



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Evaluación de la Funcionalidad en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) en personas con esquizofrenia viviendo en Casas de Medio Camino (CMC)

Trabajo Final de Grado

Licenciatura en Psicología

Pre-proyecto de investigación

Nombre: Cyndi García Zarzar

C.I: 5.013.020-5

Tutor: Rossina Machiñena

Revisor: Ana Laura Russo

Septiembre de 2025

Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen	4
Introducción	5
Fundamentación	9
Antecedentes	10
Marco conceptual	15
Esquizofrenia	16
Rehabilitación Psicosocial Integral y Recuperación.....	17
Funcionalidad y Actividades de la Vida Diaria (AVD)	18
Casas de Medio Camino (CMC).....	21
Problema de investigación	23
Preguntas de Investigación	25
Objetivos generales y específicos	25

Metodología	26
Población.....	28
Instrumento	28
 Cronograma de ejecución	31
 Consideraciones éticas	32
 Resultados esperados	32
 Plan de difusión	33
 Bibliografía	35
 Anexos	40
Consentimiento Informado.....	40
Cuestionario Socio-Demográfico	44
Brief Evaluation of Everyday Living Skills (BELS).....	48

Resumen

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo principal analizar los cambios en la funcionalidad en relación a las habilidades en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Deberán estar residiendo en Casas de Medio Camino (CMC) durante un periodo mayor a 6 meses. Se elegirán cuatro CMC ubicadas en Montevideo, Uruguay. Se intentará llegar a seleccionar 10 usuarios por cada casa, por lo que el total de participantes será 40 usuarios.

El abordaje metodológico será cuantitativo, ya que, es la más adecuada para medir de forma objetiva, precisa y estandarizada las variables relacionadas con las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Por lo tanto, mediante esta es posible cuantificar el nivel de funcionamiento, facilitando la obtención de datos comparables y replicables que permiten identificar patrones y relaciones entre variables (Hernández Sampieri et al., 2014).

Se utilizará el instrumento Brief Evaluation of Everyday Living Skills (BELS) (Bobes García, J, et.al, 2004). Este se aplica para “evaluar los cambios en el desempeño de las habilidades de la vida diaria en personas que sufren una enfermedad mental de larga duración” (Bobes García, J, et.al, 2004, p.1). Lo componen 26 preguntas en donde cada una describe un comportamiento en particular sobre las AVD. Cuenta con dos escalas, la primera se refiere al grado de oportunidad de realizar esa actividad de forma independiente, la segunda se refiere al nivel real de realización de cada actividad (Bobes García, J, et.al, 2004).

Al finalizar esta investigación, se podrá dar cuenta en los resultados esperados los cambios en la funcionalidad en las AVD. Se espera que luego de residir en estos entornos por al menos seis meses, los participantes presenten mejoras en los niveles de funcionalidad de las actividades de la vida diaria (AVD). Estas pueden manifestarse en avances en áreas como lo es el autocuidado, manejo del dinero, cuidado del hogar, tareas cotidianas, entre otros ámbitos en los que la persona obtenga una mayor autonomía. También se pretende identificar las áreas en las que la recuperación funcional sea menos evidente, evidenciando áreas en las que las personas tienen una mayor dificultad en desenvolverse autónomamente.

Palabras Claves: Esquizofrenia, Casas de Medio Camino, Funcionalidad, Actividades de la Vida Diaria, Rehabilitación Psicosocial Integral.

Introducción

En primera instancia se cree pertinente realizar una breve contextualización histórica de la evolución en la atención en salud mental. El propósito de este preámbulo es proporcionar una mayor comprensión de la temática, así como presentar el marco legal que la sostiene.

Thornicroft y Tansella (2014) proponen una clasificación de la atención de la salud mental que ha ido variando con el transcurso del tiempo. Se diferencian tres periodos en donde el tratamiento de los trastornos mentales ha ido cambiando. En el primero predominaban los manicomios y fue desarrollado en los años 1880-1950, aproximadamente en los países más desarrollados. El objetivo era la contención, custodia y cubrir las necesidades básicas, por lo que en los hospitales psiquiátricos predominaba el encierro de las personas que padecían diversos trastornos mentales.

El segundo periodo ocurrió entre los años 1950-1980 y determinó el declive de los manicomios. Esta época fue influenciada por la lógica de la desinstitucionalización. Los cambios que surgieron de esto se deben a que se ha demostrado y criticado los efectos negativos de la estancia prolongada en los hospitales psiquiátricos (Thornicroft, G., & Tansella, M., 2014). Como consecuencia comenzó a surgir la demanda de crear nuevos dispositivos de asistencia y vivienda tales como las comunidades terapéuticas, hospitales de día y las viviendas puente (Thornicroft, G., & Tansella, M., 2014).

Un país pionero en cuanto a reformas relacionadas a la desinstitucionalización fue Italia, en el año 1960 Franco Basaglia proclamaba por una vida digna para las personas con trastornos mentales. Este se preocupó por modificar las condiciones de vida de los pacientes que estaban internados en los hospitales psiquiátricos, ya que, no cumplían con los derechos humanos de estas personas (Palacios e Iglesias, 2017). Como resultado de estas luchas y movimientos sociales se crea en 1978 la ley 180 de Trieste que prohíbe la internación involuntaria, así como propone el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos, también promueve mejoras en las condiciones de vida dignas para los pacientes (Palacios e Iglesias, M. G., 2017).

En esta etapa también hubo cambios en los tratamientos brindados. Se crearon los medicamentos antipsicóticos clásicos que ayudaron a la estabilización clínica del paciente, ya que, en la mayor parte de estos se podían controlar los síntomas tales como delirios, alucinaciones y pensamiento desorganizado (síntomas positivos). Esto ayudó a la reducción del tiempo de hospitalización (García, M. B., & Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia, 2002).

El último periodo va desde 1980 en adelante y es el momento donde se empieza a desarrollar la atención comunitaria en salud mental. En esta etapa se fortalecen las intervenciones

relacionadas a centros comunitarios de salud mental descentralizados, pequeños dispositivos residenciales y centros de día (Thornicroft, G., & Tansella, M., 2014). Estos se comenzaron a dar junto con los movimientos de desinstitucionalización planteados anteriormente.

Estos procesos se vieron favorecidos por la creación de los nuevos antipsicóticos, los cuales han generado una mayor recuperación funcional de los pacientes, ya que permitieron una mayor inclusión de la persona con la familia, en el ámbito social y laboral, una verdadera inclusión social (García, M. B., & Grupo GEOPTÉ, 2002).

Años más tarde de estos movimientos y cambios propiciados en Europa, en la región, en América Latina se llevó a cabo una conferencia desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en el año 1990, la cual denominaron la Declaración de Caracas. Esta plantea la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. 1990), ya que habían algunos aspectos que debían revisarse y ponerse en cuestionamiento, para así lograr mejoras.

Uno de los primeros puntos de la declaración plantea que esta atención brindada en los hospitales psiquiátricos obstaculiza el logro de los objetivos propuestos. Estos van de la mano con una atención comunitaria en salud mental, por lo que se necesita que esté descentralizada, que sea participativa para los usuarios, así como continua y preventiva. El hospital como la principal institución encargada de esta atención influye en gran medida en que estos objetivos no sean alcanzados (OPS & OMS. 1990). Por lo que se plantea realizar una revisión crítica con respecto al papel hegemónico del hospital psiquiátrico como prestador de servicios (OPS & OMS. 1990). Los países de América Latina con esta declaración se comprometen a facilitar que estos objetivos sean cumplidos.

La atención brindada en los hospitales, ya sea tratamientos, cuidados y recursos deben tener en cuenta siempre cuidar la dignidad de la persona y sus derechos humanos (OPS & OMS., 1990). Es por esto que se plantea esta reestructuración, en miras de enfocarse en una atención basada en los derechos humanos, haciendo hincapié en el ejercicio de la autonomía de estas personas (Palacios, A., Iglesias, M. G, 2017).

Otro punto de la Declaración de Caracas que es relevante y de suma importancia para este proyecto de investigación, es el que propone que los sistemas nacionales de salud brinden “modelos alternativos centrados en la comunidad” (OPS & OMS, 1990, p. 2), fortaleciendo de esta forma las redes sociales de las personas, así como cumplir con uno de los objetivos pautados que es “la permanencia del enfermo en su medio comunitario” (OPS & OMS. 1990, p. 2).

En Uruguay ha ido tomando relevancia la situación de vulneración de los derechos de las personas con trastornos mentales que están internados en los hospitales psiquiátricos (De León, N y Techera, A, 2017). Es por esto que fue necesario plantear un cambio en los modelos atencionales del país, motivo por el cual en 2016 se aprobó en Cámara de Senadores el Proyecto de Ley de Salud Mental que va a derogar la Ley del Psicópata que estaba vigente desde el año 1936 (De León, N y Techera, A, 2017).

En el año 2017 se crea la Ley N° 19529 Ley en Salud Mental con una fuerte perspectiva de derechos, siendo la persona la centralidad. Es un modelo transformador en donde se promueven y defienden los derechos humanos de las personas con trastornos mentales (De León, N y Techera, A, 2017). Se fundamenta en un enfoque comunitario, ya que se basa en principios como la accesibilidad, inclusión, igualdad. Se involucra en este proceso tanto a la familia como a la comunidad.

Se ve la necesidad plantear algunos puntos de la Ley N° 19529 Ley en Salud Mental para mayor comprensión del marco legal que regula nuestro país. Así como profundizar en algunos artículos en particular, ya que, son los que nutren nuestra investigación y aportan a la comprensión de la temática elegida.

El Artículo 1 presenta los objetivos de la Ley N° 19529 (2017) el cual es:

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 (Art.1).

Por lo tanto con esta Ley se propone que “la protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental” (Ley N° 19529, 2017, Art. 2).

El artículo 3 en el apartado G es de importancia ya que plantea que se debe lograr “las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona” (Ley N° 19529, 2017, Art. 3, G). Otro punto en el apartado de Derechos de la Ley N°19529 (2017) el punto J es de especial interés porque refiere que las personas usuarias de los servicios de salud mental tienen derecho a poder “acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria” (art.6, J).

En el apartado de Interinstitucionalidad, el artículo 11 define que el Ministerio de Salud Pública junto con varios de los Ministerios debe fomentar el desarrollo de planes y programas que se enfoquen en la inclusión social de estas personas, por lo que se crean dispositivos de integración, el acceso a la vivienda, educación, trabajo, entre otros. También se propone revisar los ya existentes en nuestro país. Como objetivo principal deben promover una mayor autonomía (Ley N° 19529, 2017, Art. 11).

El acceso a vivienda es otro punto sumamente importante, ya que esto ayudaría a la integración a la comunidad y a potenciar la autonomía de las personas que padecen enfermedades mentales. Es por esto que se crearán programas que tengan diversas modalidades residenciales, dependiendo del grado de autonomía de la persona y de la protección que necesita (Ley N° 19529, 2017, Art. 13).

De la mano de esto último, en el apartado de abordaje en el artículo 22 específicamente, se propone profundizar en los Dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos. El objetivo de estos programas es promover la integración social y mejorar la calidad de vida, de forma que se irán adecuando al dispositivo según la persona vaya adquiriendo una mayor autonomía (Ley N° 19529, 2017, Art. 22).

Se entiende que para que la ley en salud mental pueda ser efectuada es necesario todo un sustento material en el cual poder apoyarse (De León, N y Techera, A, 2017). Es por esto que en los últimos años el Estado se ha ocupado de promover la apertura de diferentes dispositivos residenciales. El objetivo como ya mencionamos, es que las personas con trastornos mentales severos puedan tener una vivienda en donde continuar con los cuidados, tengan el apoyo necesario para la rehabilitación y recuperación de su patología. Así como poder tener y construir a partir de ahí un proyecto de vida, promoviendo la autonomía necesaria para vivir una vida digna y autónoma.

Fundamentación

La esquizofrenia es un trastorno mental que se caracteriza, entre otras cuestiones, por un deterioro significativo en la funcionalidad de la persona, afectando diversas áreas de la vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2014). Esta pérdida de funcionalidad conlleva a dificultades en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, afectando la capacidad de la persona para mantener una autonomía suficiente, participar activamente en la comunidad, así como sostener relaciones sociales y ocupacionales importantes (Florit Robles, 2006).

El concepto de recuperación en salud mental ha ido cambiando con el tiempo, dejando atrás la visión centrada exclusivamente en la remisión de los síntomas, para incorporar una perspectiva que promueve la recuperación del funcionamiento autónomo y la integración comunitaria (Guía de Práctica Clínica, 2009). En este marco, la promoción de la funcionalidad se ha vuelto uno de los objetivos principales de las intervenciones psicosociales para personas con esquizofrenia (Roca, 2016).

Hay investigaciones que han señalado que la recuperación funcional sólo puede lograrse mediante un tratamiento que combine tanto un abordaje farmacológico, como uno basado en intervenciones psicosociales que se orienten a la adquisición, reaprendizaje y fortalecimiento de habilidades para la vida diaria (Florit Robles, 2006; Silva & Restrepo, 2017). Además se ha comprobado que 1 de cada 7 personas con esquizofrenia podría alcanzar la recuperación funcional si realiza un tratamiento apropiado, en el que se incluya el tratamiento farmacológico y psicosocial (Silva & Restrepo, 2017).

En este sentido, las casas de medio camino (CMC) son dispositivos intermedios sumamente necesarios en el proceso de rehabilitación psicosocial, ya que, funcionan como entornos residenciales terapéuticos, permitiendo a las personas pasar desde la hospitalización hacia una mayor autonomía e inclusión social en la comunidad (Vitelleschi, 2022). Las CMC brindan un espacio seguro y estructurado, en el que se promueve activamente el desarrollo de hábitos cotidianos y habilidades funcionales dentro de un entorno cotidiano, en el que se vivencian experiencias de aprendizaje significativas (OMS & WAPR, 1996). Hay investigaciones que han respaldado que estos contextos tienen efectos rehabilitadores en las personas que viven en ellos, ya que, generan un gran impacto promoviendo mejoras en lo relacionado a las actividades de la vida diaria, esto también será un factor fundamental para que el trastorno no avance hacia la cronicidad y el deterioro (Lascorz Fierro et al., 2014).

Si bien existen evidencias sobre los beneficios generales de residir en estos entornos como lo son los brindados por las CMC (Sadek et. al. 2024), todavía son limitadas las investigaciones en Latinoamérica y Uruguay sobre esta temática específica, que estudien concretamente los cambios en la funcionalidad en el área de las actividades de la vida diaria, en personas con esquizofrenia que residen en casas de medio camino. Evaluar estos cambios es de suma relevancia para comprender la efectividad de este tipo de intervenciones, identificar áreas de mejora, y orientar decisiones clínicas y políticas de salud mental basadas en evidencia.

Por todo lo anterior, la presente investigación adquiere pertinencia al proponer un análisis sistemático de los cambios funcionales en estos contextos, aportando evidencia actual y local sobre la eficacia de los programas de rehabilitación psicosocial. A su vez, contribuye a reafirmar el valor de las casas de medio camino (CMC) como dispositivos clave para el logro de una recuperación integral y sostenible en el tiempo para personas con trastornos mentales graves.

Antecedentes

Para realizar esta investigación se han seleccionado cuatro estudios con el objetivo de analizar los efectos en la funcionalidad en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) en personas con diagnóstico de esquizofrenia que viven en Casas de Medio Camino (CMC), durante un periodo de tiempo. El propósito es conocer en profundidad sobre la temática, saber si hay investigaciones similares, así como exponer la importancia de los aportes para nuestro estudio.

Para la selección de los siguientes antecedentes se han priorizado estudios recientes, que no superen diez años desde su realización. Este criterio cronológico fue elegido con el objetivo de construir antecedentes actualizados y coherentes con el momento histórico en el que nos encontramos y con el momento científico actual. Así como poder mostrar los avances actuales que hay en el área temática.

Por otro lado, si bien se han intentado incluir antecedentes de estudios realizados en contextos geográficos o sociales similares a nuestro país, con el propósito de que los datos obtenidos ofrecieran información comparable y aplicable a la presente investigación, en la búsqueda de los mismos se pudo dar cuenta de que los antecedentes de investigaciones similares en esta temática específica son escasos en América Latina. Se encontraron más estudios provenientes de Europa, concretamente de España. También es importante mencionar que no se han encontrado antecedentes similares en nuestro país.

En primer momento, se cree relevante mencionar la investigación llevada a cabo por David Lascorz Fierro et, al. (2014) en Barcelona, la cual fue titulada “Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso Terapéutico-Rehabilitador”. El objetivo era medir la evolución de los usuarios que viven en tres residencias, de forma de analizar variaciones en ciertas dimensiones claves como lo son la estabilidad clínica de los síntomas, el tiempo de ingreso en el hospital psiquiátrico, la calidad de vida, la realización de Actividades de la Vida Diaria (AVD), también se tiene en cuenta si la persona utiliza recursos de rehabilitación comunitaria, entre otros. Se evalúa, se recolectan datos e información del año anterior al ingreso a las residencias y luego, a los dos años de residir en éstas (Lascorz Fierro et, al. 2014).

El perfil de los usuarios son personas de ambos sexos, hombres en un 62% y mujeres un 37%, el promedio de edad es de 46 años. Con respecto al diagnóstico, predominan los trastornos psicóticos con un 75%. En cuanto a la procedencia de los mismos la mayoría proviene del domicilio familiar 34%, le siguen los de ingreso hospitalario 27%, otras residencias 14%, domicilio particular (viven solos) 13%, centros de servicios sociales 7%, programa pisos con soporte 3% (Lascorz Fierro et. al, 2014).

Como instrumento se utilizó la Escala ENAR-CPB (Lascorz Fierro et. al, 2014), la cual fue creada por los autores de este mismo estudio. En ella se valoran los niveles de atención/dependencia de las personas que conviven en las residencias. Esta escala también sirve como herramienta de valoración de la evolución de los usuarios. La escala se aplica a los profesionales del centro, ya que ellos son quienes recopilan la información necesaria mediante la observación de los residentes de forma retrospectiva (Lascorz Fierro et. al, 2014).

Dicha escala analiza seis apartados: 1- dimensión física; 2- dimensión clínica; 3- AVD; 4- autonomía y autogobierno; 5-relaciones interpersonales y 6- bienestar personal e integración en el entorno. Cada uno de estos apartados tiene cuatro preguntas distintas que pueden ser puntuadas del 0 al 4 (de mayor a menor necesidad de soporte). Por lo que cada apartado puede tener valores de 0 a 16 puntos y el valor total de la escala va a variar de 0 a 96 puntos. A mayor puntuación, implica que la persona necesita mayor atención, por lo que tiene una mayor dependencia (Lascorz Fierro et. al, 2014). Así como también se podría interpretar que a menor puntuación hay una mejor evolución de la persona, y por lo tanto, una mayor funcionalidad y autonomía.

Los resultados obtenidos dan cuenta de la evolución de los usuarios que viven en estas residencias, ya que, se afirma que favorece la estabilidad clínica, también se reducen los ingresos y la estancia en los hospitales, otra área en la que se han visto mejoras es en el desempeño y

funcionamiento de las AVD, una mayor autonomía en general. También aumentan los recursos de rehabilitación que utilizan (Lascorz Fierro et. al, 2014).

El siguiente antecedente también se realizó en España, en Salamanca y fue llevado a cabo por Leticia Ocaña Expósito y Cristina Caballo Escribano (2015) a la que llamaron “Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada”. El objetivo principal de este estudio fue evaluar y conocer el grado de desempeño que las personas con trastornos mentales graves pueden tener en relación a las actividades de la vida diaria.

Participaron 51 personas que tienen diagnosticada una enfermedad mental grave. En lo que respecta a las edades van desde los 30 a los 94 años. El diagnóstico que predomina en estas personas es la esquizofrenia. En cuanto a los recursos de los que provienen, la mayoría son de residencias, luego le siguen los centros de rehabilitación y en menor medida los pisos tutelados (Ocaña Expósito y Caballo Escribano, 2015).

La metodología utilizada es de corte cuantitativo, siendo un estudio descriptivo. El instrumento de evaluación que se aplicó es el Cuestionario Basic Everyday Living Skills (BELS) que se utiliza para evaluar el funcionamiento diario y el grado de oportunidad en el desempeño de 26 actividades que se desarrollan en la cotidianidad del sujeto. Se dividieron en cuatro apartados que serían las áreas más importantes a evaluar tales como el autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias, actividades y relaciones sociales (Ocaña Expósito, L y Caballo Escribano, C, 2015). Cabe aclarar que se utilizó la versión española del BELS, la cual fue validada y adaptada en contextos hispanohablantes (Jimenez, J.F., et al., 2000).

Cada apartado del cuestionario se puntúa de 0 a 4, siendo 0 que no realiza ninguna de las actividades o necesita supervisión de forma diaria, por otro lado el otro extremo de la puntuación 4 significa que la persona tiene un nivel normal en la realización de esas actividades (Ocaña Expósito, L y Caballo Escribano, C, 2015).

En cuanto a los resultados que derivan de esta investigación, indican que las personas evaluadas luego de aplicar el BELS presentan bajos niveles de autonomía en todas las dimensiones de la escala, ya que las puntuaciones medias fueron de 2 sobre una escala de 4. Esto indicaría que los sujetos tienen problemas severos o una necesidad frecuente de que se le realicen sugerencias sobre la actividad (Ocaña Expósito, L y Caballo Escribano, C, 2015). Concretamente las actividades que se relacionan al autocuidado son las que presentaron una mayor autonomía, por el contrario las relacionadas al cuidado doméstico fueron las que tuvieron puntuaciones inferiores (Ocaña Expósito, L y Caballo Escribano, C, 2015).

Este estudio fue de suma importancia para el presente pre-proyecto de investigación, ya que profundiza en uno de los ejes que esta investigación pretende abordar y evaluar, el cual es evaluar las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Además otro de los aportes principales consiste en que se considera de suma relevancia el instrumento empleado en este trabajo, el cual es el BELS (Bobes García, J, et.al, 2004). En la presente investigación se procederá a utilizar este mismo cuestionario, ya que, como se verá más adelante, es un instrumento completo, en el sentido de las áreas que pretende evaluar.

El siguiente antecedente que tomaremos fue realizado en Perú, en el Hospital Hermilio en Lima. Fue llevado a cabo por Miriam Orosio Martínez (2017) titulado “Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad”. Con el objetivo de estudiar el deterioro funcional según el tiempo del diagnóstico, es decir, según cuántos años lleve la persona diagnosticada (Osorio-Martínez, M. L, 2017).

Los pacientes participantes de la investigación se atendían de forma ambulatoria en el hospital de Hermilio, fueron 136 pacientes divididos en 4 grupos de 34, estas agrupaciones se deben a la diferenciación según el tiempo de enfermedad. El primer grupo tiene de duración menos de un año, el segundo de uno a cinco años, el siguiente de seis a diez años y el último más de diez años de enfermedad diagnosticada (Osorio-Martínez, M. L, 2017).

Para evaluar a los pacientes se realizaron entrevistas en las cuales se aplicaron instrumentos, más concretamente dos escalas. Por un lado la Escala Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST) y por otro la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS) (Osorio-Martínez, M. L. 2017). La Escala FAST consta de 24 ítems que se dividen en 6 áreas específicas de funcionamiento: la autonomía, actividad laboral, funcionamiento cognitivo, cuestiones financieras, relaciones interpersonales y el tiempo libre. Con respecto a cómo interpretar su puntaje final, se entiende como una puntuación inversa del funcionamiento, ya que, un mayor puntaje implica un mayor deterioro funcional y viceversa (Osorio-Martínez, M. L. 2017).

A través del estudio se observa que hubo una diferencia significativa en el grupo de pacientes que poseen hasta un año del diagnóstico de esquizofrenia, por lo que se concluye que a mayor tiempo de enfermedad deberíamos obtener un mayor puntaje en la Escala FAST, y por lo tanto, un menor funcionamiento (Osorio-Martínez, M. L. 2017). Se entiende de suma importancia estos resultados, ya que, refuerzan que es necesaria una identificación temprana de la esquizofrenia, así como de la implementación de intervenciones basadas en la rehabilitación psicosocial de la

persona, con el objetivo de potenciar el funcionamiento y no esperar a que haya un gran deterioro en esta área.

Por otro lado, la siguiente investigación fue realizada por Omnia Sadek et. al (2024) “Impacto de los entornos residenciales supervisados en la esquizofrenia: un estudio cognitivo y funcional”. También se llevó a cabo en España, en A Coruña en el año 2024 y el objetivo fue evaluar dos cuestiones: la relación del estado cognitivo con la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD) y el impacto que genera vivir en un piso protegido en la autonomía funcional de las personas con trastornos mentales (Sadek et. al. 2024).

De las dos partes de la investigación será de relevancia la última, ya que lo que aporta al presente estudio es evaluar si residir en cierto entorno y contexto residencial puede tener alguna repercusión en cuanto a la funcionalidad de estas personas. Como se ha visto en la investigación de Sadek et. al (2024) estos entornos son supervisados y brindan el apoyo necesario para los usuarios, la estructura del lugar se encuentra entre la atención hospitalaria psiquiátrica y la vida autónoma. Por lo tanto, son entornos en donde las personas pueden reforzar y practicar habilidades cotidianas, así como incentivar la participación en actividades comunitarias. Son lugares que favorecen la autonomía de las personas, pero por otro lado, su nivel de supervisión es esencial para resguardar el bienestar y seguridad de los sujetos (Sadek, et.al, 2024).

La muestra fue de 57 personas vinculadas al Centro de rehabilitación psicosocial y laboral de ALUME Saúde Mental en Lugo. El 59,6% son hombres y la edad promedio es de 51 años. En cuanto al lugar donde residen los usuarios un 28% vive en pisos protegidos. El resto de participantes viven en viviendas convencionales en conjunto con familiares o solos. En cuanto a los diagnósticos de los participantes, más de la mitad tiene esquizofrenia (57%) (Sadek, et.al, 2024).

Para cumplir con los objetivos propuestos, Sadek. et, al (2024) optaron por utilizar como instrumento para su evaluación la Escala de Actividades de la Vida Diaria (IADL) que fue diseñada para evaluar el nivel de funcionamiento y calidad de vida de adultos. Valora la capacidad que tiene una persona para realizar actividades instrumentales que se desarrollan en la cotidianeidad y de esta forma poder tener y vivir una vida independiente.

A este instrumento lo componen 8 ítems (algunos son: “utiliza el teléfono por iniciativa propia”, “realiza independientemente todas las compras necesarias”, “organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente”, “no participa en ninguna labor de la casa”, “no viaja”, “toma su medicación si la dosis le es preparada previamente”, o “se encarga de sus asuntos económicos por sí solo”). Las respuestas pueden ser 0 (incapaz, parcialmente incapaz) o 1 (capaz). La suma

del total varía desde 0 la cual sería la máxima dependencia, a 8 que sería la independencia total (Sadek,. et, al 2024).

Se destaca de los resultados obtenidos que vivir en un contexto como el de los pisos protegidos podría ser beneficioso para estas personas. Ya que, al proporcionar un contexto seguro y adaptado a la realidad ayuda a potenciar a las personas en la realización y desempeño de las AVD, en comparación con quienes residen en casas de familia o solos (Sadek et. al, 2024). Esto último se confirmó con los resultados de la Escala IADL ya que los usuarios que residen en estos pisos tuvieron puntuaciones significativamente más altas que los que viven en casas convencionales (Sadek, et, al 2024).

Este estudio se considera relevante porque los objetivos son similares a los del presente proyecto de investigación. En el antecedente mencionado se analiza si es beneficioso vivir en contextos como los pisos protegidos (Sadek, et, al 2024), y en la presente investigación se pretende analizar si vivir en un dispositivo de vivienda como lo son las Casas de Medio Camino (CMC) promueve cambios en la funcionalidad de las AVD de las personas con esquizofrenia.

Por otro lado, la metodología planteada en este antecedente también es similar a la elegida en este proyecto, ya que en los dos estudios se evalúan las Actividades de la Vida Diaria (AVD) (Sadek, et, al 2024). La diferencia es que se realizan con instrumentos diferentes. Estas similitudes permiten realizar comparaciones y orientar en la construcción del diseño de la investigación

Marco Conceptual

En este apartado se desarrollan algunos conceptos fundamentales para la elaboración del presente pre-proyecto de investigación, aquellos que sostienen y enmarcan el estudio, estos son: esquizofrenia, rehabilitación psicosocial y recuperación, Funcionalidad y Actividades de la Vida Diaria, Casas de Medio Camino,

Esquizofrenia

Comenzaremos con un concepto de gran importancia para la comprensión de la población a la que va dirigida esta investigación, esta es la noción de Esquizofrenia. Se tomarán los aportes realizados por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 en donde se plantea que:

La esquizofrenia es un trastorno caracterizado por una o más de las siguientes áreas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (p. ej., disgregación frecuente o incoherencia), comportamiento marcadamente desorganizado o catatónico, y síntomas negativos (es decir, disminución de la expresión emocional o abulia. (American Psychiatric Association, 2014, p .87).

Hay ciertos criterios diagnósticos que deben suceder para poder realmente diagnosticar a una persona con esquizofrenia. En primer lugar el Criterio A especifica que deben aparecer dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado y síntomas negativos. Pero se aclara que al menos uno de los tres primeros debe estar presente. Deben perdurar por al menos un mes (American Psychiatric Association, 2014).

Por otro lado, el Criterio B se enfoca en el nivel de funcionamiento de la persona, por lo que implica que este funcionamiento o las áreas como lo son el trabajo, las relaciones interpersonales o el auto cuidado están en un nivel menor que antes. Esto también debe perdurar por un tiempo significativo desde el comienzo. El Criterio C plantea que estos signos y síntomas deben perdurar por lo menos seis meses, en este tiempo debe haber un mes de síntomas que se explicitan en el Criterio A (American Psychiatric Association, 2014). Si bien se especifican otros criterios, entendemos que estos son los más relevantes para nuestro estudio.

Los síntomas positivos manifiestan un exceso o distorsión de las funciones normales, pero en cambio los síntomas negativos implican una disminución o pérdida de estas funciones (DSM-IV, 1997) Como los síntomas psicóticos (positivos) parecen aminorar con el tiempo, se entiende desde el DSM-V que los síntomas negativos son lo que estarían más relacionados al pronóstico y tienden a ser los más persistentes (American Psychiatric Association, 2014).

Los síntomas negativos incluyen la anhedonia (falta de capacidad para sentir placer); la abulia (falta de voluntad) y la apatía (falta de interés o motivación) (Fusar-Poli et al., 2015 citado en Sadek, O. et. al, 2024). Estos síntomas negativos muchas veces provocan un deterioro funcional

importante y pueden ser difíciles de tratar (Correll y Schooler, 2020 citado en Sadek, O. et. al, 2024).

Como se planteó anteriormente, una gran cantidad de antipsicóticos podían controlar y aminorar los síntomas positivos (delirios, alucinaciones y el pensamiento desorganizado) (García, M. B., & Grupo GEOPTE, 2002). Este avance en el ámbito de la farmacología fue fundamental en el tratamiento de la esquizofrenia. Pero como plantea Florit Robles (2006) no alcanza con la administración de un buen fármaco.

Rehabilitación Psicosocial Integral y Recuperación

Los objetivos terapéuticos han ido cambiando, hubo un momento en el que se enfocaban en los síntomas y las conductas, pero en las últimas décadas este objetivo ha variado, ya que, la promoción de la funcionalidad de la persona se ha vuelto el propósito de estas intervenciones (Roca, M, 2016). Para lograr la independencia funcional de las personas con esta patología es sumamente necesario implementar alternativas que complementen a los medicamentos antipsicóticos, las cuales serían las intervenciones basadas en la rehabilitación psicosocial (Florit Robles, 2006).

Se entiende por rehabilitación psicosocial como “un proceso que facilita oportunidades para que personas con trastornos mentales crónicos alcancen su nivel óptimo de funcionamiento independiente en la sociedad y mejoran su calidad de vida” (OMS, 1996).

A su vez, el marco legal de nuestro país plantea que:

Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer la inclusión educativa, social y laboral a lo largo del ciclo vital (Ley N° 19529, 2017, Art. 22).

Se espera cumplir ciertos objetivos principales en la rehabilitación psicosocial, estos son promover mejoras en las habilidades necesarias para un desempeño más autónomo del sujeto en la sociedad. Potenciar la inclusión de la persona en la comunidad, fomentando un funcionamiento más autónomo y con una mayor independencia. También se deberá ofrecer apoyo y soporte

social, de acuerdo a lo que necesite cada sujeto, el alojamiento está contemplado como una de estas necesidades (Florit Robles, 2006).

De la mano con los planteamientos anteriores, en los últimos años se ha propuesto una nueva forma de pensar los trastornos mentales como la esquizofrenia, así como su evolución. Estos cambios se ven representados por el concepto de Recuperación, el cual se entiende como “proceso de recuperación de la enfermedad, entendida como recuperación del funcionamiento autónomo y de integración comunitaria, y no sólo como la estabilización de los síntomas” (Guía del Desarrollo de la Guía Práctica Clínica, 2009, p.76).

Funcionalidad y Actividades de la Vida Diaria (AVD)

En principio, parece importante plantear el concepto básico de funcionalidad el cual se entiende como “la capacidad de adaptación que posee un individuo adulto y productivo sin enfermedad a las necesidades familiares, personales, sociales y laborales” (Lahera et al, 2016, p. 98). Pero como se ha visto anteriormente, cuando la persona padece de esquizofrenia va a manifestar una pérdida de la funcionalidad en varios ámbitos de su vida (DSM-V, 2014).

La discapacidad psicosocial es entendida como la discapacidad que está entre lo mental y lo social (Arenas, A y Melo-Trujillo, D, 2021). Para ser considerada como tal la persona debe ser diagnosticada por un trastorno mental como la esquizofrenia (entre otros tantos), y por otro lado, se tiene que tener en cuenta la carga social que le es impuesta al enfermo. Lo que implica la discapacidad, es como este diagnóstico condiciona la cotidianidad del individuo, dificultando y en otros casos incapacitando su relacionamiento en la sociedad. Por lo que, el sujeto va a presentar limitaciones en varios ámbitos como lo son el laboral, educativo, social, etc (Arenas, A y Melo-Trujillo, D, 2021).

Siguiendo la misma línea de lo mencionado anteriormente es que se cree pertinente trabajar el concepto de funcionalidad planteado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) el cual es definido como “un término genérico que abarca las funciones corporales, las actividades y la participación. Denota los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 10).

Desde García, M. B y Grupo GEOPTE (2002) se trabaja el concepto de funcionamiento o ajuste social, el cual significa “la capacidad que tiene una persona para cuidar de sí misma y desempeñar una serie de papeles socialmente definidos en una determinada cultura” (p. 321). Así como se incluye en el funcionamiento social, el funcionamiento cognitivo básico (atención,

procesamiento, memoria y concentración) y las habilidades instrumentales para la vida cotidiana (tareas domésticas, manejo del dinero, higiene y apariencia, etc). En cuanto a las interacciones sociales, son de relevancia las que hacen que la persona desempeñe un rol (amigo, vecino, esposo trabajador, estudiante, etc) (García, M. B y Grupo GEOPTE, 2002).

Según los planteamientos de Silva y Restrepo (2017) hay evidencia que revela que “1 de cada 7 pacientes diagnosticados con esquizofrenia puede alcanzar la recuperación funcional si disponen de un tratamiento farmacológico y psicosocial adecuado” (p. 253). Es por esto que un buen tratamiento terapéutico para estas personas es complementar los medicamentos antipsicóticos con intervenciones psicosociales que se enfoquen en promover una mayor funcionalidad, autonomía e independencia. Es por este motivo que se espera generar intervenciones terapéuticas que se enfoquen en una recuperación funcional de la persona.

Según Lahera et al (2016) la recuperación funcional implica un proceso en donde se espera que aminoren los síntomas y se logre un buen funcionamiento. Cuando se manifiesta que para una recuperación funcional la persona debe tener una remisión sintomática se la entiende como una base que ayudará a mejorar el funcionamiento en otras áreas como son en lo social, cognitivo, persona, de forma que promueva una mejora en la calidad de vida (Silva y Restrepo, 2017). Por lo tanto, podemos afirmar que la recuperación funcional en las personas que padecen de esquizofrenia va más allá de la disminución de síntomas, sino que “significa alcanzar mayor autonomía (...) para que él mismo sea capaz de manejar su propia vida” (Silva y Restrepo, 2017, p. 254).

Los tratamientos psicosociales destinados a la recuperación de habilidades o capacidades perdidas con el diagnóstico de esquizofrenia fueron evaluados para demostrar que tanta efectividad tienen. El entrenamiento en habilidades sociales es una de las intervenciones que tiene evidencia en cuanto a su efectividad (García, M. B y Grupo GEOPTE, 2002).

En cuanto a las estrategias que se aplican, se debe destacar la preparación para la vida independiente, en la que se incluye como refiere Florit Robles (2006) la educación o re-educación de las capacidades básicas como el cuidado de la casa, así como diferentes tareas domésticas, también incluyen las relacionadas con la alimentación, ya sea la compra de alimentos así como la preparación de las comidas; por otro lado, la higiene personal, vestirse, y manejo del dinero, un buen uso del mismo.

El objetivo de estas intervenciones es promover mejores niveles de autonomía con el fin de lograr una mayor independencia. Ayudar a la adquisición de una mayor autonomía en cuestiones básicas y cotidianas, poder vivir el día a día enfrentándolo de la mejor forma posible. Estas

intervenciones se piensan para que se ejecuten en un contexto natural, generando así experiencias reales dentro de la cotidianidad (OMS y WAPR, 1996).

Dentro de la gran diversidad de intervenciones psicosociales, en este trabajo se profundizará en las que apuntan a mejorar los déficits en la funcionalidad, más específicamente se abordarán los que tienen como objetivo entrenar las habilidades de la vida diaria. Estas son orientadas a la adquisición o mejora de las actividades de la vida diaria (AVD), ya que promueven una mayor funcionalidad y autonomía de la persona. Estas AVD se dividen en dos, por un lado las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y por otro las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (Guía del Desarrollo de la Guía Práctica Clínica, 2009).

Las ABVD están orientadas a los cuidados del cuerpo, más concretamente lo que respecta a la higiene personal, alimentación, vestimenta, movilidad funcional, descanso y sueño. Por otro lado, las AIVD están dirigidas a la interacción de la persona con el medio, algunas de estas son el cuidado de otras personas o animales, el buen uso de los sistemas de comunicación, movilidad, administración financiera, hacer compras, mantenimiento y limpieza del hogar, preparación de comidas, etc (Guía del Desarrollo de la Guía Práctica Clínica, 2009).

Florit Robles (2006) refiere que las actividades de la vida diaria están directamente implicadas en el funcionamiento autónomo de los sujetos. Por lo que es necesario evaluar el nivel actual del funcionamiento en ciertas áreas de la vida diaria. Algunas de las áreas que se presentan son la higiene personal y la vestimenta (hábitos, frecuencia en la higiene, entre otras), en donde se hace especial hincapié en el grado de autonomía de la persona. También los hábitos de salud (alimentación, sueño, ejercicio físico, afrontar los problemas médicos en general). En cuanto a la integración comunitaria destaca el manejo del dinero y la movilidad en el transporte público. Otro aspecto importante es el manejo del hogar al momento de realizar las tareas domésticas del día a día, se debe evaluar el nivel de autonomía que tiene.

Como manifiesta Lascorz Fierro, D. et. al (2014) estas actividades tendrían “efectos rehabilitadores y preventivos del proceso hacia la cronicidad, y que la falta de implicación en las AVD tiende a fomentarlo, incrementarlo y acelerarlo” (p. 533). La presencia de habilidades en estos ámbitos (ABVD y AIVD) son consideradas como un predictor positivo en el desarrollo y curso de la enfermedad (Florit Robles, 2006). Es por esto que incluir intervenciones dirigidas a la adquisición o el reaprendizaje de estas conductas es de suma importancia para el proceso de rehabilitación psicosocial del usuario.

Casas de Medio Camino (CMC)

Hay diferentes dispositivos de vivienda con diversas características, los cuales suelen brindar atención según las necesidades y autonomía de los usuarios que alojarán. Algunas de las opciones de vivienda son las residencias asistidas, casas de medio camino, casas protegidas, entre otros. En este trabajo final de grado se profundizará en el concepto de Casa de Medio Camino (CMC). Concretamente porque la presente investigación tendrá como objetivo evaluar los procesos de los usuarios que viven en estos entornos residenciales.

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública desarrolló la Ordenanza N° 1.488/019 (2019) que define el concepto de Casa de Medio Camino (CMC) como un:

dispositivo sanitario de rehabilitación de mediana estancia, con equipo técnico las 24 horas. Es un recurso asistencial para personas en el período de post crisis o luego de hospitalizaciones prolongadas, que permite el desarrollo de procesos terapéuticos orientados a fortalecer a las personas para que puedan adquirir y/o recuperar hábitos perdidos de convivencia social y familiar, que pudieron haberse alterado por la hospitalización, la propia situación de crisis y/o la evolución del trastorno (...) En este dispositivo el equipo interdisciplinario brinda atención a personas con trastorno mental severo, con dificultades para residir en una vivienda familiar o social (p. 32).

Por otro lado, desde Argentina también se denominan estos dispositivos como Casas de Medio Camino (CMC). Siguiendo a Vitelleschi, M. B. (2022) entiende que las casas de medio camino son dispositivos intermedios, en el sentido de que estos programas residenciales permiten que el sujeto pase de una institución cerrada como los hospitales psiquiátricos, hacia la reinserción e inclusión social. Es por esto que las CMC son la instancia intermedia entre un extremo y el otro, de la internación a la vida independiente.

Como forma de ampliar este concepto se puede decir que también es considerada como una “instancia terapéutica extrahospitalaria, intermedia y transitoria para la resocialización de pacientes internados de mediana y larga estadía en hospitales monovalentes de salud mental y en salas de internación de salud mental en hospitales generales” (Vitelleschi, M. B. 2022, p. 231). El objetivo es brindar a las personas con trastornos mentales severos un ambiente terapéutico dentro de su comunidad pero fuera del hospital. Se propone cubrir las necesidades básicas, continuidad de cuidados en el sistema sanitario y una mayor calidad de vida. También proveen un entorno adecuado para la rehabilitación psicosocial, ya que, se propone como intervenciones el entrenamiento de hábitos de la vida cotidiana y habilidades sociales (Vitelleschi, M. B. 2022).

Se ha demostrado que residir en entornos como el que brindan las Casas de Medio Camino beneficiaría a las personas con patologías graves. Algunos de estos aspectos son la mejora en la estabilidad clínica, esto va de la mano con la reducción de los ingresos al hospital psiquiátrico, así como el tiempo de internación. También se ven mejoras en el funcionamiento de las AVD, y por lo tanto también la autonomía de los sujetos (Lascorz Fierro, D. et al. 2014). Este último aspecto es el de mayor interés para el presente pre-proyecto de investigación, ya que, se enfocará en evaluar específicamente los cambios en el funcionamiento de las AVD de las personas con esquizofrenia que viven en CMC.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) Colaboraron con el Ministerio de Salud Pública de nuestro país con el objetivo de crear una consultoría titulada “Documento para el Apoyo en la Elaboración de Pautas y Protocolos de los Procesos de Atención y Funcionamiento de los dispositivos de la Red de Atención en Salud Mental en Uruguay”. El objetivo principal fue crear insumos básicos para generar pautas y protocolos para la atención y el funcionamiento de los mismos. Esta red de dispositivos deben poder sostener la continuidad en la atención y la calidad de cuidados de estas personas que sufren patologías graves. Es de suma importancia la creación de pautas y protocolos, con el fin de tener las bases mínimas para el funcionamiento de estos dispositivos (OPS y OMS, Porras, I, 2022).

Los dispositivos de la red asistencial en salud mental que se señalan en este documento son tres, la Unidad de Corta Estadía (UCE), las Casas de Medio Camino (CMC) y los Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial (CDRPS). En función de lo que nos compete en la presente investigación es que nos enfocaremos en el dispositivo Casa de Medio Camino, para su desarrollo y explicación de algunos factores importantes a tener en cuenta al momento de su implementación y funcionamiento.

La CMC es un dispositivo sanitario que se encuentra dentro de un marco residencial. Se constituye como un ámbito terapéutico, ya que los acontecimientos y acciones que allí suceden, concretamente las situaciones de la cotidianidad, potencian la salud de sus residentes. Es por esto que se espera que los usuarios tengan mejoras en su proceso terapéutico. Se espera que entre los 6 meses y 2 años los sujetos puedan tener las condiciones suficientes para egresar del dispositivo (OPS y OMS, Porras, I, 2022).

En cuanto a los criterios de inclusión de la CMC se encuentran personas con patologías mentales severas, que provengan de internaciones prolongadas y que por esto se vean afectadas sus capacidades para vivir autónomamente. También se admiten personas que habiendo pasado

por una internación corta, todavía no estén en condiciones de vivir solos o volver con sus familias (OPS y OMS, Porras, I, 2022).

Por otro lado, se pautaron los criterios de exclusión de las personas que no son población apta para la CMC. Dentro de estos criterios están las personas que están cursando una reagudización de su patología. Tampoco pueden ingresar personas que tienen un buen nivel de autonomía pero que no tienen un lugar en donde vivir, ya que , la CMC no puede ser tomada como una solución habitacional. También se excluyen las personas con consumo problemático de drogas. Por último los sujetos que por su personalidad o sus conductas generen conflicto y hagan que sea inviable su adaptación a la convivencia de la CMC (OPS y OMS, Porras, I, 2022).

Problema de investigación

Como se ha podido plasmar en el recorrido teórico de este trabajo, las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia presentan diversas dificultades provocadas por el trastorno, tanto por sus síntomas positivos como negativos. Estos se verán asociados con un deterioro del funcionamiento de la persona (American Psychiatric Association, 2014). Por lo que se ven afectadas en diversos ámbitos de su vida como el trabajo, relaciones interpersonales, cuidado personal, entre otros, por una pérdida en la funcionalidad en estas áreas. Este déficit en el funcionamiento implica que la persona está muy por debajo del funcionamiento que tenía antes de su diagnóstico y debe perdurar por un tiempo significativo (American Psychiatric Association, 2014).

Los síntomas positivos tales como alucinaciones, delirios tienen buena respuesta al tratamiento farmacológico (García, M. B., & Grupo GEOPTE, 2002), pero no es suficiente, ya que, los síntomas negativos son los más persistentes (American Psychiatric Association, 2014). Estos provocan un deterioro funcional importante y pueden ser difíciles de tratar (Correll y Schooler, 2020 citado en Sadek, O. et. al, 2024).

La forma de trabajar con ellos es mediante la implementación de alternativas que complementen la terapia farmacológica con intervenciones basadas en la rehabilitación psicosocial, ya que, como se ha visto para alcanzar un buen grado de autonomía, de independencia, de mejora de la funcionalidad no alcanzaba con administrar un buen fármaco (Florit Robles, 2006). Algunas de estas intervenciones basadas en la rehabilitación psicosocial han sido los programas de re-educación de las habilidades en AVD que se estuvo trabajando

anteriormente. El lugar propicio para desarrollar estas habilidades de la vida cotidiana son las Casas de Medio Camino, ya que, proveen un entorno adecuado para ejercitarlas (Vitelleschi, M. B. 2022).

Estos procesos de rehabilitación tienen como objetivo promover en las personas que tienen este tipo de trastorno mejoras en los niveles de funcionalidad, se ofrecen herramientas para que logren alcanzar la mayor independencia posible (Toro, R., et. al, 2012). Para lograr estos objetivos se necesitarán programas de rehabilitación psicosocial que trabajen con las personas la recuperación de capacidades y habilidades básicas para vivir en comunidad (Toro, R, et. al, 2012).

La pérdida de funcionalidad conlleva cierta discapacidad y un deterioro en la calidad de vida, que lleva al sujeto a una dependencia hacia su familia, a los sistemas de pensiones, y a los dispositivos residenciales como las CMC, lo cual le va a impedir una verdadera inclusión social (García, M. B., & Grupo GEOPTE, 2002). Es por estos motivos que lo que se propone es que mediante la residencia en CMC la persona logre ejercitar cuestiones básicas y necesarias para generar un mejor funcionamiento y por lo tanto, una mayor autonomía e independencia.

En Uruguay hace algunos años se ha comenzado a promover estos dispositivos de CMC, tanto desde el ámbito público como privado. En la actualidad se cree que estamos en un momento clave para plantear la posibilidad de evaluar los procesos de rehabilitación psicosocial relacionados a las intervenciones en AVD y funcionalidad de los usuarios dentro de estos entornos. Ya que, como en nuestro país no se ha explorado lo suficiente en ésta área, es imprescindible comenzar a realizar investigaciones que evalúen la funcionalidad en las AVD luego de residir en una CMC.

Pregunta de investigación

¿Qué impacto tiene en la funcionalidad de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de las personas con esquizofrenia residir en una Casa de Medio Camino (CMC) por un tiempo de mas de 6 meses?

Preguntas de investigación específicas

- ¿Qué nivel de funcionalidad presentan en términos de AVD las personas con esquizofrenia al momento de ingresar a una CMC ?
- ¿Qué cambios funcionales se observan luego de seis meses de residencia en la CMC ?
- ¿Existen diferencias en el nivel de funcionalidad en las AVD al momento del ingreso y a los seis meses de residencia en la CMC? ¿Estas diferencias pueden considerarse como significativas?
- ¿Se puede establecer un lapso de tiempo para visualizar cambios en las AVD?

Objetivos generales

Analizar si existen cambios en la funcionalidad en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) en personas con diagnóstico de esquizofrenia que residen en Casas de Medio Camino (CMC) durante un periodo mayor a 6 meses.

Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de funcionalidad en AVD al momento del ingreso de la persona a la Casa de Medio Camino.
- Medir el nivel de funcionalidad en AVD a los seis meses de residencia en la CMC.
- Comparar los resultados funcionales entre el ingreso y los seis meses para identificar si han habido cambios (mejoras, estancamientos o retrocesos).
- Identificar y analizar en qué áreas de las AVD hay cambios y en cuáles no.
- Evaluar la efectividad en la promoción de autonomía de los dispositivos alternativos de vivienda como las CMC que se implementan en nuestro país.

Metodología

El presente proyecto de investigación se abordará desde una metodología cuantitativa, ya que, esta es la más apropiada para poder investigar la funcionalidad en personas que tienen diagnóstico de esquizofrenia y que viven en Casas de Medio Camino (CMC) definidas por la Ordenanza N° 1.488/019 (2019) como “dispositivo sanitario de rehabilitación de mediana estadía (...) que permite el desarrollo de procesos terapéuticos orientados a fortalecer a las personas para que puedan adquirir y/o recuperar hábitos perdidos” (p. 32)

La metodología elegida es adecuada porque permite medir de forma objetiva, precisa y estandarizada las variables que se relacionan con las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Por lo tanto, desde ésta es posible cuantificar el nivel de funcionamiento, facilitando la obtención de datos comparables y replicables que permiten identificar patrones y relaciones entre variables (Hernández Sampieri et al., 2014).

En un primer momento se deberá seleccionar las cuatro Casas de Medio Camino que participaran de este proyecto de investigación. Posteriormente se hará un acercamiento a estas casas, con el fin de presentar el proyecto. También se propondrá conocer el funcionamiento de la CMC, así como a los usuarios que residen allí y al equipo que trabaja con ellos.

En las siguientes instancias se volverá a cada CMC elegida con el fin de explicarles con mayor profundidad en qué consiste esta investigación. Luego se procederá a seleccionar a las personas que quieran participar, por un lado los usuarios de las CMC, y por otro los informantes claves a los que se le aplicará el Cuestionario. Estos deben ser personas que conozcan bien al usuario, ya que, se espera que puedan brindar información sobre las habilidades de la vida diaria de estos. Por último, a los que quieran participar se les dará la hoja de consentimiento informado para firmar.

Se intentará seleccionar 10 usuarios por cada CMC, por lo que en total serán 40. Por cada casa se elegirán 4 educadores como informantes, ya que, estos son quienes están presentes y acompañan en la cotidianidad, en el día a día de los usuarios. Dos educadores serán los informantes claves de dos usuarios cada uno, los otros dos educadores restantes serán informantes de tres usuarios cada uno.

Luego de la selección anteriormente planteada se procederá a realizar las primeras entrevistas a los usuarios de las CMC. En estas se les aplicará un cuestionario socio-demográfico con el objetivo de conocer aspectos y datos básicos de ellos/as. El tiempo estimado para aplicarlo es de 60 minutos aproximadamente.

Una vez terminada la etapa anterior, se procede a realizar las entrevistas a los educadores/informantes. En estas se aplicará el instrumento elegido, el cual será el BELLS (Bobes García, J, et.al, 2004), se hará un recorrido por las 26 preguntas sobre las actividades de la vida diaria que realiza cada persona. Este se aplicará a cuatro educadores por cada casa, por lo que en total serán 16 educadores. Se espera que el tiempo estimado para aplicar el cuestionario sea de aproximadamente 60 minutos.

Los educadores/informantes que participarán de esta investigación deben permanecer en el transcurso de toda la intervención, ya que, más adelante se volverá a aplicar el BELS en una segunda etapa, y se necesitará a los mismos informantes. Por otro lado, los usuarios deben haber ingresado en el último mes, con el fin de establecer una línea de base para tener un punto de comparación para cuando se vuelva a aplicar el cuestionario en los siguientes seis meses. Es por este motivo que los usuarios también deben permanecer residiendo en la CMC en este período de tiempo, de lo contrario deberán ser descartados de la investigación.

En el transcurso de estos meses los usuarios estarán conviviendo en un contexto propicio para practicar cuestiones relacionadas con la cotidianeidad, en el que estarán adquiriendo herramientas, habilidades y hábitos para lograr una mayor autonomía. Como se mencionó luego de un período de tiempo de seis meses se vuelve a aplicar el Cuestionario BELS a los educadores/informantes claves.

La elección de los seis meses para volver a aplicar el Cuestionario BELS no es al azar, sino que tiene su fundamento. Se ha demostrado que los cambios en la funcionalidad de personas con esquizofrenia suelen ser graduales, se manifiestan de manera progresiva y mantenida en el tiempo, como se pudo comprobar en el estudio de Phahladira et al. (2020) en donde la mejora de la persona en el ámbito clínico y funcional ocurrió a los seis meses.

En esta misma línea, se entiende que los criterios de remisión sintomática y funcional en la esquizofrenia plantean que debe de transcurrir un mínimo de seis meses para estar seguros que los cambios en estos ámbitos no son provocados por cuestiones más temporales o contextuales (Andreasen et al., 2005). Por estas evidencias es que se respalda y justifica la elección de un mínimo temporal de seis meses en investigaciones que tengan como objetivo analizar, estudiar la funcionalidad en las AVD.

Por lo tanto, en la presente investigación habrán dos etapas/fases de aplicación del instrumento BELS, la primera al comienzo de la intervención, y la segunda a los seis meses de la primera fase de aplicación. El propósito es evaluar una vez que se obtengan los resultados, si hubo cambios en relación a las AVD de los usuarios. Por lo que, al finalizar esta última etapa, se

comenzará con el análisis y comparación de los datos y resultados obtenidos del BELS, tanto en la fase 1 como en la 2.

Población

Los participantes serán personas diagnosticadas con esquizofrenia, que se encuentren con su patología de base compensada. Serán residentes de Montevideo que vivirán en dispositivos residenciales, a los que se denominó según la normativa de Uruguay como Casas de Medio Camino (CMC) (MSP, Ordenanza N° 1.488/019, 2019).

Se tomarán cuatro CMC, las cuales tienen capacidad para 20 personas en cada una de ellas. Se intentará seleccionar 10 sujetos de cada casa que hayan ingresado en el último mes, por lo que tendremos una población total de 40 participantes. Un criterio necesario que se tendrá en cuenta es que los sujetos seleccionados deberán haber ingresado a la CMC en el último mes y que en el proceso de la investigación hayan residido en la CMC. Esto se debe a que en este transcurso de tiempo se evaluarán a los mismos usuarios y sus informantes en dos momentos distintos de la investigación, fase uno y dos de aplicación del instrumento.

Instrumento

Se utilizará el instrumento Brief Evaluation of Everyday Living Skills (BELS), el cual fue desarrollado por Byron J.R. P. White, Tania Lecomte y colegas (White, Lecomte y Brownie, 2016) y en español se traduce a Evaluación Breve de las Habilidades de la Vida Diaria. En esta investigación utilizaremos la versión en castellano que fue validada y adaptada a población hispanohablante (Jimenez, J.F., et al., 2000). Es un cuestionario que fue diseñado para “evaluar los cambios en el desempeño de las habilidades de la vida diaria en personas que sufren una enfermedad mental de larga duración” (Bobes García, J, et.al, 2004, p.1).

Lo conforman 26 preguntas en donde cada una de ellas describen un comportamiento en concreto. El instrumento cuenta con dos escalas, la primera se refiere al grado de oportunidad de realizar esa actividad de forma independiente, la cual tiene tres opciones según la dependencia/independencia. La segunda parte se refiere al nivel real de realización de cada actividad, tiene cinco escalas (4 nivel normal de realización y 0 es necesaria la supervisión diaria o no realiza ninguna actividad) (Bobes García, J, et.al, 2004).

Siguiendo con los planteos anteriores es que entendemos que es pertinente una diferenciación de las dos partes de la escala, como forma de aclarar en que se enfoca cada una. Por un lado, la escala del grado de oportunidad va a evaluar si la persona tiene verdadera posibilidad de realizar una actividad, o si el contexto es lo suficientemente adecuado para llevarla a cabo. Esto será

independiente de si la persona realiza efectivamente la actividad o no. Es importante poder diferenciar esto, ya que, muchas veces puede suceder por ejemplo que la persona tenga la capacidad funcional para realizar cierta actividad, pero que el contexto, o situaciones en particular le dificulten el poder hacerlo.

Por otro lado, la escala del grado de ejecución real evalúa lo que la persona realmente puede hacer en cuanto a las AVD, y se toma de referencia el último mes. Esta escala a diferencia de la anterior va a reflejar el nivel actual de autonomía funcional y no solo lo que podría hacer. Por lo que se entiende que es una medida que se basa en comportamientos observados, y no de un posible potencial de la persona en cierta actividad.

El cuestionario consta de tres etapas que constituyen todo el proceso a realizar. En un primer momento se debe elegir una persona que conozca bien al sujeto que se le aplicará el BELS, será a modo de informante, ya que lo que se espera es que pueda brindar información sobre las habilidades de la vida diaria del usuario. En la segunda instancia se procederá a realizar las preguntas pertinentes, lo relativo al Grado de Oportunidad para que la persona pueda de forma independiente realizar una habilidad en el entorno en el que se encuentra. Se evaluará según tres escalas que dependen del entorno y sus posibilidades (2- total oportunidad de independencia, 1- alguna oportunidad de independencia y 0- ninguna oportunidad de dependencia) (Bobes García, J, et.al, 2004).

Por último, la tercera etapa implica la valoración del nivel de realización de cada una de las habilidades de la vida diaria que componen las 26 preguntas. De forma general se tomará de referencia el último mes al momento de evaluar las conductas de la persona, a excepción de algunas preguntas que al ser poco frecuentes (4,14,15 y 26) se deberá tomar de referencia los últimos seis meses para su observación (Bobes García, J, et.al, 2004).

Primero se debe realizar la pregunta al informante y luego de la respuesta inicial, el entrevistador valorará en la escala el nivel de realización de la actividad. Dicha clasificación deberá guiarse en una lista que va del 0 a 4, la cual se basa en el nivel de realización o cuantas veces hay que sugerirle a la persona que realice dicha actividad. Las personas más independientes puntúan en cada pregunta entre el 4 y 3, mientras que las que son menos independientes puntuaran en los números más bajos (Bobes García, J, et.al, 2004).

La escala de puntuación del desempeño de la actividad va desde el 4 a 0, en donde 4 es un nivel normal de realización, 3 es cuando la persona tiene problemas menores y por tanto no afectan la independencia, el 2 implica un problema moderado o la necesidad de sugerencias de forma ocasional, la puntuación 1 refiere un problema severo o la necesidad frecuente de sugerencias para la realización de la actividad y 0 significa que la persona no realiza ninguna

actividad o que es necesaria la supervisión constante (cabe aclarar que ocasional implica menos de 4 veces al mes y frecuente es semanalmente o más seguido, pero no diariamente) (Bobes García, J, et.al, 2004).

El cuestionario se divide en 4 apartados donde se agruparán las diferentes 26 actividades de la vida diaria. El primer apartado se denomina Autocuidado (1- independencia de movimientos, 2- despertarse y levantarse, 3- vestirse, 4- vuelta a casa por la noche, 5- comidas, 6- medicación, 7- higiene personal, 8- ropa, 9- incontinencia y 10- comportamiento en el cuarto de baño). El siguiente apartado se enfocará en las Habilidades Domésticas (11- preparación de comidas, 12- preparación de comidas simples, 13- compra de comestibles, 14- compras, 15- lavado de ropa, 16- cuidado de espacio personal y 17- cuidado de su casa o zonas comunes). El tercero se denomina Habilidades Comunitarias (18- uso de transporte público, 19- uso de servicios asistenciales, 20- uso de los locales y servicios públicos y 21- uso del dinero o capacidad de controlar su presupuesto). Por último, el cuarto apartado engloba a la Actividad y Relaciones Sociales (22- ocupación diaria, 23- actividades de tiempo libre, 24- sociabilidad, 25- consideración y preocupación por otras personas y 26- prestar auxilio en una emergencia) (Bobes García, J, et.al, 2004).

Se entiende pertinente utilizar este cuestionario como instrumento principal del presente proyecto de investigación, ya que, como se ha demostrado es sumamente completo porque evalúa una gran variedad de actividades de la vida diaria (AVD) tanto básicas como instrumentales (aunque el nombre del instrumento sólo especifique las actividades básicas de la vida diaria).

Cronograma de ejecución

Semana	1° Mes	2° Mes	3° Mes	4° - 9° Mes	10° Mes	11° Mes	12° Mes	13° Mes
1er Semana	Selección de las CMC (4 en total)	CMC 1 Cuestionario socio-demográfico (usuarios)	CMC 1 Aplicamos BELLS (informantes) 1er Etapa	Des can so	CMC 1 Aplicamos BELLS (informantes) 2da Etapa	Análisis de los datos del BELLS Ambas Etapas	Presentación de los resultados CMC 1	Difusión de resultados Encuentro para las 4 CMC
2da Semana	Plantear el proyecto. Conocer funcionamiento de las CMC	CMC 2 Cuestionario socio-demográfico (usuarios)	CMC 2 Aplicamos BELLS (informantes) 1er Etapa	De	CMC 2 Aplicamos BELLS (informantes) 2da Etapa	Análisis de los datos del BELLS Ambas Etapas	Presentación de los resultados CMC 2	Difusión de resultados Asociación de Familiares de Personas con Problemas de Salud Mental
3ra Semana	Selección de usuarios e informantes CMC 1 y 2	CMC 3 Cuestionario socio-demográfico (usuarios)	CMC 3 Aplicamos BELLS (informantes) 1er Etapa	6	CMC 3 Aplicamos BELLS (informantes) 2da Etapa	Comparación de los datos del BELLS Ambas Etapas	Presentación de los resultados CMC 3	Difusión de resultados Encuentros en ASSE
4ta Semana	Selección de usuarios e informantes CMC 3 y 4	CMC 4 Cuestionario socio-demográfico (usuarios)	CMC 4 Aplicamos BELLS (informantes) 1er Etapa	Mes es	CMC 4 Aplicamos BELLS (informantes) 2da Etapa	Comparación de los datos del BELLS Ambas Etapas	Presentación de los resultados CMC 4	Difusión de resultados Jornadas en Facultad de Psicología

Consideraciones éticas

La presente investigación se registrará por las Normas Éticas de Investigación y será presentada en el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Facultad de Psicología para su valoración antes de la ejecución (Decreto N° 158/019, IMPO, 2019). Los datos e información recolectados en esta investigación, tiene como objetivo nutrir y expandir el conocimiento sobre el impacto de las Casas de Medio Camino como modelos comunitarios de intervención psicosocial, en la funcionalidad relativa a las actividades de la vida diaria y la autonomía de adultos con diagnóstico de esquizofrenia.

Los resultados obtenidos se divulgarán de forma escrita en revistas de la temática y también de forma oral en presentaciones informativas, pero no se revelará ninguna información de las personas que participaron del estudio, ya que, se tendrá en cuenta 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), ya que, este es un derecho que le permite a los sujetos poder conocer y suprimir datos que se han recolectado sobre ellos en las bases de datos tanto públicas como privadas.

Se le comunicará a los participantes que pueden negarse a ser parte de la investigación y que aunque acepte su participación, de igual forma podrá abandonarla en el momento que crea pertinente, sin provocarle ningún perjuicio. Si la persona acepta formar parte de la investigación se le entregará una hoja del Consentimiento Informado, el cual se leerá en conjunto. Si el sujeto está de acuerdo con lo manifestado allí, deberá firmar como constancia de su conformidad.

Resultados esperados

Al finalizar esta investigación se espera poder dar cuenta si ocurrieron cambios en cuanto a la funcionalidad de las AVD en personas diagnosticadas con esquizofrenia que vivieron por un tiempo determinado en una Casa de Medio Camino (CMC), y concretamente si estos cambios fueron significativos.

Por lo que, se espera que luego de residir en estos contextos por al menos seis meses, los participantes de la investigación muestren mejoras significativas en sus niveles de funcionalidad de las actividades de la vida diaria (AVD). Esto se debería ver evidenciado en las puntuaciones que se obtendrán del BELS. Estas mejoras pueden manifestarse en avances en áreas como lo es el autocuidado, manejo del dinero, cuidado del hogar, tareas cotidianas, entre otros ámbitos en los que la persona obtenga una mayor autonomía.

Así como se espera identificar las áreas en las que la recuperación funcional sea más evidente, en las que se vea una mayor mejoría. También se pretende identificar las áreas en las que la recuperación funcional sea menos notoria, evidenciando áreas en las que las personas tienen una mayor dificultad en desenvolverse autónomamente. Esto es de suma importancia, ya que, servirá para orientar próximas intervenciones, ya sea dentro del dispositivos de CMC analizadas en este proyecto, como para futuras intervenciones en los programas de otras CMC.

Por otro lado, se espera demostrar que puede haber una asociación significativamente positiva entre el tiempo de residencia de las personas en la Casa de Medio Camino y la mejora funcional. Estos posibles resultados podrían respaldar la importancia de los dispositivos residenciales como lo son las CMC. Como hemos visto en el transcurso de este trabajo, estos entornos en los que se da un gran apoyo comunitario son beneficiosos para la recuperación de la funcionalidad en personas con esquizofrenia.

Plan de Difusión de los Resultados

Para la difusión de los resultados obtenidos en la investigación se propone en primera instancia generar encuentros en cada Casa de Medio Camino seleccionada para la presente investigación. El objetivo de estas instancias es exponer los resultados obtenidos a las personas que participaron o que forman parte de las instituciones, tanto los técnicos y educadores/informantes como los propios usuarios. También se presentará el informe final, con el fin de generar un espacio de intercambio sobre los resultados.

En una segunda instancia se pretende contactar a la Asociación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental de Uruguay que concretamente es la Federación de Organizaciones de Familias por la Salud Mental, mejor conocida como “Caminantes” la cual fue creada en 2004. La Federación está integrada por diversas organizaciones que tienen como objetivo promover la participación y los derechos de las personas con problemas de salud mental y sus familias, así como trabajar con estas últimas de forma que se les pueda proporcionar apoyo e información (Mapeo de la Sociedad Civil, s.f.). El objetivo es tener encuentros con estas organizaciones para presentarles el proyecto de investigación junto con los resultados.

Por otro lado, se propone acercarnos al ámbito de la salud pública (ASSE) así como también a la Comisión de Salud Mental de nuestro país con el propósito de generar instancias en las que se puedan generar instancias para presentar el proyecto de investigación, los objetivos y los resultados obtenidos. Entendemos que estos encuentros pueden ser beneficiosos para estas instituciones y para la población.

Por último se propone pautar instancias en la Facultad de Psicología para realizar jornadas en las que se va a presentar el proyecto de investigación, así como la difusión de los resultados

obtenidos. Estos encuentros se realizarán de manera presencial y serán para todo el que quiera participar. Pero también serán transmitidos de forma sincrónica vía zoom, con el propósito de que sea accesible para más personas.

Bibliografía

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>

Arenas, A. D. P., & Melo-Trujillo, D. E. (2021). Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(1), 69-83. recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v26n1/0121-7577-hpsal-26-01-69.pdf>

Bobes García, J; G.-Portilla, MP; Bascarán Fernández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García, M. (2004). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª edición. Barcelona: Ars Médica. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/Anexo_3-2_BELS.pdf

Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 519–534. <https://doi.org/10.2147/ndt.s225643>

De León, N y Techera, A (2017) Reformas de atención en Salud Mental de Uruguay y la Región. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. 55. recuperado de <http://www.cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf#page=55>

Decreto N° 158/019. 12 de junio de 2019. Diario Oficial Uruguay. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>

Grupo de trabajo de la Guía (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i

Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2. Recuperado de:
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1791/gpc_esquizofrenia_trastorno_psicotico_2009.pdf

Expósito, L. O., & Escribano, C. C. (2015). Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 12(21), 9. recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091791>

Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 223-244. recuperado de <https://idus.us.es/server/api/core/bitstreams/588d3395-09b9-4d9a-b583-4f2acff0611e/content>

Fusar-Poli, P., Papanastasiou, E., Stahl, D., Rocchetti, M., Carpenter, W., Shergill, S., & McGuire, P. (2015). Treatments of negative symptoms in schizophrenia: Meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*, 41 (4), 892–899.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbu170>

García, M. B., & Grupo GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia. (2002). La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(5), 312-325. recuperado de :
<https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1185>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Jiménez, JF, Torres, F., Laviana, M., Luna, JD, Trieman, N. y Rickard, C. (2000). Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y confiabilidad de la versión española del «Basic Everyday Living Skills» (BELS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28 (5), 284-288. Recuperado de <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1301/2098>

Lascorz Fierro, D., Serrats Alabau, E., Pérez Solá, V., Ruiz Fornós, B., & Vegué Grilló, J. (2012). Validación de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Residencial, para personas con Trastorno Mental Severo (ENAR-CPB). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 481-498. recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/04.pdf>

- Lascorz Fierro, D., Serrats Alabau, E., Ruiz, B., Córdoba, M., & Vegué Grilló, J. (2014). Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso Terapéutico-Rehabilitador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 521-538. recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n123/original5.pdf>
- Laherna, G., Pérez-Fúster, V., Gálvez, J., Martínez, M., Sánchez, P., y Roca, M. (2016). ¿Es posible la recuperación funcional en la esquizofrenia?: un análisis cuali-cuantitativo de la opinión de los psiquiatras. *Actas Españolas Psiquiatría* 44 (3), 97-106. Recuperado de: https://fadesaludmental.es/images/Es_posible_la_recuperacion_funcional_en_la_esquizofrenia.pdf
- Ley N 18331 de 2008. Ley de Protección de Datos Personales. 11 de agosto de 2008. Diario Oficial Uruguay. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Mapeo de la Sociedad Civil (s.f.) Caminantes. Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental. Recuperado de: <https://www.mapeosociedadcivil.uy/organizaciones/caminantes-federacion-de-organizaciones-de-familiares-por-la-salud-mental/>
- Ministerio de Salud Pública (2019) Ordenanza N°1488/2019. Red de Estructuras Básicas de Atención en Salud Mental en el marco del SNIS. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-09/Exp%20%284%29%20%281%29.pdf>
- OMS y WARP (1996). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO. Recuperado de http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42407>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (1990). Declaración de Caracas sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela. Disponible en: <https://www.riadis.org/wp-content/uploads/2020/10/Declaracion-de-Caracas.pdf>

- OPS y OMS, Porras, I (2022). Documento para Apoyo en la Elaboración de Pautas y Protocolos de los Procesos de Atención y Funcionamiento de los Dispositivos de la Red de Atención en Salud Mental en Uruguay.
- Osorio-Martínez, M. L. (2017, January). Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 78, No. 1, pp. 17-22). UNMSM. Facultad de Medicina. recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n1/a03v78n1.pdf>
- Palacios, A., & Iglesias, M. G. (2017). La convención de los derechos de las personas con discapacidad. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*, 19. recuperado de <http://www.cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf#page=19>
- Phahladira, L., Asmal, L., Tomita, A., Chiliza, B., & Emsley, R. (2020). Early recovery in the first 24 months of treatment in first-episode schizophrenia-spectrum disorders. *NPJ Schizophrenia*, 6(2). <https://doi.org/10.1038/s41537-019-0093-1>
- Pichot, P., Aliño, J. J. L. I., & Miyar, M. V. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson, SA Primera Edición. México. Año*. Recuperado de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/61468079/Dsm-IV.Castellano.199520191209-92295-yggkvb-libre.pdf?1575933191=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDsm_IV_Castellano.pdf&Expires=1740799374&Signature=CgXJ6Q1PvOKzlennvKHur~IJrpTrknSwNm1ZdPanN0P3saj5z2w7Vh2inPmYwvl5wuIlGU459CTd-RkHfLujGincl19m5wgbiLUOMFkXw~PG~R-5vou1WWhb~m7JTNNQivd-IgsiJzrPwri36bfMMk5ng~kPragchtwAl9gJcBP~rISdtgxBWufRxxrylVHq9aGidTQ39IMPlaC-ipktxih3LczxvObT2f0pgy628nI2QdwuobcKCU59Q86kzp4Nk-5TCpANeO4tedUgUpNqXsUJnMU6YPAr8rNNiwU7zZyXZOTqqSRTYew~yb2Pyv8Sp9DgsXEqY4N25bzIgm2Zw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Poder Ejecutivo (2017) Ley N° 19.529. Ley de Salud Mental. 19 de septiembre del 2017. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Roca, M. (2016). ¿ Es posible la recuperación funcional en la esquizofrenia?: un análisis cualitativo de la opinión de los psiquiatras. *Actas Esp Psiquiatr*, 44(3), 97-106. Recuperado de: https://fadesaludmental.es/images/Es_posible_la_recuperacion_funcional_en_la_esquizofrenia.pdf
- Sadek, O., Argudo, A., Regueira, A. L., & Gallego, L. (2024). Impacto de los entornos residenciales supervisados en la esquizofrenia: un estudio cognitivo y funcional. *Escritos de Psicología*-

Psychological Writings, 17(2), 65-71. recuperado de
<https://www.revistas.uma.es/index.php/espsi/article/view/18104>

Silva, A. y Restrepo, D. (2017). Recuperación funcional en esquizofrenia. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 20(2), 246-255. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n4/0034-7450-rcp-48-04-252.pdf>

Toro, R., Benavides, Z., Nicol, J., & Ahumada Cabello, R. (2012). *Proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos en hogares protegidos forenses* (Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo Cristiano). recuperado de
<https://bibliotecadigital.academia.cl/server/api/core/bitstreams/dc9d7401-c8fe-4261-afa3->

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2014). *La mejora de la atención de salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Vitelleschi, M. B. (2022). Cambios clínicos en población con psicosis alojada en una casa de medio camino. In *XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de
<https://www.aacademica.org/000-084/45.pdf>

White, B. J. R. P., Lecomte, T., & Bowie, C. R. (2016). Brief Evaluation of Everyday Living Skills (BELS).

Anexos

Hoja de Consentimiento Informado

Título del estudio:

Evaluación de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria (AVD) de personas con esquizofrenia viviendo en casas de medio camino (CMC)

Investigadora responsable:

Invitación a participar:

Se le invita a participar de forma voluntaria en un estudio de investigación que tiene como objetivo analizar los cambios en la funcionalidad en las actividades de la vida diaria en personas con diagnóstico de esquizofrenia que residen en casas de medio camino.

Procedimiento:

Si acepta participar, se le solicitará responder un cuestionario socio demográfico que permitirá conocer algunos aspectos básicos sobre usted. Posteriormente, una persona informante (por ejemplo, un profesional que lo/a acompañe en su proceso) completará un instrumento llamado BELLS, que evalúa su desempeño en actividades de la vida diaria. Este mismo instrumento se aplicará nuevamente después de 6 meses. Los resultados obtenidos en ambas etapas serán comparados para identificar posibles cambios en su funcionalidad.

Duración del estudio:

La duración total de este estudio será de aproximadamente 14 meses, incluyendo el tiempo de evaluación inicial, seguimiento y análisis de los datos.

Riesgos y molestias:

No se prevén riesgos físicos ni psicológicos significativos por participar en este estudio. Algunas preguntas pueden resultarle personales o incómodas, pero puede elegir no responderlas si así lo desea.

Beneficios:

Si bien no recibirá un beneficio directo por participar, los resultados de este estudio pueden contribuir a mejorar el diseño de intervenciones psicosociales para personas con esquizofrenia que viven en casas de medio camino.

Confidencialidad:

Toda la información que usted proporcione será tratada de forma confidencial. Los datos serán utilizados exclusivamente con fines de investigación y se codificarán para proteger su identidad. En ningún caso se publicarán datos personales que permitan identificarle.

Participación voluntaria:

Su participación es totalmente voluntaria. Tiene derecho a negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implique perjuicio alguno para usted ni afecte la atención o servicios que recibe.

Consultas y contacto:

Si tiene preguntas o desea más información sobre este estudio, puede comunicarse con la investigadora responsable:

Nombre:

Correo electrónico:

Consentimiento:

He leído (o se me ha leído) esta hoja de consentimiento y comprendo en qué consiste el estudio. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido aclaradas. Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Acepto participar en este estudio de forma voluntaria.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / 20____

Cuestionario Socio-demográfico

Las siguientes preguntas tienen como objetivos indagar y conocer algunos datos generales de la persona. La información será confidencial y se utilizará sólo para fines de investigación.

Datos Generales

1. Edad: _____ años

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Otro: _____

3. Estado civil:

☐ Soltero/a

☐ Casado/a o en pareja

☐ Separado/a o divorciado/a

☐ Viudo/a

4. ¿Tiene hijos?

☐ Sí — ¿Cuántos? _____

☐ No

5. Nivel educativo alcanzado:

☐ Sin escolarización

☐ Primaria incompleta

☐ Primaria completa

☐ Secundaria incompleta

☐ Secundaria completa

☐ Terciario / Universidad incompleto

☐ Terciario / Universidad completo

6. Situación laboral actual:

☐ Empleado/a

☐ Desempleado/a

☐ Jubilado/a o pensionado/a

☐ Participa en programas de empleo protegido

☐ Otra: _____

7. ¿Recibe algún tipo de subsidio o prestación social?

☐ Sí — ¿Cuál? _____

☐ No

Datos Relacionados con la Salud Mental

10. Edad al momento del diagnóstico de esquizofrenia: _____ años

11. Tiempo desde el diagnóstico: _____ años / meses

12. Frecuencia de controles psiquiátricos:

☐ Semanal

☐ Quincenal

☐ Mensual

☐ Esporádicamente

☐ No asiste actualmente

13. ¿Está en tratamiento farmacológico actualmente?

☐ Sí

☐ No

14. ¿Participa de actividades terapéuticas o de rehabilitación?

☐ Sí — ¿Cuáles?: _____

☐ No

Ha tenido hospitalizaciones psiquiátricas previas?

☐ Sí — ¿Cuántas?: _____

☐ No

Cuestionario Brief Evaluation of Everyday Living Skills (BELS)

Normas de administración y puntuación

Aunque esta versión incluye algunas instrucciones previas al contenido de la escala se añaden en este apartado alguna información más.

En: Bobes García, J; G.-Portilla, MP; Bascarán Fernández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García, M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª edición. Barcelona: Ars Médica. 2004

- Concepto: El BELS es un cuestionario diseñado para evaluar los cambios en el desempeño de las actividades de la vida diaria en los/as pacientes con trastornos mentales de larga evolución tras su desinstitucionalización.
- Administración:
 - Heteroaplicada. Precisa la colaboración de una persona que actúe como informante clave (profesional o familiar) que conozca bien al/a la paciente para su cumplimentación, ya que será el/la informante quien proporcione la información necesaria para la codificación.
 - El marco de referencia temporal habitual es el último mes, excepto en los ítems 4 (vuelta a casa por la noche), 14 (compras), 15 (lavado de ropa) y 26 (prestar auxilio en una emergencia), en los que por referirse a comportamientos poco frecuentes se amplía el marco a los 6 meses previos.
- Puntuación:
 - Consta de 26 ítems que evalúan 26 comportamientos desde dos perspectivas:
 - Grado de oportunidad para realizar las actividades de forma independiente: Puntuación mediante escala Likert de 3 grados (0, ninguna oportunidad de independencia; 2, total oportunidad).
 - Nivel real de realización de cada actividad de la vida diaria: Puntuación mediante escala Likert de 5 grados (0, no realiza ninguna actividad o es necesaria supervisión diaria; 4, nivel normal de realización).
 - En la versión del Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental no existen puntuaciones de corte.

HABILIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA – BELS

Nombre del/de la paciente: _____ Código: _____

Nombre de la persona informante: _____ Código: _____

Nombre del/de la entrevistador/a: _____ Código: _____

Fecha de la entrevista: _____

Hoja de respuestas

Autocuidado		Oportunidad de independencia	Desempeño actual
1. Independencia de movimientos	1		
2. Despertarse y levantarse	2		
3. Vestirse	3		
4. Vuelta a casa por la noche	4		
5. Comidas	5		
6. Medicación	6		
7. Higiene personal	7		
8. Ropa	8		
9. Incontinencia	9		
10. Comportamiento en el cuarto de baño	10		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b
Habilidades Domésticas			
11. Preparación de comidas	11		
12. Preparación de comidas simples	12		
13. Compra de comestibles	13		
14. Compras	14		
15. Lavado de ropa	15		
16. Cuidado de espacio personal	16		
17. Cuidado de su casa o zonas comunes	17		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b
Habilidades Comunitarias			
18. Uso de transporte público	18		
19. Uso de servicios asistenciales	19		
20. Uso de los locales y servicios públicos	20		
21. Uso de dinero o capacidad de controlar su presupuesto	21		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b
Actividad y Relaciones Sociales			
22. Ocupación diaria	22		
23. Actividades de tiempo libre	23		
24. Sociabilidad	24		
25. Consideración y preocupación por otras personas	25		
26. Prestar auxilio en una emergencia	26		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b