



Psicología y Relaciones Humanas

Trabajo Final Integrador

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

***“Gestión de la salud en mujeres externadas con esquizofrenia del servicio de admisión en
Hospital Monovalente en Capital Federal”***

Nombre y Apellido: Fernandez Candela

Equipo docente: Durand, María Florencia y Loyola, Gabriela Jaquelina

Tutora: Yuliano, Guadalupe

Año: 2025

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
2 ÁREA Y TEMA	4
3 PALABRAS CLAVES	4
4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
5 RELEVANCIA (SOCIAL, PRÁCTICA, TEÓRICA) Y JUSTIFICACIÓN	6
5.1 Relevancia social.....	6
5.2 Relevancia práctica	6
5.3 Relevancia teórica.....	7
6 MARCO TEÓRICO.....	7
6.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA	17
7 HIPÓTESIS.....	21
8 OBJETIVOS.....	21
8.1 OBJETIVO/S GENERAL/ES	21
8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
9 METODOLOGÍA	22
9.1 TIPO DE DISEÑO.....	22
9.2 SEGÚN EL GRADO DE CONOCIMIENTO.....	23
9.3 SEGÚN EL MOMENTO DEL OBJETO EN EL TIEMPO.....	23
9.4 SEGÚN EL ENFOQUE METODOLÓGICO	23
9.5 DISEÑO UNIVERSO Y LA MUESTRA.....	24
9.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	25
10 RESULTADOS	25
10.1 ANÁLISIS DE LA MUESTRA.....	25
10.2 CONCLUSIÓN	46
11 BIBLIOGRAFÍA.....	49
12 ANEXOS.....	51
12.1 INSTRUMENTO/S TIPOS, PROTOCOLO MODELO.....	51
12.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO MODELO	59

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge por el paso en el Servicio de Admisión del Hospital Monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, luego de las Prácticas Profesionales de Salud Mental de la Carrera de Grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. La institución brinda atención interdisciplinaria en salud mental a mujeres internadas y externadas, que luego de su alta concurren al mismo a consulta externa.

La intervención de Terapia Ocupacional en el ámbito de la salud mental está encaminada a promover el aprendizaje y adquisición de las habilidades y destrezas ligadas al desempeño de automantenimiento y autocuidado, educativas y productivas, y de ocio y lúdicas. Por lo que debido a la alta incidencia de personas con esquizofrenia que requieren de modificación y adaptación en las ocupaciones, la Terapia Ocupacional se convierte en un medio de relevancia debido a su concepción holística y al uso de la ocupación y de actividades significativas lo cual se consigue una mayor independencia funcional para aumentar la calidad de vida y el bienestar en estas mujeres.

“La esquizofrenia es un trastorno mental grave, que a escala mundial afecta aproximadamente a 24 millones de personas. Se caracteriza por síntomas psicóticos y por importantes alteraciones en la forma en que se percibe la realidad y cambios en el comportamiento” (Morrison, J. (2015). Se asocia con una discapacidad y puede afectar todas las áreas de la vida, incluido el funcionamiento personal, familiar, social, educativo y ocupacional. El tratamiento requiere la integración de diferentes niveles asistenciales y diferentes intervenciones que incluyan, el tratamiento farmacológico y programas de rehabilitación y apoyo. La falta de atención adecuada

a las necesidades de esta población puede resultar en un aumento de la dependencia, la hospitalización y el deterioro de la salud mental. Además, el estigma y la discriminación relacionados con la enfermedad pueden perpetuar un ciclo de marginación y aislamiento social. A pesar de que la esquizofrenia es un trastorno de recaídas y remisiones, el tratamiento requiere la integración de diferentes niveles asistenciales y diferentes intervenciones que incluyan, el tratamiento farmacológico (el cual es el principal, al que mejor responde) y programas de rehabilitación y apoyo social que les permitan participar en la comunidad de una forma más independiente e integrada. La esencia de la terapia ocupacional se centra en el uso de la actividad con carácter terapéutico.

De acuerdo a lo mencionado, es posible llegar a la siguiente pregunta problema por la cual rondará la investigación: ¿Cuáles son los factores asociados que causan el mal manejo de medicamentos en pacientes con esquizofrenia atendidas en consultas externas en el servicio de admisión del hospital monovalente en Capital Federal?

2 ÁREA Y TEMA

Gestión de la salud en mujeres externadas con esquizofrenia del servicio de admisión en Hospital Monovalente en Capital Federal

3 PALABRAS CLAVES

Esquizofrenia; Terapia Ocupacional; Medicamentos; Adherencia al tratamiento; Salud mental

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación surge por el interés a partir de una Práctica Profesional en Salud Mental de la Licenciatura en Terapia Ocupacional realizada en el Servicio de Admisión del Hospital Monovalente de Mujeres de la Ciudad de Buenos Aires, con la necesidad de investigar qué posibles factores alteran la rutina diaria y causan un desequilibrio en la gestión de la salud en mujeres con esquizofrenia. Por lo que desde la Terapia Ocupacional se proporcionan servicios que se centran en el paciente y en la participación en las ocupaciones - definidas como “las actividades cotidianas que las personas realizan como individuos, en familias y con las comunidades para ocupar el tiempo y dar significado y propósito a la vida. Las ocupaciones incluyen cosas que la gente necesita, quiere y se espera hacer.” (WFTO, 2012a,parr.2).

Según el Marco de Trabajo “los aspectos del dominio de la terapia ocupacional son: ocupaciones, contextos, patrones de desempeño, habilidades de desempeño y factores del cliente. Todos los aspectos del dominio tienen una interrelación y juntos interactúan para afectar la identidad ocupacional, salud, bienestar y participación en la vida”.

En esta investigación se va hablar específicamente de la ocupación gestión de la salud que son “actividades relacionadas con el desarrollo, gestión y mantenimiento de salud y bienestar, incluida la autogestión, con el objetivo de mejorar o preservar la salud para apoyar la participación en otras ocupaciones” (Marco de Trabajo, 2020).

La Ley 27.051 del Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales (2014) plantea que una de las incumbencias que se tiene como Terapeuta ocupacional es la de “realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y

comunidades a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo, básicas instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre”. En otras palabras, son todas las actividades en las que se involucran las personas y que le dan estructura a sus rutinas diarias.

5 RELEVANCIA (SOCIAL, PRÁCTICA, TEÓRICA) Y JUSTIFICACIÓN

5.1 Relevancia social

El objetivo es conocer los diferentes factores que dificultan la adecuada gestión de la salud para así poder lograr una intervención correcta para que el paciente adquiera la máxima autonomía e independencia posible. Como plantea el Marco de Trabajo “toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar” (Marco de trabajo, 2014).

5.2 Relevancia práctica

A partir de este estudio se espera difundir información de cómo la Terapia Ocupacional puede intervenir de manera eficaz en la gestión de tratamiento ambulatorio de personas con esquizofrenia.

5.3 Relevancia teórica

Realizando una recorrida por distintas bibliografías basadas en Salud Mental, desde la Terapia Ocupacional contribuye al conocimiento de los diferentes factores que influyen en la adherencia al tratamiento ambulatorio en personas con esquizofrenia.

6 MARCO TEÓRICO

La salud mental, según la OMS es “como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, aspira a promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial” (OMS, 2008).

La Ley de Salud Mental N° 26.657, se promulgó en Argentina el 2 de diciembre del 2010, y como habla el artículo 1° con el “objeto de asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” (LNSM,2010) . Según el artículo 7° de la presente Ley, establece derechos que el Estado debe reconocer a las personas con padecimiento mental:

- Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.
- Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

La Ley de Salud Mental proporciona un marco esencial que apoya la práctica de la terapia ocupacional al garantizar el acceso a servicios, promover los derechos de los pacientes y fomentar un enfoque integral. Esta ley fortalece el papel de la terapia ocupacional en la atención de la salud mental. La implementación efectiva de esta legislación es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y facilitar su integración social.

El artículo 1° de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad habla de “el propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en

condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. A su vez, el artículo 6° hace referencia las mujeres con discapacidad expresando que los Estados Partes reconocen que las mujeres con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. También tomarán las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarles el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

Podemos hablar de dos tipos de estructuras psíquicas: la neurosis se define como "un desorden mental caracterizado por conflictos internos, ansiedad y defensas excesivas, que afecta la vida cotidiana del individuo" (American Psychological Association, 2020). Este trastorno se origina a partir de experiencias traumáticas o conflictivas en la infancia, que generan una perturbación en el desarrollo psicológico normal y una fijación en etapas de desarrollo anteriores. Los síntomas de la neurosis pueden incluir ansiedad, depresión, fobias, compulsiones, obsesiones y trastornos somatomorfos (APA, 2020). En cambio, la psicosis, específicamente la esquizofrenia que es la patología en la cual se basará la investigación, es una enfermedad mental grave que puede causar angustia significativa tanto a quienes la padecen como a sus seres queridos. Según el DSM-5, “la esquizofrenia se caracteriza por anomalías en uno o más de los siguientes dominios: delirios,

alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos” (DSM V, 2015). Al ser una patología crónica, la conciencia de enfermedad y el estigma asociado son factores que afectan la adherencia al tratamiento.

Las características claves que definen a los trastornos psicóticos, en este caso la esquizofrenia, según el DSM-5 (2015), son:

Delirios

Son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas. Los *delirios persecutorios* (es decir, la creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo) son los más comunes. Los *delirios referenciales* (es decir, la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales del medio ambiente, etc., se dirigen a uno) también son comunes. También pueden aparecer *delirios de grandeza* (es decir, cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales) y *delirios erotomaníacos* (es decir, cuando el individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella). Los *delirios nihilistas* suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe, y los *delirios somáticos* se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos.

Los delirios se consideran *extravagantes* si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente. Un ejemplo de delirio *no extravagante* es la creencia de que uno está siendo vigilado por la policía a pesar de la ausencia de pruebas

convincientes. Los delirios, que expresan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo, generalmente se consideran extravagantes. La distinción entre un delirio y una creencia firme es a veces difícil de realizar. En parte depende del grado de convicción con el que se mantiene la creencia a pesar de las pruebas claras o razonables en contra de su veracidad.

Alucinaciones

Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. Las alucinaciones auditivas habitualmente se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento. Las alucinaciones deben tener lugar en el contexto de un adecuado nivel de conciencia; aquellas que tienen lugar al quedarse uno dormido (*hipnagógicas*) o al despertar (*hipnopómpicas*) se considera que están dentro del rango de las experiencias normales.

Pensamiento (discurso) desorganizado

El pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento) habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas). Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (tangencialidad). En raras ocasiones, el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística (incoherencia o "ensalada de palabras"). Puesto que los discursos

ligeramente desorganizados son frecuentes, el síntoma debe ser lo suficientemente grave como para dificultar la comunicación de manera sustancial. Puede producirse una menor gravedad de la desorganización del pensamiento o del discurso durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia.

Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía)

El *comportamiento motor muy desorganizado o anómalo* se puede manifestar de diferentes maneras, desde las "tonterías" infantiloideas a la agitación impredecible. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas. El *comportamiento catatónico* es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones (*negativismo*), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (*mutismo y estupor*). También puede incluir actividad motora sin finalidad, y excesiva sin causa aparente (*excitación catatónica*). Otras características son los movimientos estereotipados repetidos, la mirada fija, las muecas, el mutismo y la ecolalia.

Síntomas negativos

Los *síntomas negativos* son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia. Dos de los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia: la expresión emotiva disminuida y la abulia. La expresión emotiva disminuida consiste en una disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, el contacto

ocular, la entonación del habla (*prosodia*) y los movimientos de las manos, la cabeza y la cara que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso. La abulia es una disminución de las actividades, realizadas por iniciativa propia y motivadas por un propósito. El individuo puede permanecer sentado durante largos períodos de tiempo y mostrar escaso interés en participar en actividades laborales o sociales. Otros síntomas negativos son la alogia, la *anhedonia* y la *asocialidad*. La *alogia* se manifiesta por una reducción del habla. La *anhedonia* es la disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente. La *asocialidad*, que se refiere a la aparente falta de interés por las interacciones sociales, puede estar asociada a la abulia, pero también puede ser indicativa de que hay escasas oportunidades para la interacción social.

Los trastornos psicóticos son heterogéneos, y la gravedad de los síntomas puede predecir aspectos importantes de los mismos, como el grado de los déficit cognitivos o neurológicos. El trastorno psicótico breve dura más de 1 día y remite en el transcurso de 1 mes. Existen diferentes de trastornos psicóticos:

Trastorno esquizotípico (de la personalidad)

Trastorno delirante

La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos un mes, sin otro síntoma psicótico. El trastorno psicótico breve dura más de un día y remite en el transcurso de un mes. El trastorno esquizofreniforme se caracteriza por un cuadro sintomático inferior a seis meses. La esquizofrenia dura al menos seis meses e

incluye al menos un mes con síntomas de la fase activa. En el trastorno esquizoafectivo se presentan simultáneamente un episodio del estado de ánimo y síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, o se sigue, de al menos, dos semanas de delirios o alucinaciones sin síntomas del estado.

Trastorno psicótico breve

Alteración que implica el inicio brusco de, al menos, uno de los siguientes psicóticos positivos: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (ej., disgregación o incoherencia frecuente) o comportamiento psicomotor muy anómalo, incluida la catatonía. Un episodio del trastorno dura al menos un día pero menos de un mes y el individuo al final retorna por completo al nivel de funcionamiento premórbido una esquizofrenia.

Trastorno esquizofreniforme

Los sujetos experimentan agitación emocional o una gran confusión. Pueden presentar cambios rápidos de un afecto intenso a otro. Aunque el trastorno sea breve, el grado de disfunción puede ser grave, y puede requerirse supervisión para asegurarse de que las necesidades nutricionales e higiénicas se satisfacen.

Esquizofrenia

Los síntomas psicóticos aparecen típicamente entre la adolescencia tardía y la mitad de la treintena. El pico de inicio de los primeros episodios psicóticos se sitúa a finales de la veintena en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los individuos presenta un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas clínicamente significativos.

La disfunción cognitiva es común. Los déficit de la cognición pueden persistir cuando otros síntomas ya han remitido y contribuyen a la discapacidad que produce el trastorno. Sin embargo, la mayoría de los individuos con esquizofrenia sigue requiriendo apoyo formal o informal para su vida diaria. Los síntomas negativos están más estrechamente ligados al pronóstico que los síntomas positivos y tienden a ser los más persistentes. Los síntomas negativos son comunes en las fases prodrómicas y residual y pueden ser graves. Los individuos que habían sido socialmente activos pueden retraerse de sus hábitos previos. Estos comportamientos a menudo son el primer signo del trastorno. Los síntomas del estado de ánimo y los episodios completos son comunes en la esquizofrenia y pueden ser concurrentes en la sintomatología de la fase activa.

Los individuos con esquizofrenia pueden mostrar un afecto inapropiado (ej., reírse en ausencia de un estímulo apropiado); un ánimo disforia que puede tomar la forma de depresión, ansiedad o enfado; una alteración del patrón del sueño; falta de interés por comer o rechazo de la comida. Los déficit cognitivos pueden consistir en un deterioro de la memoria declarativa, de la memoria del trabajo, del lenguaje y de otras funciones ejecutivas, además de una velocidad de procesamiento más lenta, además de reducciones de la atención. Algunos individuos con esquizofrenia presentan déficits de la cognición social. Algunos individuos con psicosis pueden carecer de introspección o de conciencia de su trastorno (anosognosia). Esta ausencia incluye la falta de conciencia de enfermedad, que es un síntoma típico de la esquizofrenia en sí y no una estrategia de afrontamiento.

En esta patología, el incumplimiento con las medicaciones psicotrópicas es la razón primaria de las recidivas, lo que lleva a la hospitalización nuevamente. También esta falta de adherencia al

tratamiento ocasiona la desorganización en las actividades de la vida diaria que se definen como “las tareas de mantenimiento personal, movilidad, comunicación, el manejo del hogar, que capacitan al individuo a lograr la independencia en su entorno” (Pedretti, 1981; Mosey, 1986). La persona comienza a ser parte de la intervención de un equipo interdisciplinario, en el que se encuentra el terapeuta ocupacional, donde el paciente es visto como un ser social, ya que no puede ser intervenido al margen de esta sociedad. Para conseguir la independencia funcional de las personas con enfermedad mental se demostró la necesidad de potenciar alternativas de rehabilitación psicosocial lo que genera más posibilidades de lograr reincorporarse a la vida social activa y de alcanzar una calidad de vida mejor que aquellos pacientes que no participan.

El profesional de Terapia Ocupacional funciona como un articulador entre estos subsistemas y el entorno, que pone unas demandas lo suficientemente altas como para que muchas de las destrezas de la persona no consigan salvar las dificultades que obstaculizan sus ocupaciones diarias debido a su enfermedad. A través de las fortalezas del usuario, el terapeuta media entre la persona y el entorno, adaptando tanto a este último como a la propia persona. Así, Meyer, a comienzos del siglo XX, decía que el principal problema que presenta el “paciente” es la “adaptación” y que Terapia Ocupacional aumentaban las oportunidades de “compromiso” de esta persona en las actividades utilizadas en la intervención, generalizando luego esta acción a las diversas actividades de su vida diaria. La eficacia de este tipo de intervenciones está demostrada donde asegura un resultado positivo que influirá en el bienestar y salud de la persona lo que conlleva a una externación. En el caso del Hospital Monovalente de la Ciudad de Buenos Aires en el servicio de Admisión la mayor parte de las pacientes externadas continúan en seguimiento con parte del equipo interdisciplinario que les dio el alta.

Los profesionales deben focalizar su tarea en ayudar al paciente a conseguir sus propios objetivos. Wallace (1998) recomienda que deben realizar una evaluación detallada de los roles que desarrollan los pacientes y del contexto en que los desempeñan.

Navarro, y col. (1999) proponen pautas de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento en atención primaria:

- Educación sanitaria
- Dar instrucciones por escrito
- Recordatorio para tomar la medicación o acudir a las citas
- Técnicas de apoyo familiar

En relación a lo anteriormente mencionado, desde la Terapia Ocupacional se puede utilizar el Modelo de Persona - Ambiente - Ocupación (PAO), utilizando un enfoque transaccional, reconoce que el contexto de la persona está continuamente cambiando y, como el contexto cambia, el comportamiento necesario para cumplir ciertos objetivos también cambia (Dunn, Brown & McGuigan, 1994).

6.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA

Equilibrio y Organización de la Rutina Diaria (Gómez Lillo, Silvia, 2006)

En el siguiente artículo se aborda el concepto sobre Adaptación y Equilibrio Ocupacional, la relación entre los mismos, y la importancia de alcanzar una calidad de vida adecuada. Se lleva a

cabo una recorrida sobre los distintos conceptos y los factores que pueden influir generando un desequilibrio ocupacional. Se hace mención sobre distintos estudios sobre equilibrio ocupacional y actividades de la vida diaria, y, por último, la autora hace recomendaciones acerca de cómo lograr y mantener un adecuado Equilibrio Ocupacional que impacte de manera significativa en la rutina diaria.

Revisión sistemática: Intervenciones de Terapia Ocupacional en personas diagnosticadas de Esquizofrenia. (Sheila Casal Barcala, 2011).

Dicho trabajo tiene como objetivo comprobar la eficacia de la Terapia Ocupacional en personas diagnosticadas con esquizofrenia a través de una revisión bibliográfica. Plantea que el abordaje terapéutico, junto con el tratamiento farmacológico y la Terapia Ocupacional es fundamental para las intervenciones que tengan como objetivo lograr que el paciente adquiera la mayor autonomía e independencia posible, influyendo de esta manera en su calidad de vida. Concluye expresando que la intervención desde Terapia Ocupacional aporta beneficios que van más allá de la evolución psicopatológica del usuario. La misma influye de manera positiva en el desarrollo integral de la persona, mejorando su salud y enriqueciendo progresivamente su nivel de inclusión en la sociedad, para conseguir una vida más autónoma e independiente.

Terapia Ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. (Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso, 2004).

En el presente artículo se hace hincapié en cómo la ocupación puede ser un beneficio para la salud. Define que la realización de las ocupaciones a lo largo de la vida beneficia a la maduración

sensorial, física y psicológica, al desarrollo social y emocional del individuo. Subrayan que la repetición de comportamientos ocupacionales contribuye a la organización de las estructuras físicas y mentales del ser humano. Digamos, que la implicación en las distintas ocupaciones puede generar y mantener cambios en los individuos, somos seres ocupacionales. Pone de manifiesto que la ocupación debería ser considerada como una entidad ya que permite al ser humano adaptarse al entorno, y como medio terapéutico, porque da sentido y significado a la existencia. Por último, plantea que la misma puede “contribuir a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y la discapacidad, al desarrollo, adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del nivel óptimo de funcionamiento psicológico y de las estructuras corporales, así como a la autonomía personal, la productividad y la adquisición de estilos de vida satisfactorios y a la participación e integración al medio.”

La intervención en esquizofrenia: nuevos avances desde la investigación y la práctica clínica (Salvador Perona Garcelán, 2006)

En dicho trabajo se busca un conocimiento en cuanto al apoyo en la toma de medicación, siendo que las personas que padecen de esquizofrenia presentan pérdidas de personas significativas de su entorno social inmediato, y también debemos entender las implicaciones que esto tiene en el entorno familiar, siendo que la primera reacción por parte de los allegados es de sorpresa, incompreensión y desconcierto. A medio y largo plazo se convierten en relaciones difíciles de mantener, en el que el agotamiento es el punto común de todas ellas.

La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica (Alejandro Florit - Robles, 2006)

El presente artículo hace referencia a “las intervenciones psicosociales pretender reducir el impacto que tienen en la vida del sujeto tanto de los síntomas negativos de la esquizofrenia como de los positivos, aumentar el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener el propio sujeto y su familia, así como favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del paciente, proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares, etc.” (Muesser, Liberman y Glynn, 1990; Tomaras, Vlachonikolis, Stefanis y cols., 1998). “El objeto de la Rehabilitación Psicosocial, tal y como apunta Rodríguez (1997) es el de ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles. La normalización de las personas con discapacidad no es sinónimo de normalidad (igualar unos patrones a lo estadísticamente mayoritario), cada persona es como es, con sus peculiaridades; se trata de ofrecer oportunidades y apoyo para permitir un estilo de vida similar al resto de los miembros de su comunidad” (Nirje, 1969).

7 HIPÓTESIS

La intervención de terapia ocupacional en la gestión de la salud en mujeres con esquizofrenia que realizan tratamiento ambulatorio mejora su calidad de vida en comparación con aquellas que no la reciben.

8 OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO/S GENERAL/ES

- Analizar los factores de la rutina diaria en la gestión de salud en mujeres con esquizofrenia que realizan tratamiento ambulatorio en un servicio de corto tratamiento en un hospital monovalente de CABA

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar rutinas de ingesta de medicación según plan de tratamiento
- Identificar factores medioambientales y personales
- Identificar apoyos que colaboren con la adherencia al tratamiento psicofarmacológico

9 METODOLOGÍA

9.1 TIPO DE DISEÑO

Se va a realizar una investigación de tipo *experimental*, que “se refiere a un estudio en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes (supuestas causas antecedentes), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (supuestos efectos consecuentes), dentro de una situación de control para el investigador” (Fleiss, 2013; O’Brien, 2009 y Green, 2003). A su vez, dentro del tipo experimental es un diseño cuasiexperimental, que manipula, al menos, una variable independiente para observar su efecto sobre una o más variables dependientes, sólo que difieren de los experimentos “puros” en el grado de seguridad que puede tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos.

Tomando los conceptos de Sampieri (2014), se considera que el TFI corresponde a un *enfoque metodológico cuantitativo*, ya que se pretende conocer qué características del entorno y de sí misma impactan en la gestión de la salud de la población en cuestión. Para obtener esto, se realizó una encuesta de opciones múltiples a mujeres con esquizofrenia del Hospital Monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por otro lado, según el tipo de trabajo a realizar se considera que el presente TFI requiere de un trabajo bibliográfico y de campo. En primer lugar, se recurrió a búsqueda bibliográfica para ahondar en terminología relevante del tema de interés y para conocer las normativas y leyes que velan por el derecho de estas personas.

9.2 SEGÚN EL GRADO DE CONOCIMIENTO

El siguiente TFI es considerado un diseño de tipo *descriptivo-explicativo*, siendo que con “los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas” (Sampieri 2014). Y “los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables” (Sampieri 2014). En este caso, se buscará conocer si la variable *rutina diaria*, tiene incidencia en la *gestión de salud* en mujeres con esquizofrenia.

9.3 SEGÚN EL MOMENTO DEL OBJETO EN EL TIEMPO

Con respecto a la temporalidad de los datos, es *transversal* siendo que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

9.4 SEGÚN EL ENFOQUE METODOLÓGICO

Dicha investigación tiene un tipo de enfoque metodológico cuantitativo, que según, Ackoff (1967), “un problema planteado correctamente está resuelto en parte; a mayor exactitud corresponden más posibilidades de obtener una solución satisfactoria. El investigador debe ser

capaz no sólo de conceptuar el problema, sino también de escribirlo en forma clara, precisa y accesible. En ocasiones sabe lo que quiere hacer, pero no cómo comunicarlo a los demás, y tiene que realizar un mayor esfuerzo por traducir su pensamiento a términos comprensibles, pues en la actualidad la mayoría de las investigaciones requieren la colaboración de varias personas. Los planteamientos cuantitativos se derivan de la literatura y corresponden a una extensa gama de propósitos de investigación, como: describir tendencias y patrones, evaluar variaciones, identificar diferencias, medir resultados y probar teorías.”

9.5 DISEÑO UNIVERSO Y LA MUESTRA

Población o universo es “así, una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Lepkowski, 2008b). En este caso el universo corresponde a “Todas las mujeres con esquizofrenia que realizan tratamiento ambulatorio en el servicio de Admisión del Hospital Monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

Para el proceso cuantitativo, la muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población. Dichos datos recolectados se definieron y delimitaron de antemano los cuales son los criterios de inclusión y exclusión que sirven para caracterizar la muestra. En este caso son mujeres entre 20 a 45 años que están externadas y acuden a consultas externas en el servicio de Admisión del Hospital Monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

9.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Que sean mujeres
- Tengan entre 20 a 45 años de edad
- Estén diagnosticadas con esquizofrenia
- Que haya cursado por lo menos una internación por razones de salud mental en servicio de admisión de Hospital Monovalente de Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Criterios de exclusión:

- Que presenten alguna otra discapacidad
- Que se encuentren internadas
- Que tenga necesidades básicas insatisfechas

10 RESULTADOS

10.1 ANÁLISIS DE LA MUESTRA

10.1.a Gráfico 1

Día, mes y año
34 respuestas

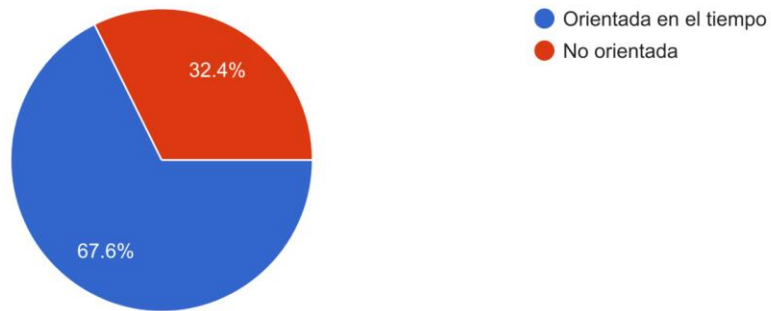


Gráfico 1. “Orientación en el tiempo”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 1**, cuya variable es si la persona se encuentra ”orientada en el tiempo”, se obtuvo que el 67,6% de las encuestadas se encuentran orientadas, mientras que el 32,4% restante no.

De ese 32,4% que no está orientada en el tiempo es redundante, típico y común de la disfunción cognitiva que es común en este tipo de trastorno.

10.1.b Gráfico 2.

Edad

34 respuestas

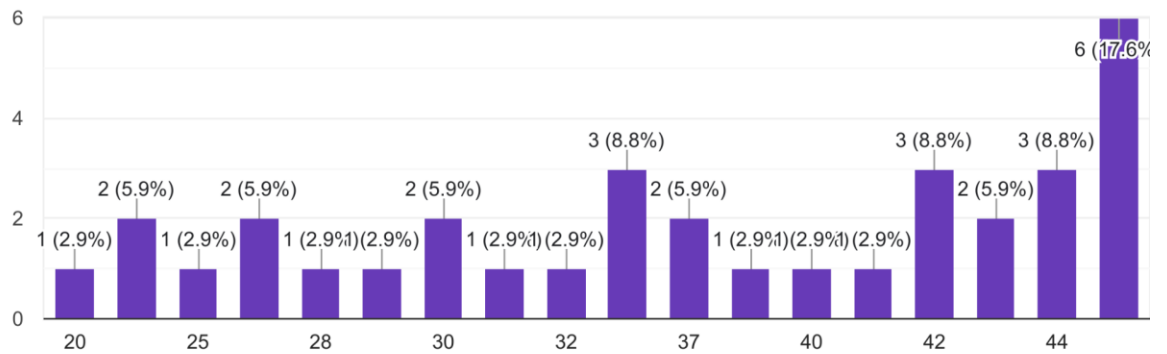


Gráfico 2. Edad. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

Al realizar un análisis del **gráfico 2**, representa el criterio de inclusión para formar parte de la población seleccionada para la encuesta. El 100% de las encuestadas tienen edad promedio entre 20 a 45 años de edad.

10.1.c Gráfico 3

Lugar de residencia
34 respuestas

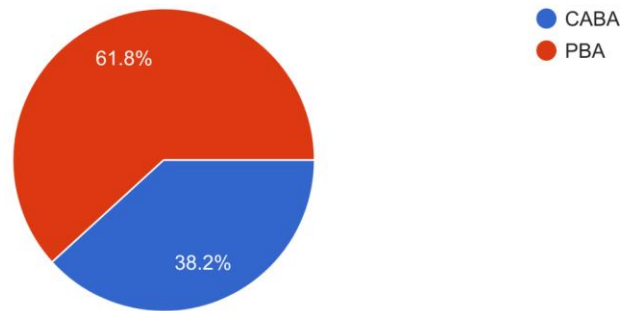


Gráfico 3. “Lugar de residencia”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 3** expone que 13 de las encuestadas, el 61,8%, son de la Provincia de Buenos Aires. Mientras que el 38,2% son de Capital Federal.

10.1.d Gráfico 4

Nivel de estudios alcanzados
34 respuestas

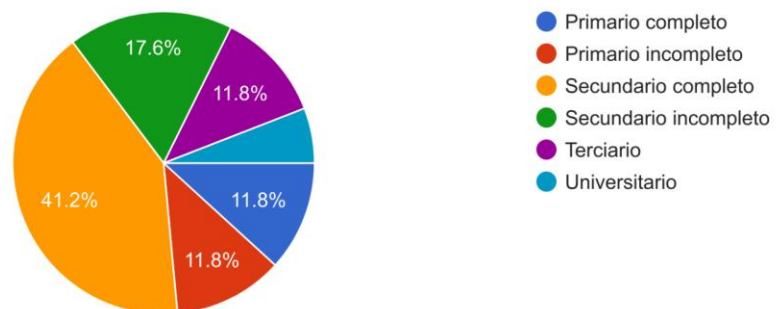


Gráfico 4: “Nivel de estudios alcanzados”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 4** representa el “Nivel de estudio alcanzado”. Oportunidades de participación de educación formal.

10.1.e Gráfico 5

Situación laboral
34 respuestas

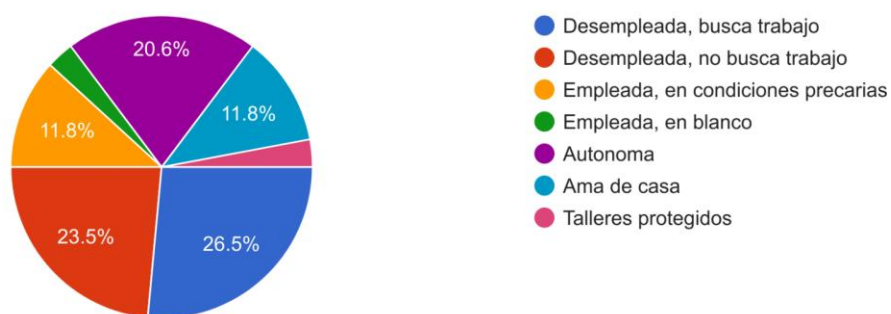


Gráfico 5: “Situación laboral”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 5** representa la “situación laboral”, esto me indica y se encuentra relacionado con las ocupaciones o no que presentan las encuestadas. Siendo que 10 (50%) se encuentran desempleadas, 9 de ellas (26,5%) buscando trabajo y 8 (23,5%) no buscan.

También el gráfico muestra que 4 (11,8%) de ellas son ama de casa; 4 de las encuestadas (11,8%) se encuentran empleadas en condiciones precarias; 7 (20,6%) son autónomas, tienen sus propios emprendimientos; una de ellas se encuentra en un taller protegido; y por último, una se encuentra empleada en blanco.

10.1. f Gráfico 6

Factores socioeconómicos

34 respuestas



Gráfico 6: “Factores socioeconómicos”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 6** son los “factores socioeconómicos”, que son fundamentales para sus necesidades básicas.

10.1.g Gráfico 7

Tiene CUD?

34 respuestas

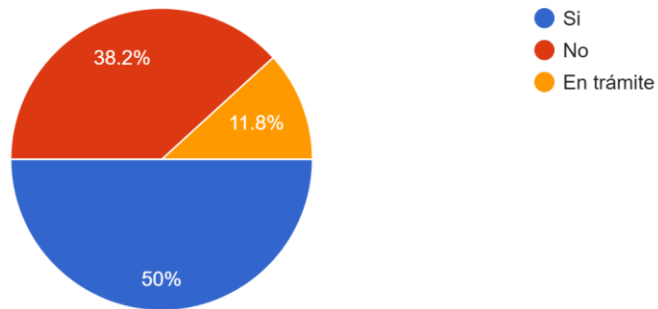


Gráfico 7: “Si tiene CUD”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 7** nos brinda información sobre el “Certificado Único de Discapacidad”, que es un documento que certifica la discapacidad de la persona y le permite acceder a derechos y prestaciones que brinda el Estado, donde arroja que un 50% de las pacientes presentan CUD, un 38,2% no tienen y un 11,8% lo tiene en trámite.

10.1.h Gráfico 8

Tiene pensión?

34 respuestas

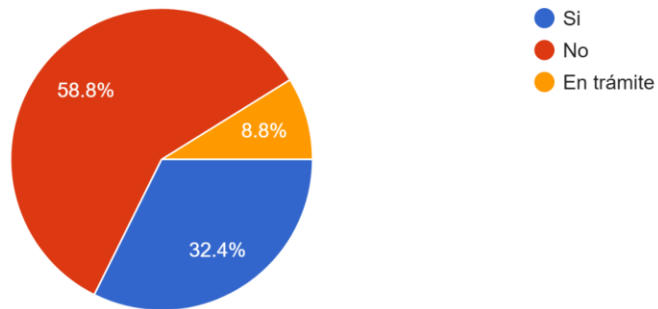


Gráfico 8: “Si tiene pensión”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 8**, representa la cantidad de usuarias que presentan “pensión”, la cual tienen derecho para tramitarla y así poder tener todos los meses un ingreso. Los resultados fueron que veinte de ellas no presentan pensión, once si tiene, y por último, tres de ellas la tienen en trámite.

10.1.i Gráfico 9

Tiene obra social?

34 respuestas

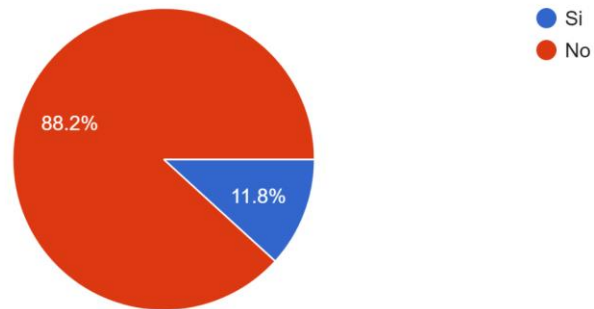


Gráfico 9: “Si tiene obra social”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 9**, expresa que en su gran mayoría, específicamente treinta de las treinta y cuatro mujeres entrevistadas, no presentan obra social.

10.1.g Gráfico 10

Número de internaciones que tuvo
34 respuestas

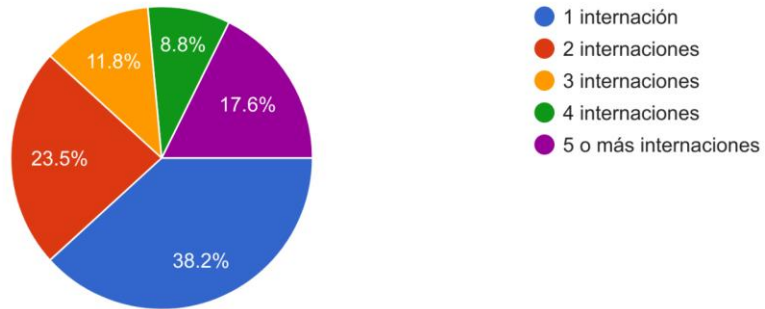


Gráfico 10: “Número de internaciones”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 10**, nos brinda información sobre el número de internaciones que experimentó cada paciente. Se puede decir que más de la mitad de ellas padecieron recaídas, ya que tuvieron más de una internación.

10.1.h Gráfico 11

Quando fue la última internación?

34 respuestas

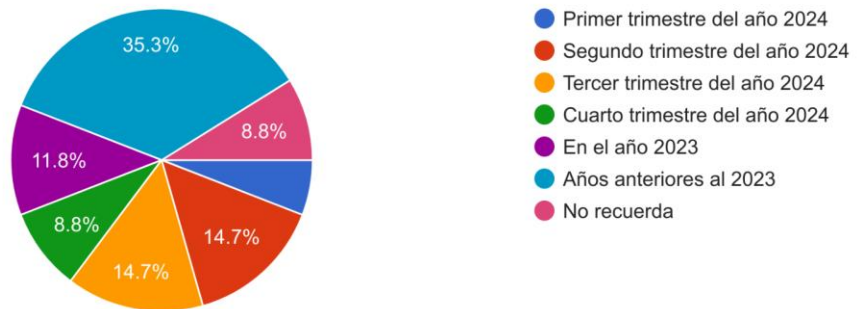


Gráfico 11: “Última internación”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 11**, nos describe cuando fue la “última internación” de las entrevistadas. Tenemos como resultado que un 35,3% fue en años anteriores al año 2023, un 11,8% en el año 2023, un 5,2% en el primer trimestre del 2024, un 14,7% en el segundo trimestre del 2024, un 14,7% en el tercer trimestre del 2024, un 8,8% en el cuarto trimestre del 2024 y un 8,8% que no recuerda.

10.1.i Gráfico 12

Como accedes a la medicación?

34 respuestas



Gráfico 12: “Acceso a la medicación”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 12** nos indica que todas las entrevistadas reciben la medicación de manera gratuita, tanto en el Hospital Monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 85,3%, como en otro hospital o dispositivo de salud 14,7%.

10.1.j Gráfico 13

Como te manejas con la receta para la medicación?

34 respuestas

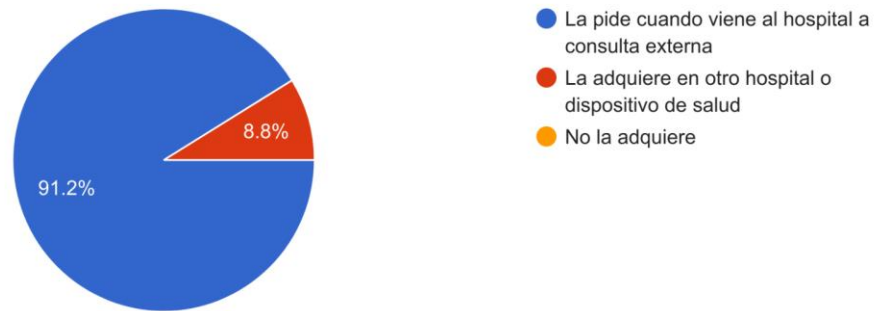


Gráfico 13: “Receta para la medicación”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 13** nos indica que las mujeres tienen la responsabilidad de cuando van a consulta externa adquieren la receta para su medicación.

10.1.k Gráfico 14

Tenes apoyos para la toma de medicación?

34 respuestas

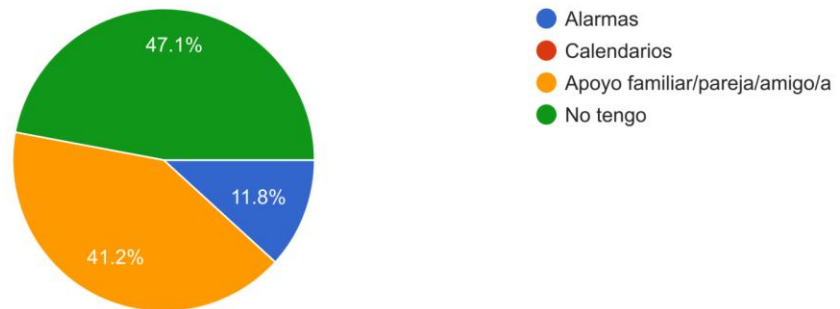


Gráfico 14: “Apoyos para la toma de medicación”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 14** nos arroja información sobre “apoyos para la toma de medicación”, donde dieciséis de ellas no presentan apoyos, catorce dependen de algún familiar/pareja/amigo/a y cuatro tienen alarmas.

10.1.1 Gráfico 15

Sabes la cantidad de pastillas que tomas por día y cuáles son?

34 respuestas

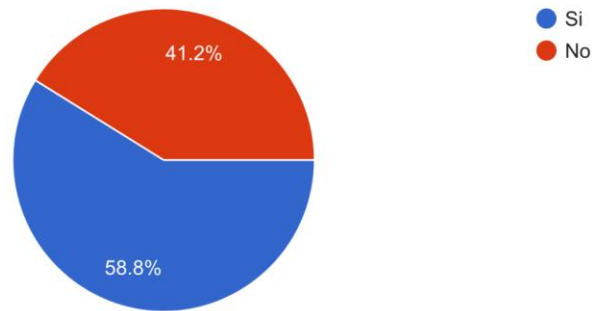


Gráfico 15: “Si sabe la cantidad de pastillas que toma por día y cuales son”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 15** nos brinda información de que veinte mujeres saben la cantidad de pastillas que toman por día y cuales son, y catorce de ellas no lo saben.

10.1.m Gráfico 16

Alguna situación de tu vida diaria te genera ansiedad?

34 respuestas

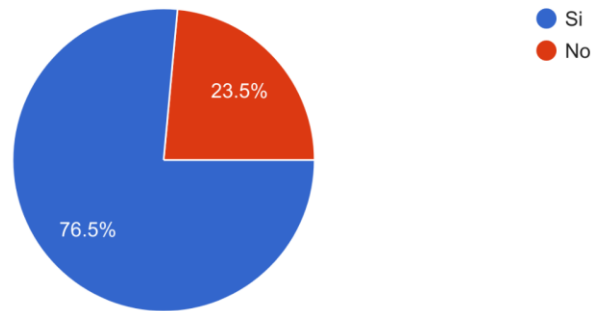


Gráfico 16: “Si alguna situación en su rutina diaria le genera ansiedad”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 16**, nos expresa que veintiséis usuarias presentan ansiedad por alguna situación en su rutina diaria, mientras que solamente ocho no sufren de ansiedad.

10.1.n Gráfico 17

Tenes amistades?

34 respuestas

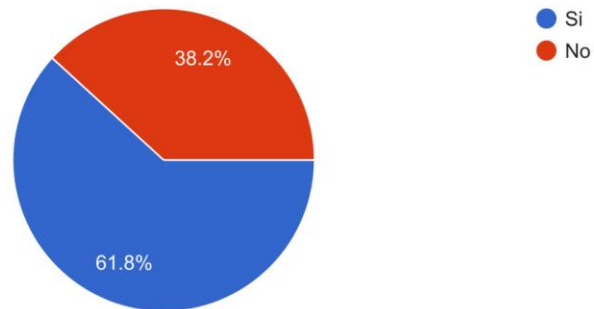


Gráfico 17: “Amistades”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

Con el **gráfico 17** se recolectó información sobre “amistades”, donde nos expresa que veintiún de ellas presentan amistades, por lo que tienen interacción social y trece no tienen.

10.1.ñ Gráfico 18

Con qué frecuencia se ven?

27 respuestas

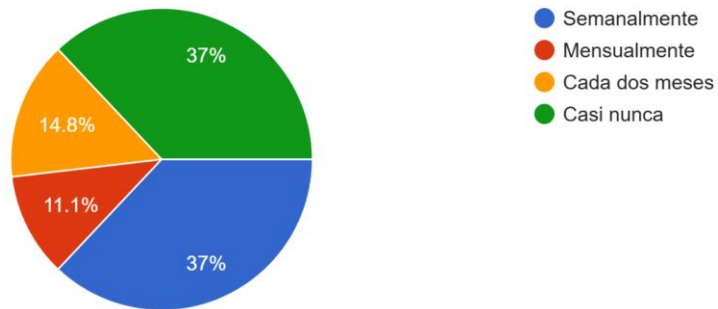


Gráfico 18: “Frecuencia con la que se ven”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 18** nos expresa con qué frecuencia se ven con sus amistades, siendo que diez se ven semanalmente, tres mensualmente, cuatro cada dos meses y diez casi nunca.

10.1.o Gráfico 19

Disfrutas realizar actividades en tu tiempo libre con alguien?

34 respuestas

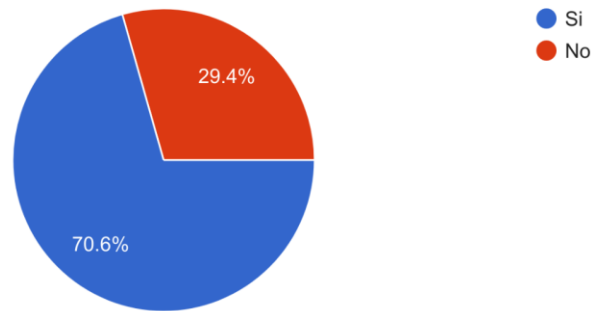


Gráfico 19: “Si disfruta realizar actividades en su tiempo libre con alguien”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 19** nos indica que el 70,6% de las mujeres disfrutan realizar actividades en su tiempo libre con alguien, donde aclaraban que era en compañía de su hijo/a. El 29,4% no disfruta de realizar actividades.

10.1.p Gráfico 20

Tu familia o grupo social como esta conformado?

34 respuestas

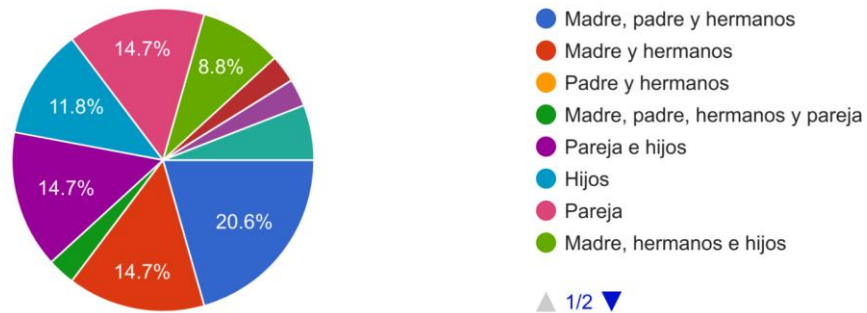


Gráfico 20: “Cómo está conformado su grupo social o familia”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 20** nos da información sobre “cómo está conformado el grupo familiar o social”, donde se observó mientras se las entrevistaba que ellas toman como familia o grupo social con quien/es conviven. Se observó que ninguna de las encuestadas vive sola.

10.1.q Gráfico 21

Como es tu relación con ellos?

34 respuestas

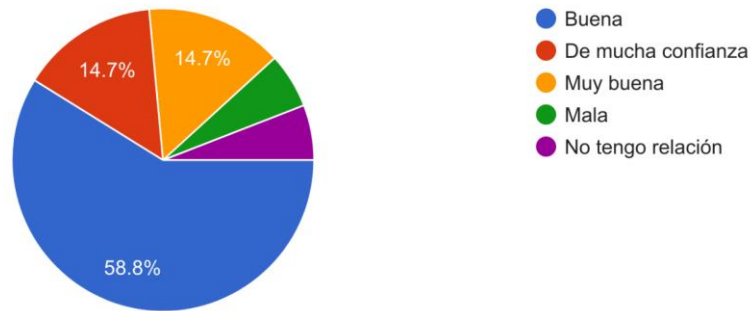


Gráfico 21: “Cómo es la relación con su familia o grupo social”. Fuente: Encuesta de elaboración propia de alumna de la carrera de Terapia Ocupacional de la UAI para TFI. Año: 2025

El **gráfico 21** nos indica cómo es la relación de las usuarias con su familia o grupo social, donde un 58,8% es buena, un 14,7% es de mucha confianza, otro 14,7% es muy buena, un 5,9% es mala y otro 5,9% no tiene relación.

10.2 CONCLUSIÓN

La presente investigación de tipo cuantitativa tiene por objetivo general “Analizar los factores de la rutina diaria en la gestión de salud en mujeres con esquizofrenia que realizan tratamiento ambulatorio en un servicio de corto tratamiento en un hospital monovalente de CABA”.

Se establece contacto con el equipo de profesionales del servicio de Admisión para explicarles los objetivos de la investigación y el mismo proceso que se llevó a cabo con las mujeres que luego se entrevistaron, respetando las consideraciones éticas exigidas para la investigación y se concluye con las firmas de las usuarias de los consentimientos informados.

Por eso mismo a través de un instrumento de medición que se explica como “instrumento para medir las variables contenidas en las hipótesis (y cuando no hay hipótesis simplemente para medir las variables de interés). Esa medición es eficaz cuando el instrumento de recolección de datos en realidad representa las variables que tenemos en mente.” (Babbie, 2014 y Bostwick y Kyte, 2005). Por lo que, se llevó a cabo un cuestionario que “consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir” (Chasteauneuf, 2009). Estas preguntas son de tipo cerradas contienen opciones de respuestas que han sido delimitadas previamente y se administró mediante entrevista personal, que implica que el entrevistador aplica el cuestionario a los participantes. Según León y Montero (2003) expresan que “el cuestionario por entrevista es el que consigue un mayor porcentaje de respuestas a las preguntas, su estimación es de 80 a 85%”.

La entrevista se realizó a treinta y cuatro mujeres externadas que acuden a consultas externas en el servicio de Admisión del Hospital Monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las mismas están en un rango de edad entre veinte y cuarenta y cinco años. Veintitrés de ellas están

orientadas en tiempo, mientras que las once restantes no lo están. Más de la mitad de ellas, exactamente veintiún mujeres vienen de la Provincia de Buenos Aires a consulta externa en busca de su medicación y las demás residen en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se detecta que la gran mayoría de ellas acuden sin acompañantes y poseen pocos recursos.

Retomando el objetivo general de la presente investigación se pudieron conocer las características de las variables que se buscaban. Las treinta y cuatro mujeres mostraron predisposición a responder el cuestionario. Se observó la necesidad de realizar registros formales sobre apoyos para la toma de medicación, equilibrio en su rutina diaria, el derecho al cobro de pensión por discapacidad y al Certificado Único de Discapacidad, la reinserción en la sociedad y manejo de la ansiedad.

En base al objetivo anteriormente mencionado, podemos decir que la rutina diaria - que son los “patrones de comportamiento que son observables, regulares o fijos, repetitivos y que proveen de estructura a la vida diaria” (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2014)- como las distintas Áreas de la Ocupación, explicadas con anterioridad, se ven alteradas. Se observa en la información recolectada mediante las entrevistas que el 41,2% de las mujeres entrevistadas tienen apoyo para la toma de medicación a algún familiar/pareja/amigo/a. Mientras que un 47,1% no tienen ningún tipo de apoyo. Solo cuatro de ellas que toman la medicación por sí solas, tienen de apoyo “alarma”.

También se obtuvo como dato que el 58,8% saben la medicación que toman, en tanto que el 41,2% no sabe. Se observó que muchas de las que saben la medicación que toman se las da algún familiar/pareja/amigo/a.

Como se mencionó anteriormente en los síntomas negativos de este trastorno, la expresión emotiva disminuida, la abulia y la asocialidad, están presentes en gran parte de las entrevistadas, siendo que en cuanto a “nivel de estudios alcanzados”, un 17,6% tienen el secundario incompleto, 11,8% primario incompleto y 11,8% solo termino el primario, y no presentan iniciativa para culminar con eso. Respecto a la “situación laboral”, un 23,5% se encuentran desempleadas sin buscar trabajo y un 11,8% son ama de casa, sin interés de poseer un trabajo o comenzar un emprendimiento. En lo que concierne a asocialidad se puede decir que un 38,2% no cuentan con amistades, siendo que el 61,8% conservan sus amistades, sin embargo se ven con muy poca frecuencia.

Tal como se destacó, los individuos que presentan esquizofrenia es normal que padezcan de ansiedad, siendo esto confirmado por la entrevista realizada, un 76,5% de las mujeres entrevistadas presentan ansiedad por diferentes motivos en su vida diaria.

Como para ir culminando, nuestra labor como profesionales va más allá de la rehabilitación, el objetivo está en facilitarles a las personas que presentan algún problema de salud mental, en este caso esquizofrenia, la oportunidad de involucrarse y desarrollar una total participación en ocupaciones. Los programas de terapia ocupacional pueden aumentar la adherencia al tratamiento en mujeres con esquizofrenia al ofrecer apoyo y estrategias de afrontamiento que abordan las barreras emocionales y sociales, enfocándonos en su bienestar.

11 BIBLIOGRAFÍA

- (Saiz Ruiz, J., Vega Sánchez, D. C., & Sánchez Páez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 235-254.)
- HIRIART, G. M. (2018). ¿ De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?. *Utopía y praxis latinoamericana*, 23(83), 86-95.
- Gejman, P. V., & Sanders, A. R. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(3), 227-234.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172.
- American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy's role in mental health*.
- Ministerio de Salud. (año). *Ley de Salud Mental*.
- World Federation of Occupational Therapists. (2020). *Position statement on mental health*.
- Barros, L. A., & Mendes, E. A. (2020). La terapia ocupacional en el tratamiento de la esquizofrenia: una revisión de la literatura. *Revista Brasileira de Terapia Ocupacional*, 11(1), 25-35.
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 223-244.
- PERONA GARCELÁN, S. (2006). La intervención en esquizofrenia: nuevos avances desde la investigación y la práctica clínica. *Apuntes De Psicología*, 24(1-3), 5-10.

- López, M., & Jiménez, A. (2019). Intervenciones de terapia ocupacional en salud mental: implicaciones para mujeres con esquizofrenia. *Psicología y Salud*, 29(2), 157-165.
- Castro, J., & Villalobos, C. (2018). Efectos de la terapia ocupacional en la calidad de vida de mujeres con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(1), 12-20.
- Mendoza, T., & Pérez, A. (2022). Terapias ocupacionales y su influencia en el bienestar emocional de mujeres con esquizofrenia. *Revista de Terapias Alternativas*, 18(4), 45-53.
- Casal Barcala, S. (2011). Revisión sistemática: intervenciones de terapia ocupacional en personas diagnosticadas de esquizofrenia.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos , P. (2014). Ley 27.051 Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional. Buenos Aires.
- Moruno Miralles , P., & Romero Ayuso , D. (2006). Actividades de la vida diaria. Masson.
- Moruno Miralles, P., & Romero Ayuso, D. (2004). Terapia Ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento.
- Gomez Lillo, S. (2006). Equilibrio y organización de la Rutina Diaria .

- Rivas-Garibay, M., Olvera-Romero, M., & Ferman-Cruz, G. (2011). Utilidad de la Terapia Ocupacional en pacientes psiquiátricos.
- Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2002;29 (4): 232-238
- Rev Enferm Salud Ment. 2015; 1 : 16-22
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Ed. Médica Panamericana.
- Hernández Sampieri , R., Fernández Collado , C., & Baptista Lucio , P. (2014). Metodología de la investigación Sexta Edición.

12 ANEXOS

12.1 INSTRUMENTO/S TIPOS, PROTOCOLO MODELO

ENTREVISTA

1. Día, mes y año *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Orientada en el tiempo
☐ No orientada

2. Edad *

3. Lugar de residencia *

Marca solo un óvalo.

- ☐ CABA
☐ PBA

4. Nivel de estudios alcanzados *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Primario completo
☐ Primario incompleto
☐ Secundario completo
☐ Secundario incompleto
☐ Terciario
☐ Universitario

5. Situación laboral *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Desempleada, busca trabajo
- ☐ Desempleada, no busca trabajo
- ☐ Empleada, en condiciones precarias
- ☐ Empleada, en blanco
- ☐ Autónoma
- ☐ Ama de casa
- ☐ Otros: _____

6. Factores socioeconómicos *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Tiene ingresos
- ☐ Ayuda económica que le brinda su entorno
- ☐ Cobra beca/plan
- ☐ Tiene ingresos y cobra beca/plan
- ☐ Ayuda económica y cobra beca/plan
- ☐ Ninguna de las opciones anteriores

7. Tiene CUD? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ En trámite
-

8. Tiene pensión? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ En trámite

9. Tiene obra social? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No

10. Número de internaciones que tuvo *

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1 internación
- ☐ 2 internaciones
- ☐ 3 internaciones
- ☐ 4 internaciones
- ☐ 5 o más internaciones

11. Cuando fue la última internación? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Primer trimestre del año 2024
- ☐ Segundo trimestre del año 2024
- ☐ Tercer trimestre del año 2024
- ☐ Cuarto trimestre del año 2024
- ☐ En el año 2023
- ☐ Años anteriores al 2023
- ☐ No recuerda

12. Como accedes a la medicación? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Acceso gratuito en este hospital
- ☐ Acceso gratuito en otro hospital o dispositivo de salud
- ☐ Gratuito en instituciones pertenecientes a otros sectores públicos
- ☐ Mixto, acceso gratuito a algunos medicamentos, teniendo que comprar otros
- ☐ Acceso errático o en relación a la disponibilidad (a veces adquiere la medicación gratuita, otras veces la compra o mixta)
- ☐ Compra de medicación
- ☐ No accede

13. Tienes apoyos para la toma de medicación? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Alarmas
- ☐ Calendarios
- ☐ Apoyo familiar/pareja/amigo/a
- ☐ No tengo

14. Sabes la cantidad de pastillas que tomas por día y cuáles son? *

Marca solo un óvalo.

☐ Si

☐ No

15. Como te manejas con la receta para la medicación? *

Marca solo un óvalo.

☐ La pide cuando viene al hospital a consulta externa

☐ La adquiere en otro hospital o dispositivo de salud

☐ No la adquiere

16. Alguna situación de tu vida diaria te genera ansiedad? *

Marca solo un óvalo.

☐ Si

☐ No

17. Tienes amistades? *

Marca solo un óvalo.

☐ Si

☐ No

18. Con qué frecuencia se ven?

Marca solo un óvalo.

☐ Semanalmente

☐ Mensualmente

☐ Cada dos meses

☐ Casi nunca

19. Disfrutas realizar actividades en tu tiempo libre con alguien? *

Marca solo un óvalo.

☐ Si

☐ No

20. Tu familia o grupo social como esta conformado? *

Marca solo un óvalo.

☐ Madre, padre y hermanos

☐ Madre y hermanos

☐ Padre y hermanos

☐ Madre, padre, hermanos y pareja

☐ Pareja e hijos

☐ Hijos

☐ Pareja

☐ Madre, hermanos e hijos

☐ Madre

☐ Padre

☐ Hija, sobrino y hermanos

☐ Sobrinos y hermanos

21. Como es tu relación con ellos? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Buena
- ☐ De mucha confianza
- ☐ Muy buena
- ☐ Mala
- ☐ No tengo relación

12.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO MODELO

Según la resolución 1480/2011, las investigaciones observacionales que incluyen encuestas o entrevistas, requieren de la obtención de un consentimiento informado. En el mismo se aclara el propósito de la investigación y las características de la misma. De igual forma, se aclara que la colaboración es voluntaria y que el participante puede rechazar o abandonar cuando lo desee sin necesidad de justificar. Por último, se aclara que la encuesta es anónima, por lo que los datos de los participantes están debidamente protegidos.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRABAJO FINAL

INTEGRADOR

TÍTULO DEL PROYECTO: Gestión de la salud en mujeres con esquizofrenia

INVESTIGADORA: Candela Fernandez

INSTITUCIÓN DONDE SE BRINDA EL CONSENTIMIENTO: Hospital

Neuropsiquiátrico Monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Yo, ... he sido informada por la estudiante Candela Fernandez, colaboradora del citado proyecto de investigación, y declaro que:

- Se me ha explicado el lenguaje claro el motivo de la investigación.
- He podido hacer preguntas sobre la investigación.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y la misma no implica retribución económica.
- Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente.
- Comprendo que los datos obtenidos serán analizados estadísticamente y podrán ser presentados en reuniones y publicaciones científicas respetando el anonimato de nuestras participantes.
- Comprendo que puedo retirarme de la encuesta cuando quiera.

Con esto doy mi conformidad para participar de la investigación.

Fecha:

Firma de la persona que brinda el consentimiento:

Firma del investigador: