a sus familiares cuidadores, y dos grupos focales, durante el año 2014.

Los hallazgos de esta investigación dan cuenta de que los participantes piensan en la posibilidad de recuperación, evidenciando la necesidad de un cambio en el modelo de atención, centrado en la persona y no en la farmacología, observando su contexto, en el que se incluye la familia y la comunidad, y la medicación como un elemento facilitador en algunos casos. Concluye que la familia, la espiritualidad y la fuerza de voluntad, requieren

de mayor atención al momento de intervenir a la persona con diagnóstico de esquizofrenia, debido a que fomentan una sensación de bienestar que puede ayudar a la persona a visualizar una posible recuperación, teniendo en cuenta las particularidades de cada paciente o de grupos de pacientes.

Por último en nuestro recorrido en la búsqueda de antecedentes, encontramos el estudio: "Efectividad de la Intervención del Equipo de Apoyo Social Comunitario en el Funcionamiento Psicosocial de Personas con Trastorno Mental Grave" de Ballesteros, F., y Bertina, A. (2016), llevado a cabo en España, cuyo objetivo es estudiar el perfil de usuarios que acceden a un Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) y analizar la efectividad de las intervenciones socio-comunitarias de los EASC.

La muestra fueron 275 usuarios que han sido derivados desde sus servicios de salud mental de referencia a alguno de los 8 EASC gestionados por Grupo 5 en la comunidad de Madrid, y que al menos llevan 12 meses en intervención. Los participantes fueron evaluados durante 3 años. Para el estudio utilizaron la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS), y Cuestionario de Satisfacción.

El estudio dio cuenta de la efectividad de los EASC, evidenciando mejoras en la disminución de síntomas y la adaptación social, una reducción de los ingresos hospitalarios, aumentando la voluntariedad de dichos ingresos, lo que estima un ahorro considerable del gasto hospitalario. Concluye a su vez, una alta satisfacción de los destinatarios.

Marco Conceptual

En esta sección, profundizaremos en los conceptos claves que enmarcan este estudio: esquizofrenia, modelos de intervención psicosocial y calidad de vida.

Esquizofrenia:

Comenzaremos hablando sobre el trastorno que padecen las personas participantes de este estudio, ya que es de suma importancia conocer sus características para una mayor comprensión de la persona y de las intervenciones que se planifican y se seleccionan para su tratamiento en general.

Consideramos relevante traer en este marco al psiquiatra suizo Eugen Bleuler, por motivo de que fue quien introdujo el nombre de “Esquizofrenia” en el año 1911 para sustituir al de “Demencia precoz”, debido a que la palabra “demencia” sugería la idea de una enfermedad incurable.

A continuación brindaremos el marco más actual del trastorno, con la definición de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-5.

El DSM-5 (2014) define a la esquizofrenia dentro de los trastornos psicóticos como un trastorno del espectro de la esquizofrenia, refiere que dura al menos 6 meses e incluye al menos 1 mes con síntomas en la fase activa. El diagnóstico parte de una identificación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social, o el cuidado personal. La anomalía en uno o más de los siguientes dominios, definiría el diagnóstico: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo, y síntomas negativos, responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia. Señala como síntomas negativos más importantes a la expresión emotiva disminuida y la abulia.

En último lugar, pero no menos importante, definiremos a la esquizofrenia según la OMS en su última versión de la Clasificación Estadística de Enfermedades, CIE-11 (2022). El CIE-11 la sitúa en “Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios”, señalando que se caracteriza por múltiples trastornos mentales entre ellos el del pensamiento, la percepción, la experiencia personal, la cognición, la voluntad, el afecto y el comportamiento. Señala como síntomas centrales de la esquizofrenia, que deben persistir al menos un mes,

a las ideas delirantes, las alucinaciones, los trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control.

La OMS cuenta también con una Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), esta clasificación contiene los dominios de salud y los relacionados con la misma, los que se describen desde una perspectiva corporal, individual y a través de dos listados: Funciones y Estructuras Corporales, y Actividades-Participación. La CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un estado de salud específico. (CIF, 2001)

Las clasificaciones que brinda la OMS son complementarias, ya que los estados de salud se clasifican con la CIE-11 que ofrece un marco conceptual basado en la etiología, y la clasificación del funcionamiento y la discapacidad asociados con esas condiciones de salud la ofrece la CIF, por lo tanto es recomendable usarlas en conjunto. (CIF, 2001)

Modelos de Intervención

Haremos un recorrido por los modelos de abordaje o intervención: Rehabilitación, Rehabilitación Psicosocial y Recuperación para destacar sus características diferenciales.

Según Florit (2006), a mediados del siglo pasado, el tratamiento de las personas con trastornos mentales graves, se enfocaba en un modelo médico rehabilitador, en el que el objetivo era la remisión de los síntomas mediante el uso de psicofármacos para lograr la independencia funcional de la persona, sin considerar otras dimensiones de la enfermedad que no fueran exclusivas de la persona, como si la intervención a una persona con un trastorno mental grave sólo se tratara de rehabilitar su funcionalidad. El autor refiere que la mejora de las personas con la administración de psicofármacos era relativa, que no era suficiente para alcanzar la independencia funcional y que seguía siendo alto el porcentaje de recaídas que terminaban en hospitalización, lo que puso en evidencia la necesidad de implementar alternativas de rehabilitación psicosocial.

De acuerdo a Ozamiz et al. (2014), históricamente los servicios de salud mental se han centrado en la provisión de servicios por profesionales bien cualificados, mayormente en hospitales, dirigidos por psiquiatras y sus equipos, apuntando mínimamente a la comunidad. Dichos servicios se dirigían en gran parte a pacientes graves, en rehabilitación o con problemas de salud mental de larga evolución.

Siguiendo a los autores, en tanto a la medicalización de la enfermedad, refieren que aunque es eficaz en el tratamiento, suele dejar a la persona enferma en soledad.

Por otra parte, Ozamiz et al. (2014), referente a los Derechos Humanos, manifiesta que en los años 80 las personas padecientes de patologías mentales y sus familias, cuestionaron a la medicina acerca del poder de los médicos en su vida, la escasez de servicios disponibles para mejorar su calidad de vida, y el costo elevado de los mismos que impedía el acceso a todas y todos. Los profesionales, al mismo tiempo, reconocieron la falta de soporte en el seguimiento de sus intervenciones. Todo esto terminaba provocando el llamado “síndrome de la puerta giratoria”, es decir, las personas retornaban al Centro de Salud Mental continuamente, lo que dejaba en evidencia la ineficacia de las intervenciones. (Ozamiz et al., 2014)

Volviendo a Florit (2006), el autor refiere que según investigaciones, se ha demostrado que las recaídas que llevan al paciente a una hospitalización disminuyen con el tratamiento conjunto de fármacos y tratamientos comunitarios, lo que hace que el costo para los países al aplicar modelos de rehabilitación psicosocial sean menores que el costo de hospitalizaciones prolongadas.

(...) tal y como la Asociación Madrileña de Salud Mental definió, hay que considerar la comorbilidad de otras patologías tanto psíquicas como físicas y el grado de discapacidad producido, considerando el funcionamiento del sujeto en autocuidados y cuidado de la salud, el afrontamiento personal y social, la autonomía personal y social y los aspectos relacionados con el tratamiento, repercusión del trastorno en el medio familiar y social, riesgo autolítico, precariedad de la red social y apoyo social, tipo de demanda, tiempo de evolución del trastorno, complejidad que el sujeto presenta en el manejo terapéutico o aparición de síntomas en etapas evolutivas especialmente relevantes. (pp. 224-225)

Por lo tanto, la rehabilitación psicosocial, es un modelo centrado en la salud y no en la enfermedad, el que propone que la persona pueda construir un proyecto de vida satisfactorio y adecuado para sí mismo, más allá de sus dificultades y síntomas.

Se trata de un proceso de acompañamiento, orientado a separar a la persona de la patología y los síntomas, haciendo foco en las oportunidades, las herramientas y fortalezas,

para trabajar en ellas, apuntando a un estado de bienestar y de salud. (Del Castillo, R et al., 2011)

De acuerdo a la OMS, la rehabilitación psicosocial apunta a la igualdad de oportunidades reduciendo los estigmas, las desventajas y dificultades, y que las personas puedan gozar de sus derechos.

Se asume un compromiso en la organización, legislación, actividad profesional, garantía de calidad de cuidados y calidad de vida, organización y apoyo a las familias, participación y autoayuda, educación en la promoción, expansión de servicios e investigación, y mejora de los sistemas de ofertas de servicios. (WAPR / WHO, 1997)

Casarotti et al. (2003), proponen que un modo de ampliar la cobertura a la asistencia integral a pacientes con Trastornos Mentales Severos y Persistentes, podría ser incluir a las unidades de Seguimiento y de Rehabilitación dentro de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE).

Los autores manifiestan que la atención de los pacientes con psicosis no es solo responsabilidad médica y de los administradores de salud, sino también de toda la sociedad.

Si bien el modelo de rehabilitación psicosocial es un enorme avance partiendo del modelo médico de la mera rehabilitación de la funcionalidad, presenta deficiencias en el ámbito social y de inclusión, ya que se centra en gran parte en lograr la adaptación de la persona a las demandas y exigencias de la sociedad, no centrándose en la inclusión, lo que entendemos fundamental para poder hablar de recuperación de un individuo con un trastorno mental severo y persistente.

Debido al hecho de que las personas no se recuperan solas, el modelo de recuperación debe estar estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social en la comunidad, no apartados en servicios. (Uriarte y Cantabrana, 2017)

Partiendo de lo mencionado, para hablar de un modelo de recuperación, citaremos a Shepherd et al (2008), citando a Bill Anthony (1993), que brinda la siguiente definición de "recuperación":

“[La recuperación es] un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una

manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. “La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental...”. (pp. 2)

Es importante destacar que la recuperación no significa necesariamente una cura, sino construir una vida más allá de la enfermedad. (Shepherd et al, 2008)

La propia salud mental y la perspectiva más médica, provocan pesimismo en cuanto a la esperanza de recuperación, es por esto que el modelo de recuperación aspira a que las personas crónicamente enfermas y dependientes de los sistemas públicos y sociales de salud, logren ser independientes.

La falta de conciencia de enfermedad, es una de las cuestiones inherentes a la enfermedad mental grave como lo es la esquizofrenia, es por esto que en ocasiones las prácticas coercitivas en el ámbito de la salud mental, son catalogadas como ataques a los derechos humanos, así como la causa y consecuencia del estigma, ya que no se tiene en cuenta las circunstancias de las personas ni el contexto asistencial. (Uriarte y Cantabrana, 2017)

Uriarte y Cantabrana (2017), hablan de la necesidad de revisar las prácticas protocolizadas ante crisis, así como de en primer lugar prevenirlas y reducir al máximo posible las intervenciones traumáticas, no obstante, refieren que el hecho de minimizar la realidad de la enfermedad mental, su impacto en la conducta y la capacidad para decidir, puede conducir a la falta de tratamiento y/o postergar intervenciones provocando situaciones penosas y la exclusión social de la persona. Reconocer una enfermedad no debe ser visto como alimentar el estigma y el prejuicio, sino como una oportunidad para comenzar a saber cómo afrontarla en todos los ámbitos posibles de la vida personal y social.

“Diferenciar a la persona de su enfermedad, construir una identidad propia, mantener la esperanza, potenciar sus fortalezas y dar sentido a su vida más allá de la enfermedad, es fundamental, especialmente en el caso de enfermedades mentales” (Uriarte y Cantabrana, 2017, pp.9).

Apartar al diagnóstico de la persona, posibilita que recupere su dignidad, su autoestima y su bienestar. (Zaraza y Contreras, 2020)

El primer modelo en la recuperación de la salud mental en ser evaluado por el sector público fue la teoría de la marea, llamada “Tidal Model”, de los referentes teóricos Phil Barker y Poppy Buchanan-Barker. Dicha teoría muestra que mediante la escucha y el diálogo el profesional de la salud orienta a la persona en el proceso de recuperación. (Zaraza y Contreras, 2020)

La teoría de la marea, propone al personal de salud dar cuenta de la importancia de la historia, las experiencias previas y las expectativas de la persona, en el camino a la recuperación.

Este modelo colabora con el individuo, y de ser posible y necesario con su familia, en la elaboración del plan terapéutico. Busca el empoderamiento de la persona a través de su propia narrativa, la que ayuda a la construcción de su historia y a identificar los elementos que rodean una crisis, las que son reconocidas como oportunidades para cambiar y mejorar, y los mecanismos utilizados para sobrellevar las dificultades propias que traen los síntomas. Es a través de las narrativas que se facilita la apropiación del proyecto de vida de la persona construyendo su propia historia. Este modelo es integral, ya que hace dialogar a distintas disciplinas centrándose en la persona, sin jerarquías terapéuticas, dirigidas a un mismo camino, el de la recuperación. Habilita a la resolución de problemas y a la promoción de la salud mental, a través de la narración en intervenciones individuales y grupales, las experiencias de otros propician el aprendizaje y el autoconocimiento. (Zaraza y Contreras, 2020)

El profesional tiene como meta ofrecer a la persona recursos para gestionar su enfermedad, tales como: información, habilidades, redes y apoyo, y ayudarle a obtener acceso a los recursos que se estimen necesarios para vivir su vida. (Shepherd et al, 2008)

La persona es el factor clave en su proceso de recuperación, pero es el profesional el que puede ayudar a liberar el potencial suficiente para que alcance este objetivo.

La ayuda que le brinda el profesional de salud se expresa al mostrar a las personas una «curiosidad genuina», es decir, que realmente se puede aprender algo de la historia de la persona. El modelo de la marea no se centra en los problemas, ayuda a fomentar recursos en la persona que la ayudarán en su proceso de recuperación.

(Zaraza y Contreras, 2020, pp. 13)

La recuperación brinda un nuevo fundamento a los servicios de salud mental. Es de suma relevancia la “esperanza” para mantener la motivación de la persona y apoyar las expectativas de una vida individual plena. Se trata del re-establecimiento de una identidad

positiva, esto es, hallar una identidad que incorpore la enfermedad pero con un sentido positivo de sí mismo, que sientan que controlan la enfermedad y su vida. (Shepherd et al, 2008)

El modelo de recuperación, es el que entendemos como más adecuado en la intervención a personas con TMSP, ya que este modelo promueve el bienestar a través del autocuidado y la intervención física y mental temprana. Asimismo, en dicho proceso, los individuos mejoran su salud y bienestar, tratando de alcanzar su mayor potencial y logrando conducir sus vidas de forma autónoma, manteniéndose implicados en todos los aspectos y fases de la atención.

El modelo de recuperación busca educar y empoderar a los individuos para promover el autocuidado, la reivindicación de sus derechos como ciudadano, y así lograr realmente la inclusión social. (Davidson y González, 2017)

Calidad de Vida

"Calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas -universales- y énicas -ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales" (Schalock y Verdugo, 2007, pp. 2).

Verdugo et al. (2009) refieren que el concepto de calidad de vida está siendo cada vez más utilizado en los servicios sociales y de salud ya que es un marco de referencia conceptual para evaluar la calidad de los servicios, supervisar progresos, elaborar programas y estrategias en función de los avances medibles en logros personales de los usuarios, con el objetivo de crear servicios más personalizados y adecuados a las necesidades y exigencias actuales y futuras de los usuarios.

En este proyecto utilizaremos la Escala GENCAT para la medición objetiva de la calidad de vida de los usuarios de los servicios, creada por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) con la colaboración del Instituto de Integración de la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca. (Verdugo et al., 2009).

La escala está basada en el modelo multidimensional propuesto por Schalock y Verdugo (2007), en la que según los autores existen ocho dimensiones que cuando se toman en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida. Entendiendo a las dimensiones como

“un conjunto de factores que componen el bienestar personal” (Schalock y Verdugo, 2020, p. 18).

Las ocho dimensiones propuestas son las siguientes: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social, Derechos.

Como podemos observar en la figura 1, las dimensiones pertenecen al concepto teórico de la escala, y los indicadores de cada dimensión serán los que medirán a escala la calidad de vida de la persona. Entendiendo a los indicadores como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” (Schalock y Verdugo, 2020, pp. 18).

Figura 1

MODELO DE CALIDAD DE VIDA DE SCHALOCK Y VERDUGO	
DIMENSIONES	INDICADORES
1. Bienestar físico	Salud, Actividades de la vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía/control personal, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos Humanos, derechos legales

Nota. Modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo [Fotografía], por Ocio y Calidad de Vida, 2024, Down21.org

(<https://www.down21.org/desarrollo-personal/110-ocio-y-tiempo-libre/833-ocio-y-calidad-de-vida.html>)

Schalock y Verdugo (2020), sostienen que el concepto de calidad de vida está compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, y que es posible mejorarla a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida.

Objetivos

General:

Estudiar el impacto de la calidad de vida en adultos de hasta 65 años con diagnóstico de esquizofrenia, de acuerdo a los modelos de intervención de 5 centros de rehabilitación psicosocial de Montevideo.

Específicos:

- 1- Conocer las características sociodemográficas de una muestra de usuarios asistentes a cinco centros de rehabilitación psicosocial de Montevideo.
- 2- Conocer los modelos de intervención psicosocial de 5 centros de rehabilitación psicosocial de Montevideo, mediante entrevistas semiestructuradas a sus referentes.
- 3- Conocer la calidad de vida de los participantes en los primeros 3 meses del ingreso al dispositivo de intervención, y luego al cabo de 1 año de comenzado el proceso.
- 4- Identificar y analizar las variaciones en la calidad de vida de los participantes al comienzo y al final del estudio.
- 5- Analizar la eficacia de los modelos de intervención a partir de los resultados.

Problema y Preguntas de Investigación:

Partiendo por la introducción de este estudio en el que el paso por la práctica de graduación “Rehabilitación Psicosocial Psicosis”, dejó varias incertidumbres sobre los modelos de abordaje de los diferentes centros. Considerando la revisión histórica de los cambios en los paradigmas en cuanto a los trastornos mentales, así como los cambios en los planes, estrategias e intervenciones en salud mental. Indagando en estudios previos la eficacia de los modelos de intervención psicosocial en adultos con esquizofrenia. Pensando en cómo las personas habitan y los atraviesan esos espacios de abordaje, y qué implicancias tienen en su calidad de vida, es que surgen las siguientes preguntas para guiar nuestra investigación:

¿Los modelos de abordaje de los centros de rehabilitación, impactan en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia?

¿Cómo impactan los modelos de intervención psicosocial en la calidad de vida de adultos de hasta 65 años con esquizofrenia?

¿Cuáles son las dimensiones más afectadas en la calidad de vida de adultos con esquizofrenia?

¿Cuánto tiempo es necesario que una persona con esquizofrenia permanezca en un centro de rehabilitación?

¿Por qué las personas con esquizofrenia muchas veces recorren varios centros?

Diseño Metodológico:

Para este proyecto se propone una metodología de abordaje mixto, lo que implica la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, la posterior integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada. Este método permite alcanzar una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno de estudio, nutriéndose entre sí ambos enfoques. (Hernández et al, 2014)

Se le brindará al participante una Hoja de Información (*Anexo 1*) con las pautas del estudio y los responsables del mismo. A continuación, se le entregará el Consentimiento Informado (*Anexo 2*), el que debe firmar como forma de garantizar que la persona se encuentra participando voluntariamente de la investigación, y que ha sido debidamente informado.

A través de los instrumentos cualitativos conoceremos los modelos de intervención de cada centro y cómo lo perciben los participantes, y mediante los instrumentos cuantitativos conoceremos el impacto de los mismos en su calidad de vida.

El enfoque cualitativo estará representado por los sentires de los usuarios participantes de la investigación que se recogerán en entrevistas semiestructuradas, lo que dará una descripción al fenómeno de estudio. Como parte también cualitativa, realizaremos una entrevista a un técnico referente de cada centro, para conocer el modelo de intervención que llevan adelante con los usuarios.

El componente cuantitativo se desprende a partir de la aplicación del instrumento seleccionado, la escala GENCAT (2009), (*Anexo 4*), para así medir el fenómeno de estudio a escala.

En las entrevistas a los referentes de los centros, a partir de preguntas semi dirigidas, indagaremos acerca de las técnicas y estrategias que utilizan en las intervenciones, y en qué modelos de intervención psicosocial están sustentadas.

A los participantes se les realizará dos entrevistas, la primera durante los primeros 3 meses de ingreso al centro de intervención y la segunda cuando haya transcurrido un año del primer encuentro.

En la primera entrevista diseñaremos con preguntas dirigidas el perfil socio-demográfico de los participantes, a través de un Cuestionario Sociodemográfico (*Anexo 3*). Asimismo, se les realizará una entrevista semiestructurada para conocer la situación en la que ingresan al centro, lo que pretende evaluar la calidad de vida subjetiva del participante previo a iniciar el tratamiento. En dicha entrevista, indagaremos en profundidad las dimensiones que componen la escala GENCAT de calidad de vida por medio de preguntas semi dirigidas, profundizando en la dimensión de Inclusión Social para verificar o no el modelo de atención. De este modo, podríamos corroborar lo planteado por Uriarte y Cantabrana (2017), cuando expresa que el modelo de recuperación debe estar estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social en la comunidad.

Para evaluar la calidad de vida objetiva del participante, de ser posible le entregaremos la escala GENCAT para que complete, de no poder completarla el usuario será completada por un referente del centro.

En la segunda entrevista indagaremos sobre cómo atravesó el primer año en el centro de intervención psicosocial y las repercusiones en su vida. Por último se le aplicará la escala de calidad de vida GENCAT.

Una vez finalizados los encuentros programados, se procederá a comparar los informes de cada participante al inicio y al final del estudio, se evaluará si ha habido cambios, teniendo en cuenta si asistieron regularmente al centro, y registrando si hubo abandono de la recuperación por parte de alguno de los participantes.

Población Objetivo

La investigación se llevará a cabo con 50 usuarios de cinco centros de rehabilitación psicosocial de la ciudad de Montevideo (Uruguay), que tengan diagnóstico de esquizofrenia, y que ingresen a los centros en los primeros seis meses de iniciada la investigación.

Los participantes seleccionados tendrán entre 18 y 65 años de edad.

Para justificar la franja etaria seleccionada es preciso señalar las fases del desarrollo evolutivo según Urbano y Yuni (2016): niñez, adolescencia, adultez y vejez. Los autores

refieren que en cada fase se experimentan profundas transformaciones, tanto a nivel corporal como a nivel cognitivo y cognoscitivo, lo que en caso de seleccionar para este estudio edades que abarquen más de una fase evolutiva, provocaría un mayor margen de error para comprobar la eficacia de un modelo de intervención basándonos en los cambios en la calidad de vida de las personas durante el proceso.

En Uruguay el umbral de vejez se estableció a los 65 años según la Ley 18.617 de 2009.

Según la “Guía de Derechos y Apoyos para Personas con Discapacidad en Uruguay” (2019). los centros de rehabilitación que admiten personas con diagnóstico de TMSP en el país, son los siguientes:

- Centro Psicosocial Montevideo
- Centro Martínez Visca
- Centro Psicosocial Pando. ASSE
- Centro Benito Menni
- Centro Psicosocial Sur Palermo
- Centro Diurno Sayago rehabilitación Psicosocial. ASSE
- Centro Diurno de Rehabilitación Hospital Vilardebó

Para la realización de este estudio, decidimos seleccionar 5 centros de Montevideo: Centro Psicosocial Montevideo, Centro Martínez Visca, Centro Benito Menni, Centro Psicosocial Sur Palermo, Centro Diurno Sayago rehabilitación Psicosocial. ASSE.

Instrumentos

Presentaremos a continuación los instrumentos que entendimos los apropiados para el logro de nuestros objetivos, cumpliendo con el enfoque cualitativo y el cuantitativo que proponemos para un exhaustivo análisis de nuestro tema de estudio.

Cuestionario sociodemográfico:

Elaborado por el equipo de estudio, cuyo objetivo es recabar información personal específica del participante.

A través de este cuestionario obtendremos el perfil de los participantes, de sus antecedentes y condiciones de vida.

Consideraciones Éticas

El estudio se regirá por las Normas Éticas de Investigación, y se presentará en el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Facultad de Psicología para su evaluación previo a la ejecución. (Decreto N° 158/019, IMPO, 2019)

La información recabada en esta investigación, tiene como fin ampliar el conocimiento sobre el impacto de los modelos de intervención psicosocial en la calidad de vida de adultos con esquizofrenia.

Los resultados se difundirán de forma oral en presentaciones y/o de forma escrita, pero en ningún caso se revelará información confidencial o personal de los participantes, siguiendo la normativa vigente en la Ley de Protección de Datos Personales N° 18331 (IMPO, 2008), y en la Ley de Habeas Data (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2009).

Se le hará saber a la persona convocada para este estudio que puede negarse a formar parte, y que asimismo si acepta la participación, es libre de abandonarla en el momento que lo desee, sin generarle esto algún perjuicio.

Se le entregará a la persona que acepte la participación en este estudio, un Consentimiento Informado que se leerá en conjunto, y que en caso de estar de acuerdo con lo escrito allí, deberá firmar como constancia de conformidad.

Se procurará que la investigación sea beneficiosa para los participantes, y a su vez, que no les genere riesgos y/o perjuicios durante y después de finalizada la misma.

Resultados Esperados

Al finalizar este estudio, se espera dar cuenta del impacto favorable que produce en la calidad de vida de las personas adultas con esquizofrenia el ingreso a un dispositivo de intervención psicosocial, que persigue entre sus objetivos que la persona construya un proyecto de vida con sentido y satisfacción. De la misma forma, se espera:

- Enfatizar la importancia de que la intervención no debe centrarse en la enfermedad sino en la salud y en las distintas áreas funcionales de los individuos.

- Dar cuenta de la esencialidad de lograr la inclusión social de la persona para mejorar su calidad de vida.
- Describir los cambios favorables en la calidad de vida evaluando los resultados obtenidos en la primera fase de aplicación de instrumentos, en comparación con los resultados de la segunda aplicación.
- Evidenciar la eficacia de la implementación de un modelo terapéutico integral en la mejora de la calidad de vida de adultos con esquizofrenia.
- A partir de los resultados de la aplicación de la escala de calidad de vida, conocer las capacidades y déficits funcionales de las personas, así como las dimensiones más afectadas, para poder elaborar estrategias de abordaje individualizadas.
- Acercarnos al tiempo estimado que debería asistir una persona en un centro de intervención psicosocial.
- Producir conocimiento sobre modelos de intervención enfocados en los aspectos biopsicosociales, culturales y ambientales, que propicien la inserción de la persona en la comunidad, alejándose de la concepción de medicalización de la patología, y que a su vez den cuenta de que no es lo mismo la integración que la inclusión.

Plan de Difusión de Resultados

Se propone un encuentro con los integrantes de los centros de rehabilitación psicosocial participantes de la investigación, en el que asistan: usuarios, técnicos y familiares de los usuarios. Se expondrán allí los resultados, el informe final, y se propondrá con los presentes una discusión de los mismos.

Se apunta a difundir los resultados del estudio a otros centros de rehabilitación psicosocial, técnicos, y personas en general involucradas o interesadas en los modelos de intervención psicosocial para personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Referencias

- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). "Normas APA. <https://normas-apa.org/>
- Ballesteros, F., Bertina, A. (2016). Efectividad de la intervención del Equipo de Apoyo Social Comunitario en el Funcionamiento Psicosocial de Personas con Trastorno Mental Grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(130), 299-323. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000200002&lang=es
- Bleuler, E. (1996/1926). La esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*, vol. 16, nro. 60, pp. 663-676. <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15511/15371>
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. [Archivo PDF]. Nueva Jersey: Prentice-Hall. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2747599/mod_folder/content/0/COMPLEMENNTAR%20-%201969%20-%20Blumer%20-%20Symbolic%20Interactionism.pdf
- Carrasco, M., Sánchez, V., Ciccotelli, H. y Del Barrio, V. (2003). Listado de Síntomas SCL-90-R: Análisis de su Comportamiento en una Muestra Clínica. *Revista Acción Psicológica*. vol. 2, nro 2, pp. 149-161. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:AccionPsicologica2003-numero2-0004>
- Casarotti, H., Pardo, V., Labarthe, A., Labraga, P., Valiño, G., Fernández, M., Ruíz, A., Caetano, C., Pazos, M., & Martínez, A. (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría*. Uruguay, pp. 76-110.
- Cheah YC, Parker G, Roy K. (2000). Evaluation and validation of a measure profiling needs and problems of psychiatric patients in the community: a Malaysian study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Apr;35(4):170-176. DOI: 10.1007/s001270050200. PMID: 10868082.
- Davidson, L., & González-Ibáñez, A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352017000100011&script=sci_arttext
- Decreto N° 117/971 de 1971. Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. Creación. 10 de marzo de 1971. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/117-1971>
- Decreto N° 158/019. 12 de junio de 2019. Diario Oficial Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>

- de León, N. (Diciembre 2013). Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. [Archivo PDF]. Art. 2. Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General. Universidad de la República. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/9499>
- Del Castillo, R; Villar, M.; Dogmanas, D. (Noviembre de 2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83 - 96 [Archivo PDF]. Facultad de Psicología.
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>
- Derogatis, L., Savitz, K. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. (1936). Ley N° 9581. Ley del Psicópata. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>
- Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones (17 de noviembre de 2023). Ley N° 20212. Artículo 537. IMPO. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20212-2023>
- DSM-5, 2014 [2013], American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Primera edición, tercera reimpresión. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Fernández, M., Saeki, T. (2009). Vida social de personas con diagnóstico de esquizofrenia, atendidas en un centro de atención psicosocial. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 17 (6), 995–1000. Scielo.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RzrdrsNCng5vTHCtPBMQRN/?lang=en#>
- Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. [PDF]. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 223-244.
- Gempp, R, Avendaño, Cecilia. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58. Scielo. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>
- Gutiérrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M., Fernández, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. [PDF]. *Psicothema*, 24(2), 255–262. *Timbó Foco*.
<https://eds-p-ebshost-com.proxy.timbo.org.uy/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=b4d35822-5182-4f81-a33f-113d25fc582f%40redis>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Vol. 6, pp. 102-256). México: mcGraw-Hill.

- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Ulrich, R. F., Carter, M., & Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *The American journal of psychiatry*, 154(11), 1504–1513.
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1504>
- Ley N° 11139 de 1948. Patronato del Psicópata. Creación. Diario Oficial Uruguay.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/11139-1948>
- Ley N° 18331 de 2008. Ley de Protección de Datos Personales. 11 de agosto de 2008. Diario Oficial Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Ley N° 18617 de 2009. Creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM) en la Órbita del Ministerio de Desarrollo Social. 23 de octubre de 2009. Diario Oficial Uruguay.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18617-2009>
- Ley N° 19529 de 2017. Ley de Salud Mental. 24 de agosto de 2017. Diario Oficial Uruguay.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. (Agosto de 2011). Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud [Archivo PDF]. gub.uy.
<https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental%20%281%29.pdf>
- Modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo [Fotografía]. Fundación Iberoamericana Down21. (2024). Down21.org.
<https://www.down21.org/desarrollo-personal/110-ocio-y-tiempo-libre/833-ocio-y-calidad-de-vida.html>
- Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 1997). Rehabilitación Psicosocial: Declaración del Consenso WAPR / WHO [Archivo PDF]. WAPR.
http://www.wapr.org/wp-content/uploads/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). [Archivo PDF]. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (21 de enero de 2022). Esquizofrenia Nota Descriptiva.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Clasificación internacional de enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad (11ª revisión). Ginebra: OMS.
<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#1683919430>
- Ozamiz, J., Markez I. y Ortiz A. (Febrero de 2014). Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental [Archivo PDF]. ReserachGate.

https://www.researchgate.net/publication/261134747_Propuestas_de_un_Modelo_de_Recuperacion_en_Salud_Mental

Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (31 de agosto de 2009). Ley de Habeas Data. CM/813 [Archivo PDF]. Facultad de Psicología.

<https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/ley-habeas-data2009.pdf>

Proyecto: Derecho a la Igualdad y No Discriminación de las Personas con Discapacidad. (Diciembre, 2019). Guía de Derechos y Apoyos para Personas con Discapacidad en Uruguay. [PDF].

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Guia%20de%20Derechos%20y%20apoyos%20para%20personas%20con%20discapacidad%20Web.pdf>

Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. (2008). Making Recovery a Reality. [PDF]. Sainsbury Centre for Mental Health. Edición en castellano.

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/hacerrecuperacion.pdf

Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. [Archivo PDF]. Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual, Vol. 38(224), p. 21-36.

https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/18060/42_El%20concepto%20de%20calidad%20de%20vida.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Silva M, Restrepo D. (Octubre 2019). Recuperación funcional en la esquizofrenia. Revista Colombiana de Psiquiatría. ScienceDirect.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.004>

Sitio Oficial de la República Oriental del Uruguay. (Febrero 2020). Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensa del Pueblo. MSP aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.

<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>

Strauss, A., Corbin, J. (2002). Bases de la Investigación Cualitativa : Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada. 1a ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía.

Urbano, C., Yuni, J. (2016). Psicología del Desarrollo. Enfoques y Perspectivas del Curso Vital. 2da ed. [Archivo PDF].

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/186519/CONICET_Digital_Nro.802b248e-f677-4b1c-a923-2f0a1ba820cd_F.pdf?sequence=8

- Uriarte, J., Cantabrana, A. (2017). Reflexiones en torno al modelo de recuperación. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 37(131), 241-256. Scielo. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/14.pdf>
- Uruguay Presidencia. (13 de octubre de 2011). Día Mundial de la Salud Mental. Uruguay Ostenta la Tasa más Alta de Psiquiatras por Habitante de América Latina. gub.uy. <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/uruguay-ostenta-tasa-alta-psiquiatras-habitante-america-latina#:~:text=La%20esquizofrenia%20tiene%20una%20pr evalencia,padecer%C3%ADan%20trastornos%20de%20este%20tipo.>
- Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., Schalock, R. (Enero, 2009). Escala GENCAT. Manual de la Aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida. [Archivo PDF]. Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya. Barcelona. <https://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
- Zaraza, D., Hernández, D. (2016). El Valor de los Apoyos para el Bienestar Subjetivo al Vivir con Esquizofrenia. Index de Enfermería, 25(3), 141-145. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200004&lang=es
- Zaraza, D., Contreras, J. (2020). El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría, 49(4), 305-310. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.002>

ANEXOS

Anexo 1



Hoja de Información

Título de la investigación: “Intervenciones Psicosociales, Impacto en la Calidad de Vida de Adultos con Diagnóstico de Esquizofrenia.”

Responsable principal: Br. Carolina Maurente

Institución: Facultad de Psicología - Universidad de la República

Datos de contacto: Carolina Maurente.

Correo electrónico: caromau1987@gmail.com

Teléfono: 091 082 761

El presente estudio tiene como objetivo investigar el impacto del modelo de intervención de 5 centros de rehabilitación psicosocial de Montevideo, en la calidad de vida de adultos de hasta 65 años con diagnóstico de esquizofrenia. Si aceptas participar en la investigación, en una primera instancia indagaremos tus datos sociodemográficos, y te realizaremos una entrevista con el fin de conocer tu proceso en el centro.

Se estima que el encuentro tendrá una duración aproximada de 1 hora.

Transcurrido 1 año de la primera instancia, habrá un nuevo encuentro con la misma duración estimada, en el que te entrevistaremos con el fin de conocer cómo continúa tu proceso en el centro.

La información se recabará de forma escrita.

Toda la información obtenida será almacenada y procesada en forma confidencial y anónima. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los cuestionarios y los registros que se realicen, y en ningún caso se divulgará información que permita la identificación de los participantes, a menos que se establezca lo contrario por ambas partes.

Tu participación no tendrá beneficios directos para ti, aunque contribuirá a la comprensión científica de los modelos de intervención en centros de rehabilitación psicosocial y su impacto en la calidad de vida de las personas que asisten.

Este tipo de estudios no registran molestias y/o efectos secundarios en los participantes. En caso de que esto ocurra, la investigadora se compromete a que el/la participante reciba la atención adecuada. La participación en la investigación es voluntaria y libre, por lo que puede abandonar la misma cuando lo desee, sin necesidad de dar explicación alguna.

Si existe algún tipo de dudas sobre cualquiera de las preguntas o sobre cuestiones generales acerca del cuestionario y/o la investigación, puede consultar directamente a la investigadora responsable. También puede realizar preguntas luego del estudio, llamando al teléfono o escribiendo al mail que figura en el encabezado de la presente hoja de información.

Nombre investigadora responsable

Firma

Fecha

Anexo 2**Consentimiento Informado**

Como usuario de un Centro de Rehabilitación Psicosocial, doy permiso a la utilización de los datos y resultados obtenidos en el estudio: “Intervenciones Psicosociales, Impacto en la Calidad de Vida de Adultos con Diagnóstico de Esquizofrenia.”, a cargo de la estudiante Carolina Maurente, de la Facultad de Psicología, Universidad de la República. En la misma, los investigadores me realizarán dos entrevistas espaciadas temporalmente por 1 año, con el fin de conocer el impacto del modelo de intervención del centro al que asisto, en mi calidad de vida.

Declaro que:

- He leído la hoja de información, y se me ha entregado una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.
- He podido realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio.
- Entiendo que la participación es voluntaria y libre, y que la investigadora debe retirarse del estudio en caso de que consideremos necesario.
- Entiendo que no obtendremos beneficios directos.
- Se ha informado sobre el tratamiento confidencial y anónimo de los datos personales recabados.
- Entiendo que al firmar este consentimiento, no renuncio a ninguno de mis derechos.

Expresando mi consentimiento, firmo este documento, en la fecha _____ y
localidad _____:

Firma del/de la participante:

Firma de la investigadora:

Aclaración de firma:

Aclaración de firma:

Anexo 3**Cuestionario Sociodemográfico**

Institución

Apellidos

Nombres

Cédula de identidad

Sexo

Género

- F
 M
 Otro

Fecha de nacimiento

Día ___ Mes ___ Año _____

Edad

Lugar de Nacimiento

Etnia

- Blanca
 Afro o Negra
 Asiática o Amarilla
 Indígena
 Otro

Cobertura de salud

Domicilio

Teléfono

Educación

Primaria

- Pública Completa __ Máximo nivel alcanzado _____
- Privada Incompleta __

Secundaria

- Pública Completa __ Máximo nivel alcanzado _____
- Privada Incompleta __

Terciaria

- Pública Completa __ Máximo nivel alcanzado _____
- Privada Incompleta __

Universitaria

- Pública Completa __ Máximo nivel alcanzado _____
- Privada Incompleta __

Educación No Formal

- Asiste Púb. __ Priv. __ Centro _____
- Asistió Púb. __ Priv. __ Centro _____
- Asiste Púb. __ Priv. __ Centro _____
- Asistió Púb. __ Priv. __ Centro _____
- Asiste Púb. __ Priv. __ Centro _____
- Asistió Púb. __ Priv. __ Centro _____

Trabajo

- Trabaja Horas de trabajo _____
- No trabaja
- Busca trabajo
- Pasantía Horas de pasantía _____
- Desocupado
- Pensionista
- JUbilado

Vivienda

Energía eléctrica _____

Agua potable _____

Baño _____

Total de habitaciones _____

Situación familiar y conyugal:

Convive con _____

Cónyuge o pareja en el hogar _____

Tipo de unión (si tiene pareja o cónyuge)

- Casamiento Civil
- Unión libre con pareja

Situación actual (si no tiene pareja o cónyuge)

- Separado/a de unión libre
- Divorciado/a
- Casado/a
- Viudo/a de casamiento
- Viuda/o de unión libre
- Soltero/a

Salud

Medicación _____

Enfermedades crónicas _____

Se encuentra en el Registro Nacional de Discapacidad _____

- Beneficiario/a de prestación social por discapacidad

- Pensión no contributiva
- Jubilación por incapacidad
- Asignación doble
- Ayuda especial
- Plan de equidad

Anexo 4

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y más)

Número de identificación:

Nombre

Apellidos

Sexo

Varón

Mujer

Dirección

Localidad/Provincia/CP

Teléfono

Lengua hablada en casa

Servicio

Colectivo

Día Mes Año

Fecha de aplicación Fecha de nacimiento Edad cronológica

Datos de la persona informante

Nombre de la persona que completa el cuestionario

Puesto de trabajo

Agencia/Afiliación

Lengua hablada en casa

Dirección

Correo electrónico

Teléfono

Nombre de otros informantes

Relación con la persona

Lengua hablada en casa

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.</p> <p>ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.</p> <p>ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.</p> <p>ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.</p> <p>ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".</p>					

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.</p>					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

<p>Número de identificación:</p> <p>Nombre y apellidos</p> <p>Informante</p> <p>Fecha de aplicación</p>	<p>Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT</p> <p>1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones</p> <p>2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles</p> <p>3. Introducir el Índice de Calidad de vida</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones de Calidad de vida</th> <th>Puntuaciones directas totales</th> <th>Puntuaciones estándar</th> <th>Percentiles de las dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bienestar emocional</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Relaciones interpersonales</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar material</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Desarrollo personal</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar físico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Autodeterminación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Inclusión social</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Derechos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">Puntuación estándar TOTAL (suma)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Percentil del Índice de Calidad de vida</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones	Bienestar emocional				Relaciones interpersonales				Bienestar material				Desarrollo personal				Bienestar físico				Autodeterminación				Inclusión social				Derechos				Puntuación estándar TOTAL (suma)				ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)				Percentil del Índice de Calidad de vida			
Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones																																														
Bienestar emocional																																																	
Relaciones interpersonales																																																	
Bienestar material																																																	
Desarrollo personal																																																	
Bienestar físico																																																	
Autodeterminación																																																	
Inclusión social																																																	
Derechos																																																	
Puntuación estándar TOTAL (suma)																																																	
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)																																																	
Percentil del Índice de Calidad de vida																																																	

<p>Baremo usado</p> <p><input type="checkbox"/> A Baremo para la muestra general</p> <p><input type="checkbox"/> B Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)</p> <p><input type="checkbox"/> C Baremo para personas con discapacidad intelectual</p> <p><input type="checkbox"/> D Baremo para personas de otros colectivos (Personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)</p>			
--	--	--	--

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida										
Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida. Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.										
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1