

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGIA

*Cohibición: 90.- Aprobado con distinción
meritoria*



[Handwritten signature]
J. B. Soria
12/12/09

[Handwritten signature]
Presidente
Dr. Ph. D. Vitaliano Soria Choque
DIRECTOR
CARRERA DE PSICOLOGIA

TEMA:

**“PROGRAMA DE TERAPIA ECOPSICOLÓGICA Y ACTIVIDADES MOTORAS,
PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD” EN
PACIENTES MUJERES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL SAN JUAN DE DIOS DE LA PAZ”**

Segunda Parte

MODALIDAD DE TITULACIÓN:

Proyecto de Grado



Estudiante : Andrea Patricia Vaca Martínez.

Tutor Académico : Dr. Rodolfo López H.

LA PAZ – BOLIVIA
2009

RESUMEN

Programa de intervención realizado con el propósito de aplicar, evaluar, obtener datos referenciales de "Calidad de vida relacionada con el estado de salud", en 6 pacientes: 3 varones—3 mujeres diagnosticados con esquizofrenia; e intervenir en 6 meses gestión 2008 modificando dicha variable, a través del programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras, que mejoran la salud y bienestar personal, mediante experiencias de integración con la naturaleza, basado en modelo bidimensional (salud física y mental). Orientada bajo un enfoque de psicología humanista considerando al ser humano el centro de su interés, resaltando su dignidad, realizada en el Pabellón de crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de La Paz—Bolivia, población de 10 pacientes con esquizofrenia, 6 respondían a características de la investigación, excluyendo esquizofrenia desorganizada y catatónica.

Estudio realizado con diseño pre-experimental y aplicación de pre y post prueba: Cuestionario "SF-36 calidad de vida sobre estado de salud, 6 escalas: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad y transición de salud notificada, adaptado y validado en Chile por Alonso, et al., para personas con esquizofrenia crónica; y registro de observación para contrastar datos " Sistema instrumental de la motricidad", que refleja la interacción del organismo con el medio, importante esfera del desarrollo; 8 habilidades motrices: caminar, correr, lanzar y capturar, trepar, reptar, escalar, cuadrupedia y saltar. Los resultados aportaron datos de estudio de casos cuali-cuantitativos y un solo grupo, analizados con la prueba no paramétrica de rangos con signos de Wilcoxon que demuestran diferencias significativas entre el pre y post test a favor del post test con 0.02: cuestionario de Calidad de vida relaciona con el estado de Salud y 0.026: Sistema Instrumental de la motricidad.

Dedicado a los pacientes con Esquizofrenia del "Pabellón de Crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios", por compartir experiencias y actividades, haciendo realidad esta investigación, un compromiso cumplido.

Agradecimiento a "Dios" por vivir en este mundo tan maravilloso; a la familia y amigos por su apoyo permanente; a la Carrera de Psicología y docentes de la UMSA por formar profesionales en esta área, que nuestra sociedad tanto necesita; al Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la ciudad de La Paz, por abrir las puertas para la realización de esta investigación: Gerente: Hno. Juan Ruiz, Director: Dr. Rodolfo López H. y Psicóloga: Lic. Roxana Muñoz, por su confianza en este proyecto que benefició a los pacientes con Esquizofrenia y a la institución en general.



ÍNDICE

CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II	
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	4
CAPÍTULO III	
JUSTIFICACIÓN.....	6
CAPÍTULO IV	
OBJETIVOS.....	10
4.1. Objetivo General.....	10
4.2. Objetivos Específicos.....	10
4.3. Hipótesis de Investigación.....	12
CAPITULO V	
MARCO TEÓRICO.....	13
5.1. La Esquizofrenia.....	13
5.2. Síntomas de la esquizofrenia.....	18
5.3. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia.....	21
5.4. Tipos de esquizofrenia.....	22
5.5. Terapias para la esquizofrenia.....	24
5.5.1. Terapia ecopsicológica.....	24
5.5.2. Terapia Hortícola.....	25
5.5.3. Habilidades Motoras Básicas.....	28
5.5.4. Actividad Física.....	30
5.5.4.1. Características de la actividad física en salud.....	31

5.5.4.2. Beneficios del Actividad Física.....	32
5.5.5. Terapia lúdica.....	32
5.5.6. Terapia de Recreación.....	35
5.6. Calidad de Vida.....	36
5.6.1. Calidad de Vida relacionada con la Salud.....	39
5.6.2. Percepción.....	40
5.6.3. Dolor.....	41
5.6.4. Creencias.....	41
5.6.5. Investigaciones sobre calidad de vida.	42
5.7. Teoría Psicológica Humanista.....	45
CAPÍTULO VI	
MÉTODO.....	46
6.1. Diseño.....	46
6.2. Diseño de estudios de Casos.....	47
6.3.	
Variables.....	48
6.4. Población.....	48
6.5. Muestra.....	48
6.6. Instrumentos.....	49
6.6.1. Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud.....	49
6.6.2. Sistema instrumental para la medición de la motricidad.....	53
6.7. Operalización de variables.....	57
6.8. Procedimiento de la Investigación.....	62
6.9. Procedimiento de Cronograma de Actividades.....	64

CAPÍTULO VII

RESULTADOS.....	73
7.1. Análisis e interpretación de los resultados estudio de casos tres sujetos varones (cuestionario SF-36 y Sistema Instrumental de motricidad).....	73
7.2. Resultados a nivel Grupal de 6 sujetos (3 varones y 3 mujeres).....	82
7.2.1. Análisis estadístico Cuestionario sobre el estado de salud.....	82
7.2.2. Análisis estadístico Sistema Instrumental de Motricidad.....	98
7.3. Interpretación de resultados generales del grupo de seis sujetos según marco de referencia.....	107

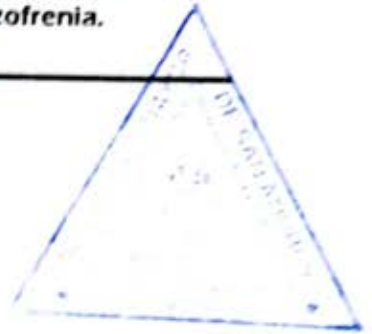
CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES.....	110
8.1. Estudio de casos de tres pacientes varones.....	110
8.2. Conclusiones generales a nivel grupal de seis pacientes.....	114

CAPÍTULO IX

RECOMENDACIONES.....	118
Bibliografía.....	120

CAPITULO I INTRODUCCION



El presente programa de intervención terapéutica se realizó con el propósito de aplicar, evaluar, obtener datos referenciales de la calidad de vida relacionada con el estado de salud, en seis pacientes (3 Varones – 3 Mujeres) diagnosticados con esquizofrenia; e intervenir durante seis meses (gestión 2008) modificando dicha variable a través del programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras, que se describe como actividad que mejora el estado físico y mental, a través de experiencias de integración con la naturaleza, así como el bienestar personal, mejorando la salud basado en un modelo bidimensional (salud física y mental).

Dicho estudio se dividió en dos investigaciones para diferenciar los resultados según el género, describiendo cada uno de los casos, así como los resultados y análisis generales de los seis sujetos, adjuntos en cada una de las investigaciones. Proyecto de Grado primera parte: "Programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras, para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud" en pacientes varones con esquizofrenia, realizado por: Patricia Jakelin Del Carpio Canedo y Proyecto de Grado segunda parte: "Programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras, para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud" en pacientes mujeres con

esquizofrenia, realizado por: Andrea Patricia Vaca Martínez. Investigaciones realizadas en el pabellón de crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la Ciudad de La Paz – Bolivia, la población con esquizofrenia del Pabellón de Crónicos, era de diez pacientes con esquizofrenia, pero solo fueron tomados en cuenta seis pacientes que respondían a las características de la investigación, excluyendo pacientes con esquizofrenia desorganizada y catatónica

Luego de revisiones teóricas, se consideró como problemática de investigación la esquizofrenia y los síntomas negativos como son: el embotamiento afectivo, pobreza del habla, abulia o apatía, anhedonia, pérdida de vitalidad, retraimiento social; estudiados por varios autores: Kraepelin 1917 señaló como características abúlicas en el esquizofrénico; Straus 1974 y Crow 1980 definieron a la Esquizofrenia como una enfermedad Bifásica con dos grupos de sintomatología: positivos (agitación, alucinaciones, conducta bizarra, etc.) y negativos (la abulia y la apatía son las características más importantes). Posteriormente Leiddle y Barnes 1990 mencionan como pobreza psicomotora (afecto achatado, pobreza lingüística, disminución de movimientos espontáneos); Gelder, M., et al, 2000 consideraron, síndrome crónico caracterizado por síntomas negativos. Dicha investigación está orientada bajo un enfoque de psicología humanista, que consideran al ser humano el centro de su interés resaltando la dignidad del ser humano y que sus conocimientos

relevantes se obtienen centrándose en los fenómenos puramente humanos como el amor, la creatividad, la angustia, etc.

Investigación con diseño pre-experimental y la aplicación de pre y post prueba cuestionario "SF- 36 calidad de vida sobre estado de salud que contempla 6 escalas: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad y transición de salud notificada, instrumento adaptado y validado en Chile, por Alonso, et al., para personas con esquizofrenia crónica; también se aplicó el registro de observación para contrastar datos Sistema instrumental de la motricidad que refleja la interacción del organismo humano con el medio como una importante esfera del desarrollo general, agrupados en ocho variables de habilidades motrices que son: caminar, correr, lanzar y capturar, trepar, reptar, escalar, cuadrupedia y saltar, resultados que aportaron datos estadísticos cuali-cuantitativos, analizados con la prueba no Paramétrica de rangos con signos de Wilcoxon que demuestran diferencia significativa entre el pre y post test a favor del post test con 0.024 en el cuestionario de Calidad de vida relacionada con el estado de Salud y 0.026 en el Sistema Instrumental de la motricidad.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El área a investigar del presente trabajo es la Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Esquizofrenia del pabellón de Crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la ciudad de La Paz, debido en el transcurso de la esquizofrenia se presentan síntomas negativos (alteración motora, deterioro en su aspecto físico, aletargamiento, reducida actividad física, incapacidad para trabajar, deterioro de las relaciones familiares y distanciamiento de los amigos) siendo esta enfermedad una de las problemáticas que nos llevó a tomar en cuenta este tipo de población diagnosticada con esquizofrenia.

Es una enfermedad que les incapacita a realizar ciertas actividades, asumir responsabilidades consigo mismo y los demás, no solo afectando al enfermo sino también a su entorno más cercano, es decir quiénes van a convivir con él; la persona que la padece se convierte en un enfermo crónico encerrado en centros de rehabilitación sin disfrutar del contacto con la naturaleza, ni beneficiarse de todas las actividades que permiten mejorar su calidad de vida relacionada con su estado de salud, debido a que en nuestro medio se puede observar que esta enfermedad mental está sesgada por el desconocimiento y la desinformación, el estigma social hacia este tipo de población es evidente razón por la cual este trabajo está orientado bajo un enfoque de psicología

humanista, que considera al ser humano, como centro de su interés, resaltando la dignidad del mismo y que éste pueda gozar de todos sus derechos a vivir mejor.

Por todo lo anteriormente mencionado y observado, se constató que dicha institución no contaba con actividades relacionadas con la naturaleza como el cultivo de plantas, paseos al aire libre, juegos recreativos, actividades deportivas, ejercicios físicos, etc.; motivo por el que se elaboró un programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras, que contribuyen al mejoramiento del estado físico y mental, en pacientes con esquizofrenia a través de experiencias de integración con la naturaleza, esta conexión es posible así como el bienestar personal que mejora la salud, basado en un modelo bidimensional (salud física y mental)

Una vez elaborado el programa, de terapia ecopsicológica y actividades motoras para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia; surgió la siguiente pregunta previa a la intervención (gestión 2008) y obtención de datos estadísticos:

¿Será el programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras una terapia efectiva, que mejore la calidad de vida relacionada con la salud y fortalezca habilidades motoras, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del pabellón de Crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la ciudad de La Paz?

CAPITULO III

JUSTIFICACIÓN

Luego de revisar una serie de referencias teóricas e investigaciones acerca de ésta problemática, se puede mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la persona con esquizofrenia como aquella enfermedad que, sin razón aparente, muestra una conducta anómala que dura más de un mes ininterrumpidamente y que se caracteriza por distorsión de la percepción, del pensamiento y de las emociones. Los afectados creen que los demás comparten sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos y llegan a creerse el centro del mundo*.

De acuerdo a datos estadísticos, hay aproximadamente 2 millones de nuevos casos reportados cada año en todo el mundo, en Bolivia existe carencia con respecto a investigaciones en pacientes con enfermedades mentales, especialmente de esta patología como es la esquizofrenia.

Para llevar a cabo esta investigación se realizaron visitas previas a la intervención en las que observaron que los pacientes presentaban limitada actividad motora, es decir que sus actividades estaban centradas en ver programas de televisión, ver videos, escuchar música, bailar, elaborar

* <http://afempes.blogspot.com/2007/07.html> Investigación "La enfermedad mental como estigma familiar".

actividades en terapia ocupacional, como manualidades, juegos didácticos, etc., todos estos realizados en ambientes cerrados como ser, aulas, pasillos; limitando al paciente tener contacto con la naturaleza, y disfrutar de lugares de esparcimiento (plazas, parques, canchas deportivas, o espacios abiertos etc.), además de algunos factores externos que influyen en la Calidad de Vida relacionada con su salud, debido a que las características ambientales de algunas Instituciones en Salud Mental, implican internación, encierro y estigmatización repercutiendo en la recuperación de los pacientes, debido a que desde la perspectiva médica "un desorden mental sería aquel comportamiento desadaptado que no llega a ningún resultado concreto, que se aparta de la realidad. Desde el punto de vista social un enfermo mental no se ajustaría a su entorno"

Como actividades previas a la investigación se observaron que algunos paseos y excursiones en contacto con la naturaleza, ayudaron a que los pacientes participen en actividades recreativas, ejercicios físicos y muestren mayor interés por el cuidado y cultivo de plantas de los lugares visitados, razón por la cual se vio necesario e importante elaborar un programa de intervención, que proporcione mejor calidad de vida relacionada con la salud y fortaleza

* <http://afempes.blogspot.com/2007/07.html> Investigación "La enfermedad mental como estigma familiar".

habilidades motoras, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, implementando terapia Ecopsicológica.

Esta terapia propone una conexión innata entre la persona y la naturaleza, a través de experiencias de integración con la naturaleza es posible recuperar esta conexión, así como el bienestar personal y planetario, intenta redefinir lo que es psicología y terapéutico por medio de una exploración y análisis histórico y antropológico del desarrollo de esta disciplina, con estrategias de psicología moderna, estrategias terapéuticas y técnicas experienciales avaladas científicamente que demostraron efectividad y excelentes resultados.

Dentro de la terapia ecopsicológica utilizada en ésta investigación se considero a la terapia hortícola y jardinería que han sido en los últimos años adoptadas como terapias alternativas descritas como actividades que mejoran el estado físico y mental, su mecanismo es bastante simple, ya que el paciente cuida un espacio verde propio en el que se refuerza su bienestar mediante actividades relajantes como la poda o el riego*, actividades con las que se logran objetivos terapéuticos (por medio de agricultura orgánica-ecológica).

A través del uso de la horticultura y la jardinería se contribuye a mejorar la calidad de vida, la salud, el bienestar, la educación, la participación social y la inclusión socio-laboral de todas las personas con cualquier tipo de discapacidad o diversidad funcional; personas que hayan sufrido accidente o enfermedad;

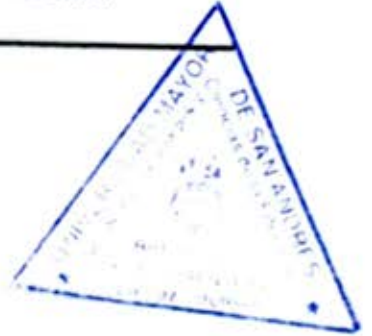
* <http://sevillanadas.blogspot.com/2008/08/terapia-hortcola.html>

inmigrantes; personas en riesgo de exclusión social y/o desfavorecidas por cualquier razón; ayudando en su rehabilitación, formación, inclusión y participación activa en la comunidad. Las bondades de la terapia hortícola son reconocidas en educación y aprendizaje de habilidades básicas (alfabetización, aritmética, etc.), habilidades sociales (p.ej. trabajo en equipo, paciencia) y rehabilitación tomando en cuenta el uso de un entorno al aire libre para lograr mejorar la salud física y mental, estas terapias son reconocidas formalmente como un tratamiento específico para desórdenes físicos y psíquicos.

Por todo lo anteriormente mencionado y de acuerdo a este tipo de población se vio por conveniente elaborar y poner en práctica este Programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras beneficiando de esta manera, a los pacientes con esquizofrenia, del pabellón de Crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la ciudad de La Paz.

CAPITULO IV

OBJETIVOS



4.1. Objetivo General:

- **Mostrar, que la intervención terapéutica ecopsicológica y actividades motoras aplicada durante seis meses, constituyen una terapia que mejora la calidad de vida relacionada con el estado de salud; fortaleciendo habilidades motoras en pacientes mujeres diagnosticadas con esquizofrenia del pabellón de Crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la ciudad de La Paz.**

4.2. Objetivos Específicos:

- **Aplicar durante tres semanas como pre test el "Cuestionario sobre el estado de Salud" (SF-36), y registro de Observación "Sistema Instrumental para la medición de la Motricidad" del programa de intervención terapéutica ecopsicológica y actividades motoras para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes mujeres diagnosticadas con esquizofrenia.**
- **Intervenir terapéuticamente durante cuatro meses con el Programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras, para mejorar la calidad de vida relacionada con el estado de salud y fortalecer habilidades motoras en pacientes mujeres diagnosticadas con esquizofrenia.**

- Aplicar durante tres semanas como post test el "Cuestionario sobre el estado de Salud" (SF-36) y registro de Observación "Sistema Instrumental para la medición de la Motricidad" del programa de intervención terapéutica ecopsicológica y actividades motoras para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes mujeres diagnosticadas con esquizofrenia.
- Analizar estadísticamente mediante la prueba no paramétrica con signo de Willcoxon el pre test y post test del "Cuestionario sobre el estado de Salud", SF-36 y registro de Observación "Sistema Instrumental para la medición de la Motricidad" del programa de intervención terapéutica ecopsicológica y actividades motoras para mejorar la calidad de vida relacionada con el estado de salud en pacientes mujeres diagnosticadas con esquizofrenia.
- Optimizar la calidad de vida relacionada con la salud mediante un programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras básicas, fortaleciendo habilidades motoras, en pacientes varones y mujeres diagnosticados con esquizofrenia del Pabellón de Crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la ciudad de La Paz.

4.3. Hipótesis de Investigación:

Tomando en cuenta referencias teóricas e investigaciones acerca de la Esquizofrenia, así como visitas previas que permitieron observar las necesidades de los pacientes con esquizofrenia del Pabellón de Crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la ciudad de La Paz, se pretende comprobar, si el programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras evaluadas con el cuestionario SF-36 sobre estado de salud y el sistema instrumental de motricidad es un medio terapéutico que permite mejorar la Calidad de Vida relacionada con la salud y fortalecer habilidades motoras de dichos pacientes.

CAPITULO V

MARCO TEÓRICO

5.1. La Esquizofrenia:

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, la Esquizofrenia afecta a 2 millones de personas en todo el mundo, es una enfermedad mental que afecta alrededor del 1% de la población de 18 años o más en todo el mundo, afecta por igual a hombres y mujeres, existiendo diferencias de género como el aspecto de la: edad de comienzo, fisiopatología, síntomas, curso y respuesta al tratamiento.

Este trastorno es mucho más común en los varones que en las mujeres. Los síntomas en los hombres se inician por lo general antes que en las mujeres, en la mayoría de los casos, la esquizofrenia aparece por primera vez en los hombres en los últimos años de la adolescencia, o entre los 20 y los 25 años; en las mujeres, la esquizofrenia suele aparecer por primera vez entre los 20 y los 35 años; después de diagnosticar la esquizofrenia a una persona, las probabilidades de que un hermano padezca de esquizofrenia son del 7 al 8 por ciento; si uno de los padres tiene esquizofrenia, las probabilidades de que el hijo tenga el trastorno son del 10 al 15 por ciento.

La palabra esquizofrenia viene del griego, schizo: "división" o "escisión" y phrenos: "mente", de acuerdo a los criterios mas recientes, es un desorden bio-psico-social que afecta al individuo en una serie de funciones complejas de comportamiento (David & Cutting, 1994). Esta enfermedad se caracteriza por un trastorno en la organización cerebral de los procesos psicológicos superiores (Flor-Henry, 1976); (Winberger, 1895, Dergan1987), se la concibe hoy en día a la esquizofrenia como un fenómeno determinado por bases genéticas pero precipitado por factores socio-familiares, histórico-culturales, que al interactuar dialécticamente, producen una merma en el procesamiento del lenguaje, de las emociones y en general de la organización compleja de programas conductuales, que al ser erróneamente seleccionados, con llevan al caos cognoscitivo y conductual comúnmente vistos en pacientes que sufren de esta enfermedad. * (pp. 119)

Es un diagnóstico que describe un grupo de síntomas y signos presentes en algunas personas, caracterizado por una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social.

* *Compendio de Psiquiatría*

* DERGAN, José; *Neuropsicología de la Esquizofrenia*, Colombia; Bogotá 2006

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.

El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden afectar la conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo.



La esquizofrenia, también va a ser entendida como un problema de origen psicológico, es una pérdida de contacto con la realidad, los síntomas hacen referencia a las fantasías de destrucción del mundo, despersonalización, los delirios de grandeza a las maneras arcaicas de hablar y pensar, en una segunda categoría de síntomas encontramos: las alucinaciones, los delirios y las peculiaridades sociales del habla. Freud, señala que en la esquizofrenia la percepción interna de la pérdida de relaciones de objeto determinado, y la fantasía aparece en los primeros estadios de la esquizofrenia, esta fantasía se relaciona con el mundo: el mundo objetivo a colapsado, se queja de que el mundo está vacío, sin sentido, ve a la gente como imágenes fugitivas, se siente perplejo y abandonado en ese nuevo mundo.*

Existen muchas teorías sobre las posibles causas de la esquizofrenia, desde las genéticas hasta las lingüísticas. Sin embargo ninguna ha sido comprobada. Tal vez la razón para explicar esta situación sea que la esquizofrenia no es una sola enfermedad sino un grupo de trastornos que se manifiestan con algunos síntomas y signos comunes. Debido a que las causas genéticas no explican la diversidad etiológica y clínica, se concluye que los fenotipos esquizofrénicos

*ARRAYA, Julio. PAREJA, María Eugenia; *Psicología un recorrido con un enfoque psicoanalítico*. Bolivia; La Paz 2000, pp.107, 108,109.

son el resultado de factores múltiples ambientales que pueden desencadenarlos o suprimirlos.*

Luego de revisar una serie de teorías de diferentes autores con respecto a la esquizofrenia, es importante señalar que la principal problemática de esta enfermedad son los síntomas negativos: embotamiento afectivo, la pobreza del habla, la abulia o apatía, la anhedonia, la pérdida de vitalidad, el retraimiento social, etc. que afectan con gran impacto en la calidad de vida relacionada con el estado de salud y habilidades motoras, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Refiriéndose respecto a los síntomas negativos Kraepelin en 1917 había señalado como características abúlicas en el esquizofrénico, así como Leiddle y Barnes en 1990 mencionó como pobreza psicomotora (afecto achatado, pobreza lingüística, disminución de movimientos espontáneos) y que Gelder, M., et al en año 2000 considero, síndrome crónico caracterizado por síntomas negativos.

Dergan por otra parte cita a Straus (1974) y Crow (1980) quienes definieron a la esquizofrenia como una enfermedad Bifásica es decir que dos grupos de sintomatología bien definidas diferenciaban a los tipos clínicos. Estos síntomas llamados positivos y negativos interaccionan dinámicamente, en el primero, un excesivo nivel de activación cortical constituye su característica base (agitación, alucinaciones, conducta bizarra, etc.), mientras que el segundo tipo un proceso

* ARGANDOÑA, Mario; *Lecciones de Semiología y Psiquiatría*. Bolivia; Cochabamba 1986

de inhibición protectora o desactivación, los trastornos de atención, la abulia y la apatía, son más bien las características más importantes.

5.2. Síntomas de la esquizofrenia

Síntomas positivos:

- Alucinaciones: percepciones que no existen que pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas
- Ideas delirantes: alteraciones del pensamiento, ideas falsas e irreductibles al razonamiento argumental.
- Lenguaje desorganizado e incoherente (suelen ser ideas de persecución, de grandeza, religiosos, de celos e hipocondríacos).
- Comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad psíquica y motora hasta llegar a una falta total de atención y rigidez).

Síntomas negativos:

- Embotamiento afectivo: no reacción ante estímulos emocionales.
- Pobreza del habla (alogia).
- Abulia o apatía: falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad.
- Anhedonia: incapacidad para disfrutar de los placeres.

- Pérdida de vitalidad: la esquizofrenia reduce la motivación de las personas y disminuye su capacidad de trabajar o de participar en diversiones. En casos extremos, el sujeto puede retraerse, agitarse o manifestar estupor sin razón aparente.
- Retraimiento social: las personas con esquizofrenia tienen dificultades para hacer y mantener amigos o conocidos; las relaciones íntimas son escasas o inexistentes y el trato con los demás tiende a ser breve y superficial

Los síntomas negativos alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de los pacientes, son personas que se acaban aislando y perdiendo a los amigos.

Estudios recientes que Leiddle y Barnes (1990) han logrado identificar tres áreas primordiales que a su vez están interconectados en el estudio de la esquizofrenia:

- Pobreza Psicomotora (afecto achatado, pobreza lingüística, disminución de movimientos espontáneos, etc.)
- Desorganización de los procesos psicológicos complejos.
- Distorsión de la realidad.

De acuerdo con estos investigadores dos de los tres síndromes reflejan un trastorno de los procesos volitivos. La pobreza *psicomotora* refleja un trastorno en la interacción del acto, mientras que la desorganización de los procesos

psicológicos superiores se ven más bien con bastante frecuencia un trastorno en la selección y puesta en marcha de programas que requieren de la actividad voluntaria. A esto cabe agregar que aun en la distorsión de la realidad, la falla en la supresión voluntaria del acto podría explicar por lo menos indirectamente la distorsión delirante comúnmente vista en el paciente Esquizofrénico.*

En 1978 la Organización Mundial de la Salud clasificó éstos trastornos como la denominación de Psicosis Esquizofrénicas, el término Psicosis no es exacto ni está bien definido, pero excluye el Retardo Mental. La A.P.A (Asociación Psiquiátrica Americana) desde 1980 evita el término de psicosis por su imprecisión y denomina a estos cuadros como Trastornos Esquizofrénicos, acepta que se trata de síndromes heterogéneos en su causa. En general se considera que estos enfermos llegan a una etapa final con alteraciones variables de las facultades mentales a partir de cuadros iniciales diferentes. La A.P.A separó de los trastornos esquizofrénicos al tipo Esquizofrenia Simple que clasifica como Trastornos de Personalidad Esquizotípica.

Marcela López Osio en su tesis "La Danza Folklórica como alternativa que ayuda a rehabilitación de pacientes con Esquizofrenia" refiere que las representaciones clínicas como la evolución de la esquizofrenia son variadas; cita a Gelder, M., et al (2000) quien considera dos formas de presentación: el síndrome agudo con alucinaciones, ideas delirantes, retraimiento social,

*DERGAN, José; *Neuropsicología de la Esquizofrenia*; Eco ediciones Bogotá 2006; pp53-55-56

deterioro del rendimiento laboral y/o delirio de referencia, y el Síndrome Crónico se caracteriza por disminución de actividad, falta de iniciativa y retraimiento social, al igual que en el síndrome agudo, y/o trastorno de pensamiento. Considera que el síndrome agudo de esquizofrenia tiene características o síntomas positivos en contraposición al síndrome crónico caracterizado por síntomas negativos. (pp166).*

5.3. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia:

Cualquiera de 1- 2 o 3 por lo menos durante 2 semanas.

1. Dos de los siguientes:

1. a. Delirios

1. b Alucinaciones prominentes (todo el día, varios días, y largas)

1. c Incoherencia o disgregación de las asociaciones

1. d Conducta catatónica

1. e Afecto plano o inadecuado.

2. Delirios extravagantes, estrambóticos.

3. Alucinaciones prominentes (1b) de una voz cuyo contenido no tiene relación con la depresión o la euforia o una voz que mantiene un

*OSIO Marcela; Tesis de Grado "La Danza Folklórica como alternativa que ayuda a rehabilitación de pacientes con Esquizofrenia"

comentario continuo sobre la conducta o los pensamientos del individuo, o dos y mas voces conversando entre sí.

4. Deterioro de los niveles previos de funcionamiento en el trabajo, las relaciones sociales y el cuidado de sí mismo.
5. Duración: signos continuos de la enfermedad por lo menos durante 6 meses en algún periodo de la vida de la persona con persistencia de algunos signos de la enfermedad en el presente. El periodo de 6 meses debe incluir un brote activo durante el cual se observaban síntomas de a, con o sin etapa prodromática o residual.

5.4. Tipos de esquizofrenia:

- **Paranoide:** El rasgo característico de esta esquizofrenia es la presencia de alucinaciones auditivas e ideas delirantes que se centran en la creencia de que son perseguidos o se trama algo contra ellos.

Criterios para su diagnóstico:

A: Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B: No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada ni inapropiada.

- **Desorganizada o Hebefrénica:** En ella predominan los síntomas negativos junto a un lenguaje y un comportamiento muy desorganizado.

Criterios para su diagnóstico:

A: Predominan:

- (1) Lenguaje desorganizado.
- (2) Comportamiento desorganizado.
- (3) Afectividad aplanada o inapropiada.

B: No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

- **Catatónica:** se caracteriza por una alteración motora que va desde la inmovilidad total y el mutismo hasta la agitación extrema.

Criterios para su diagnóstico:

- (1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsias.
- (2) Actividad motora excesiva.
- (3) Negativismo extremo.
- (4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por las adopciones de postura extrañas.
- (5) Ecolalia o ecopraxia.

- **Tipo indiferenciado:**

Criterios para su diagnóstico:

Presencia de síntomas que cumplen el criterio A de la esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

- **Tipo residual:**

A: Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B: Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A para la esquizofrenia, presentes en una forma atenuada (creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).*

5.5. Terapia para la esquizofrenia

5.5.1. Terapia ecopsicológica:

Para la realización de la presente investigación: Programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios y mejorar la calidad de vida relacionado con la salud, se utilizó esta nueva vertiente que propone una conexión innata entre la persona y la naturaleza, a través de experiencias de integración con la naturaleza es posible recuperar esta conexión, así como el bienestar personal y planetario, se fundamenta en una cosmovisión holística y ecológica de la persona y el planeta, con estrategias de psicología moderna avaladas científicamente con técnicas experienciales, que demostraron efectividad.

* DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 1995 Masson S.A., Barcelona-España

El Dr. Gerardo Estrada Ferrer, psicólogo clínico con práctica privada en Aibonito y Mayagüez, Puerto Rico, lleva varios años realizando investigación sobre el efecto terapéutico e integrar experiencias de contacto con la naturaleza en diversas dimensiones: psicológica, física y espiritual (*Ecopsicología y Terapia en Espacios Naturales como estrategia de sanación*) desde hace 7 años como estrategia terapéutica con excelentes resultados, así como la terapia hortícola y jardinería han sido en los últimos años adoptadas como terapias alternativas descritas como actividades que mejoran el estado físico y mental, su mecanismo es bastante simple, ya que el paciente cuida un espacio verde propio en el que se refuerza su bienestar mediante actividades relajantes como la poda o el riego*, actividades con las que se logran objetivos terapéuticos (por medio de agricultura orgánica-ecológica), dirigido a niños, adolescentes, adultos y a personas de edad avanzada en modalidad individual, de pareja, familiar o grupal.

5.5.2. Terapia Hortícola

Este tipo de especialidad utilizada como tratamiento en el presente estudio llamada Terapia Hortícola es el proceso a través del cual, las personas pueden desarrollar su bienestar físico y mental, utilizando plantas, actividades de jardinería, y la proximidad que las personas sienten hacia la naturaleza.

* <http://sevillanadas.blogspot.com/2008/08/terapia-horticola.html>



Estos elementos pueden ser usados como vehículo en terapias y rehabilitación" (Davis, 1994)*.

Desde 1806 en España el personal de hospitales empezó a destacar el uso de actividades de agricultura y horticultura en sus programas para pacientes con enfermedad mental. (Simson & Strauss, 1998).

En 1917 en Nueva York (EEUU) el Departamento de Terapia Ocupacional del Hospital Bloomingdale ofreció formación en horticultura (Tereshkovich, 1975).

En el año 1936 en Inglaterra, la Asociación de Terapeutas Ocupacionales reconoció formalmente el uso de la horticultura como un tratamiento específico para desórdenes físicos y psíquicos (McDonald, 1995).

Ya en 1948 Nueva York (EEUU), Ruth Mosher Place pone en marcha el primer Proyecto de Terapia Hortícola y acuña el término Horticultural Therapy (Burlingame & Watson, 1960). En 1973 en Estados Unidos se funda la Asociación Americana de Terapia Hortícola (American Horticultural Therapy Association, ATHA) por el Doctor Benjamín Rush psicólogo, quien divulgó el efecto curativo del cultivo de jardines en enfermos mentales.

Y en 1978 en el Reino Unido se funda la Sociedad para la Terapia Hortícola.*

En el año 2002 Garner, G. clasifica las carreras reconocidas en Estados Unidos

*<http://naturalezaterapeutica.com/6301.html> Jardines y Huertos que mejoran nuestro bienestar.

* <http://naturalezaterapeutica.com/6301.html>; *Horticultura terapéutica y paisajismo*

de Norteamérica de los servicios terapéuticos en; físico terapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta a través de la música, terapeuta a través del arte, terapeuta a través de la danza, terapeuta a través de la recreación, terapeuta de lenguaje y problemas auditivos y por último la terapia hortícola.

Es caracterizada por integrar una versión multidisciplinaria del concepto de bienestar físico y mental, que inciden en la práctica conocida internacionalmente como terapia hortícola, disciplina inmersa en las Ciencias Socio-sanitarias, con titulación específica en diversos países. Combina amplios conocimientos sobre discapacidad física, cognitiva y sensorial, diversas patologías y trastornos psicosociales, necesidades especiales de aprendizaje, etc., así como de agricultura, jardinería, paisajismo, educación ambiental y actividades afines. En el ámbito de la salud, el uso de la horticultura/jardinería como terapia en países como el Reino Unido, Canadá o Estados Unidos tiene una larga tradición, así como una amplia implantación y reconocimiento.

A través del uso de la horticultura y la jardinería se contribuye a mejorar la calidad de vida, la salud, el bienestar, la educación, la participación social y la inclusión socio-laboral de todas las personas. Incluyendo a personas mayores, jóvenes, niños; personas con cualquier tipo de discapacidad o diversidad funcional; personas que hayan sufrido accidente o enfermedad; inmigrantes; personas en riesgo de exclusión social y/o desfavorecidas por cualquier razón;

ayudando en su rehabilitación, formación, inclusión y participación activa en la comunidad.

Las bondades de la terapia hortícola son reconocidas en educación y aprendizaje de habilidades básicas (alfabetización, aritmética, etc.), habilidades sociales (p.ej. trabajo en equipo, paciencia) y rehabilitación tomando en cuenta el uso de un entorno al aire libre para lograr mejorar la salud física y mental. (Thrive, s.f.) * Como siempre, a la cabeza de esta terapia verde están los japoneses (con sus bonsais).

5.5.3. Habilidades Motoras Básicas

Habilidades motoras también considerada como variable de intervención del presente programa, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la Ciudad de La Paz, juntamente con la terapia ecopsicológica, ambas variables fueron relacionadas en las actividades caracterizadas por movimientos físicos de vital importancia en la salud, además de que "El movimiento es la primera forma, y la mas básica, de comunicación humana con el medio", (Schelling).

Cabe señalar que el desarrollo motor son cambios producidos con el tiempo en la conducta motora que reflejan la interacción del organismo humano

*[http://jardinactual.com/menu-revista-articulos/296 Seminario_Iberoamericano_de_Terapia_Hort](http://jardinactual.com/menu-revista-articulos/296_Seminario_Iberoamericano_de_Terapia_Hort)
28

con el medio, este, forma parte del proceso total del desarrollo humano, con el tiempo, este tiende a mecanizarlas, a combinarlas y a modificarlas hasta llegar a un punto en el que ya no deberíamos hablar de habilidades motrices básicas sino de habilidades físicas básicas, como : correr, saltar, equilibrio, lanzar, patear.* Si hablamos solo de habilidad motora nos referimos a la capacidad adquirida por aprendizaje, capaz de producir resultados previstos con el máximo de certeza y frecuentemente, con el mínimo gasto de tiempo, de energía o de ambas.

Las habilidades son procesos sensomotrices: la información proviene de los órganos sensoriales, y las órdenes del cerebro. Este proceso tiene tanta importancia como el aspecto de la ejecución, ya que son mecanismos previos sin los que infinidad de habilidades motrices serían imposibles de realizar correctamente. En cambio el término destreza está ligado a toda actividad motora que incluye la manipulación o manejo de objetos.

La adquisición de una destreza se produce cuando el individuo empieza a acortar la distancia que existe entre un movimiento tal cual lo ejecuta y un esquema preconcebido.

Destreza y habilidad están muy relacionadas, diferenciando en: habilidad puede ser más generalizado que destreza, lo más acertado es hablar de "habilidades y

* GONZÁLEZ, Catalina; Revista Digital - Buenos Aires - N° 62 <http://www.efdeportes.com/> - Julio de 2003; forteza@inder.co.cu

destrezas motrices". La tarea motriz es el acto específico que se va a realizar para desarrollar y poner de manifiesto una determinada habilidad, ya sea perceptiva o motora. Se clasifican en:

- Tareas gruesas: implican movimientos amplios en los que intervienen grandes grupos musculares y gran esfuerzo, con bajo grado de precisión.
- Tareas finas: Las finas requieren gran precisión y poca fuerza.

Si hablamos de motricidad Barrientos J cita a Wallon quien define la motricidad como una manifestación que implicando a la personalidad entera, otorga al movimiento humano el significado del acto psíquico.

Es uno de los procesos más complejos de la especie humana. La motricidad es una indivisibilidad plástica entre adaptación mental y adaptación motora*.

5.5.4. Actividad Física

Es importante señalar que la actividad física hace referencia al movimiento a la interacción, el cuerpo y la práctica humana, que es una característica presente en todas las actividades del programa de intervención en esta investigación con pacientes esquizofrénicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San

* BARRIENTOS, Jaime. *Manual de Kinesiología Biología y fisiología de la Motricidad*, 2005 La Paz- Bolivia

Juan de Dios de la Ciudad de La Paz, La actividad física tiene tres dimensiones: biológica, personal y sociocultural.

Desde una dimensión biológica, se define como cualquier movimiento corporal intencional realizado con los músculos esqueléticos que lleva asociado un gasto de energía y experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea".

5.5.4.1. Características de la actividad física en salud

- Ser moderada (permitir llevar una práctica constante durante largo tiempo) y vigorosa (intensidad que produzca sudoración y jadeo en la respiración).
- Habitual y frecuente, de manera que forme parte del estilo de vida.
- Orientada al proceso de práctica, más que a un resultado o alto rendimiento.
- Satisfactoria.
- Social; que permita relaciones entre las demás personas.
- Si se compete, debe ser entre individuos de un mismo nivel y con el deporte adaptado a las características del que lo/a practica.
- Existirán algunos aspectos lúdicos.

- Será acorde con la edad y características psicofísicas de los practicantes.
- Habrá una amplia variedad de actividades y deportes.
- Se adaptará a las características personales*

La Actividad Física es una amplia gama de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas (caminar, jardinería, tareas domésticas el baile...entre otras).

El ejercicio también es un tipo de actividad física, el cual se define como movimientos corporales planificados estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener el estado físico.*

5.5.4.2. Beneficios del Actividad Física

- Mejor calidad de vida
- Mejor salud mental
- Más energía y menos estrés
- Mejor postura y equilibrio
- Mejora la autonomía
- Vida más independiente.

*ANNICCHIARIC, R. "La actividad física y su influencia en una vida saludable" <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 51 - Agosto de 2002.

*Simposio organizado por la entidad Dialogue on Diversity, Washington, año 2007:Dra. Cristina Beato, Directora Adjunta de OPS.

5.5.5. Terapia lúdica

En diversas actividades del cronograma de intervención en el presente estudio con pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la Ciudad de La Paz se hace presente el juego concebido como una terapia, ya que muchos de los profesionales del área de la salud mental están observando en forma creciente que jugar es tan importante para la salud y felicidad humana como el amor y el trabajo (Schaefer, 1993). Algunos de los mayores pensadores, entre ellos Aristóteles y Platón, ya reflexionaron sobre por qué el jugar es algo tan fundamental en nuestras vidas. Jugar es una actividad divertida y agradable, que eleva nuestros espíritus e ilumina nuestra visión de vida. Expande nuestras habilidades para comunicarnos, aprender a madurar y ser productivos, alivia el estrés y el aburrimiento, nos conecta con los demás en una forma positiva, estimula el pensamiento productivo y la búsqueda, regula nuestras emociones y alimenta nuestro ego (Landreth, 2002). Permite practicar habilidades y roles necesario para sobrevivir. El aprendizaje y el desarrollo son fomentados mejor a través del juego (Russ, 2004), no es un pasatiempo, es una función que responde a una exigencia fundamental de la vida. Para el jugador el placer de jugar siempre es un fin, para el especialista el placer del juego es un medio.

La necesidad de jugar se presenta, como un sistema de movimientos liberadores y manifestación de la actividad motriz sin fines útiles ni reales, se

caracteriza por una conciencia de actividad libre con fin propio, unido a un fuerte anhelo de placer. Desarrollada inicialmente a finales del siglo XX, hoy en día la terapia lúdica incluye un gran número de métodos de tratamiento, todos ellos aplicando los beneficios terapéuticos del juego. Adolescentes y adultos también se han beneficiado con técnicas lúdicas y procesos recreativos.

La terapia lúdica es implementada como un tratamiento de elección en ambientes de asistencia psicológica, de desarrollo, escolares, residenciales, recreativos, hospitalarios y en agencias asistenciales, con pacientes de todas las edades (Carmichael, 2006; Reddy, Files-Hall & Schaefer, 2005). Los planes de tratamiento a través de la terapia lúdica han sido utilizados como intervención primaria o como terapia de apoyo para múltiples cuadros o problemas de salud mental (Gil & Drewes, 2004; Landreth, Sweeney, Ray, Homeyer & Glover, 2005), manejo de la ira, luto y pérdida, divorcio y disolución familiar, crisis y traumas, modificación de disturbios del comportamiento (Landreth, 2002), ansiedad, depresión, hiperactividad por falta de atención (ADHD), autismo o incapacidades pervasivas del desarrollo, académicas, de desarrollo social, físicas y de aprendizaje, y en disturbios de la conducta (Bratton, Ray & Rhine, 2005).

El juego constituye una de las acciones motrices más elementales para la vida, por lo que se tuvo en cuenta en la elaboración del presente programa. El juego es una actividad con capacidad enorme para utilizarse en materia de educación,

pero es indiscutible que su aplicación más pura, es decir, donde conserva intactas sus características esenciales y donde las mismas son usadas hasta llevarle al máximo de rendimiento, es en el campo de la educación física.

5.5.6. Terapia de Recreación

De acuerdo al cronograma de la presente investigación con pacientes esquizofrénicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, es importante señalar que las actividades estaban realizadas con terapia recreacional, actividades físicas, terapia ecopsicológica, hortícola que mejoran el bienestar de toda persona.

Para Jeffe Fufret Dumesediel dedicado al estudio del tiempo libre la recreación es el conjunto de ocupaciones a los que el hombre puede entregarse a su antojo, para descansar, divertirse o desarrollar su formación desinteresada tras haberse liberado de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales, es una definición descriptiva aunque popularmente conocido como la de las tres "D" el descanso, diversión y desarrollo.

La palabra recreación se confunde con la de juego, sin embargo la primera es más amplia que la segunda aunque desde el punto de vista de su fundamento la recreación para los adultos es equivalente a los juegos de los niños, es escuchada hoy en cualquier parte, la amplia variedad de su contenido permite que cada quien la identifique de diferentes formas, lo que para unos es

recreación para otros no lo es, ejemplo el cuidado de jardines para algunos resulta una actividad recreativa y para otros constituye su trabajo.

Las necesidades recreativas sociales son rectoras, se le puede determinar ante todo como demanda de la sociedad para el restablecimiento de las fuerzas físicas y psíquicas, como así mismo el desarrollo multilateral de todos sus miembros.

Las necesidades recreativas en grupos reflejan el contenido de las demandas de determinados grupos sociales y de la edad de la población.

Las necesidades recreativas individuales dentro de la originalidad en continuo desarrollo, influyen en la estructura y originalidad de las necesidades recreativas de grupos sociales a la cual pertenecen los individuos y la actividad de los grupos contribuye a la formación de las demandas recreativas sociales.*

5.6. Calidad de Vida

Antes de definir esta variable es importante indicar que la presente intervención ha sido elaborada con un cronograma de diferentes actividades que requieren de movimientos relacionados con actividades terapéuticas: terapia hortícola sembrar, regar, terapia lúdica y recreacional, paseos al aire libre, juegos de

* AVILLEIRA, J. www.monografias.com

antaoño, ejercicios físicos, etc., en todas estas actividades terapéuticas hay actividades físicas y mentales, esto explica la relación que existe entre terapia ecopsicológica y actividades motoras, variables de estudio que pretenden mejorar las calidad de vida relacionada con la salud y fortalecer habilidades motoras en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

La Organización Mundial de la Salud (1980) define **calidad de vida** como "la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses". Esta aproximación enfatiza sobre los aspectos personales, resaltando así la individualidad y unicidad del constructo.

Considerando estos aspectos y otras variables que intervienen en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, el Ministerio de Salud a través del Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud [MINSAL], 2000) ha establecido dentro de sus objetivos la rehabilitación del paciente mental y su pronta reinserción social ya que, en general, todas las variables subjetivas de auto-percepción de salud y bienestar general muestran asociación significativa a un

*GONZALEZ, julia; "Calidad de vida relacionada con la salud"
<http://epi.minsal.cl/cdvida/htm/Taller2005/0102>

riesgo mayor de discapacidad cuando refieren calificaciones negativas o mayor insatisfacción (Acuña y Rojas, 2000).

Padierna, Quintana, Arostegui, González, Horcajo y Etxebarria, 2000 señalan que la percepción de calidad de vida se relaciona con el curso de la enfermedad y las características de su tratamiento, lo que es confirmado en el estudio de Delamillieure, Ochoa-Torres, Vasse, Brazo, Gourevitch, Langlois *et al.* (2005) que hace especial mención a la ausencia de sintomatología negativa en la percepción de la calidad de vida. Majali Mahasneh (2001) señala que la calidad de vida de una persona se relaciona más con la percepción que ésta tiene de su estado, que con el curso propiamente tal de su enfermedad y adicionalmente cuando las personas se perciben a sí mismas con una mejor calidad de vida se refuerzan sus capacidades para hacerse cargo de su salud, mejora su autoestima y los motiva a realizar actividades en pro de una vida más satisfactoria, lo que concuerda con lo encontrado por Björkman y Hansson (2002).

Por otro lado, Dernovzek, Prevolnik Rupel, Rebolj y Tavcar (2002) afirman que los principales factores que intervienen en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia son el rendimiento psicosocial y los efectos secundarios de los tratamientos. Giusti (1991), define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

5.6.1. Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Según Ware y Sherbourne, autores del instrumento consideran la Calidad de Vida desde 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol, problemas físicos, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor, es decir es la percepción de la salud general, entendida como la percepción que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida; en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social*.

Posteriormente dicho instrumento fue aplicado en una versión modificada por Alonso (1999) en personas con esquizofrenia crónica, basado en un modelo bidimensional agrupadas a su vez en dos medidas sumarias: salud física (FF, RF, D, SG, V.) y salud mental (SG; V), modificado en 25 ítems en 6 escalas:

- **Funcionamiento físico (FF):** Evalúa el grado en que la salud que limita una serie de actividades físicas (ejercicios intensos, caminar, etc.).
- **Rol físico (RF):** Evalúa hasta qué punto los problemas de salud física interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente.
- **Dolor (D):** Evalúa el grado del mismo como la interferencia en la vida del paciente.

* CASTELLON, Angelina; CONTRERA Axia, et al; *Validación de una escala de calidad de vida en un grupo de personas con esquizofrenia*; Chile; 2007, vol 13.

- **Salud General (SG):** Referido a la percepción personal del estado de salud así como una serie de creencias respecto a la salud del paciente.
- **Vitalidad (V):** Valora el nivel de fatiga y energía del paciente.

Además de las 5 escalas de salud, se incluye el concepto de **Transición de Salud Notificada (TSN)**: describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. Los ítems fueron modificados de 5 a 3 respuestas, puntuando con escala Likert de rango variable, desde 2 valores hasta 3. El marco de referencia es el momento actual.

5.6.2. Percepción

Es el acto de percibir actitudes sensoriales , éste se diferencia de la sensación que es un proceso receptivo y la percepción es el conocimiento de las respuestas sensoriales a los estímulos que las excitan para distinguir y diferenciar unas cosas de otras, entendida como el acto complejo cognitivo mediante el cual el ser humano aprehende la realidad, influyen las características de los estímulos que activa los órganos de los sentidos y, características de la persona, su experiencia, aptitudes y variables de tipo intelectual y cultural. *

* AULA Enciclopedia, "Curso de Orientación Escolar", Humanidades, Cultural, S.A. Madrid-España, 9ª edición 1992

5.6.3. Dolor

El dolor es la forma como el cuerpo responde a una lesión o enfermedad. Todas las personas reaccionan al dolor de diferentes maneras, está vinculado a la enfermedad.

Puede tener diferentes formas, ya que la percepción que tiene el paciente y la que tiene el profesional son diferentes.

Para el paciente el dolor es un síntoma más, y para el profesional lo es todo.* La percepción del dolor no es una simple función de la estimulación de los receptores del dolor: es un fenómeno complejo que puede modificarse por la experiencia y el medio ambiente inmediato.

Del mismo modo que existen mecanismos que perciben el dolor, también se tienen otros que los reducen.

Según la IASP (asociación internacional para el estudio del dolor) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma".*

*RIBERA, D; http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_9.htm "Psicología de la Salud

*CARLSON Neil R. "Fundamentos de psicología Fisiológica" cap. 7, pp. 198. Tercera edición

5.6.4. Creencias

Son afirmaciones personales que consideramos verdaderas, en muchos casos son subconscientes, afectan a la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás y de las cosas y situaciones que nos rodean. Se forman a partir de ideas que se confirman o se creen confirmar a través de las experiencias personales. Cuando una creencia se instala de forma sólida y consistente, la mente elimina o no toma en cuenta las experiencias que no enlazan con ella. Son una fuerza muy poderosa dentro de la conducta. Todos tienen creencias que sirven como recursos y también creencias que limitan.

Las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar el grado de inteligencia, la salud, la creatividad, la manera en que nos relacionamos e incluso el grado de felicidad y de éxito, son ideas que en un momento determinado llegan a nosotros y creemos, se forman, ocupando un espacio, una energía, se materializan dentro de nuestros conceptos más arraigados.

Las creencias vienen a partir de lo que nos han dicho, de lo que hemos vivido, son maneras que creemos tener y ser, que vienen de otras personas, educadores, experiencias de nuestros padres, medios de comunicación o algo ha sucedido muy fuerte y se ha producido una impregnación en el consciente o en el inconsciente, y tienen una repercusión extraordinaria en la vida, y es difícil acceder a ellas.*

* <http://gemart.galeon.com/CREENCIAS.htm>

5.6.5. Investigaciones sobre calidad de vida

Giner, Ibáñez, Cervera, San Martín y Caballero (2001), en su estudio sobre calidad de vida en esquizofrénicos, concluyen que en ésta intervienen de forma negativa las dificultades en las relaciones interpersonales y las dificultades cognitivas y afectivas, que pueden interpretarse como parte de la experiencia subjetiva del enfermo. Demuestra que el enfermo esquizofrénico es capaz de diferenciar entre aquellos aspectos de su vida que considera como favorables, de aquellos que le producen un auténtico sufrimiento personal y que afectan su calidad de vida. Dentro de estas experiencias esta la percepción de discriminación asociada al estigma de la enfermedad (Katschnig, 2000) y la institucionalización prolongada (Cavieres y Valdevenito, 2005).

La investigación sobre percepción de calidad de vida en personas con problemas de salud mental se torna, altamente relevante, ya que puede constituirse como una categoría organizadora y de referencia al momento de establecer cuidados de enfermería y objetivos terapéuticos, se hace necesario contar con instrumentos que evalúen la calidad de vida, especialmente validados para este tipo de poblaciones.

A partir del descubrimiento de los psicofármacos y la reintegración social de los enfermos, se hicieron patentes las dificultades para desempeñarse correctamente en la sociedad. De ésta limitación surge el concepto de Calidad

de Vida, su estudio trata de reflejar el impacto de la enfermedad mental en la vida de la persona, en las necesidades individuales y en las expectativas de la sociedad. Funcionamiento Psicosocial: Roles que desempeña el individuo en su interacción con otros individuos dentro del medio ambiente en que se desenvuelve. (Valencia y cols. 1989)*.

En el caso de personas que padecen esquizofrenia, Bobes y González hicieron una revisión de 18 estudios de calidad de vida en personas con esquizofrenia, cuyas publicaciones se hicieron entre 1982 y 1997, señalando que a pesar de las diferencias metodológicas se puede llegar a seis conclusiones:

- a) La calidad de vida de estas personas es peor que la de la población general y de quienes tienen enfermedades físicas
- b) Los jóvenes, las mujeres, las personas casadas y aquellas con bajo nivel educacional refieren una mejor calidad de vida
- c) A mayor tiempo de evolución de la enfermedad, peor es la calidad de vida
- d) La psicopatología, especialmente el síndrome negativo, se relaciona en forma inversa con la calidad de vida

SILVA Carlos; *Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*; Santiago de Chile - 2008*
www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-

e) La existencia de pocos efectos secundarios de los antipsicóticos, así como la combinación de tratamientos farmacológicos y psicosociales, se relacionan con mejor calidad de vida

f) Los pacientes integrados en programas comunitarios presentan mejor calidad de vida que los que están institucionalizados. (Bobes J, González MP. Calidad de vida en la esquizofrenia).

5.7. Teoría psicológica humanista

La presente investigación orientada bajo el enfoque psicológico humanista, ya que pretende mejorar la calidad de vida relacionada con el estado de salud desde una perspectiva psicosocial. El termino humanismo se relaciona con las concepciones filosóficas que colocan al ser humano como centro de su interés, resalta la dignidad del ser humano, y puede ser entendido como una determinada concepción del ser humano, los conocimientos relevantes sobre el ser humano se obtendrán centrándose en los fenómenos puramente humanos tales como el amor, la creatividad o la angustia.etc. Algunos autores consideran al ser humano, como el objeto y método de la psicología, la patología y su tratamiento claramente relacionados con la tradición filosófica humanista, sociales, culturales y propiamente psicológicas. Entre las principales figuras de la psicología humanista están: Maslow y Rogers*.

* <http://www.e-torredebabel.com/Uned->

CAPITULO VI

MÉTODO

6.1. Diseño

El diseño de investigación que se utilizó en el presente trabajo fue pre-experimental con pre prueba- post prueba con un solo grupo.

G- O1- X - O2

G= un grupo no asignado al azar

O1 y O2 = Variable Dependiente (Calidad de Vida relacionada con el estado de Salud) medida antes y después del tratamiento.

X= Variable Independiente (Terapia Ecopsicológica y actividades motoras)

La elección de este diseño tuvo como fin medir el efecto de la variable independiente (Terapia Ecopsicológica y actividades motoras) sobre la variable dependiente (Calidad de Vida relacionada con el estado de Salud), y se vio por conveniente medir la variable dependiente antes y después del tratamiento con Terapia Ecopsicológica y actividades motoras, obteniendo análisis estadístico no paramétrico con signo de Willcoxon*, datos que demuestran diferencias significativas entre pre y post test, y comprobar si incrementó la Calidad de Vida relacionada con la Salud luego de la intervención.

*www.bioestadistica.uma.es

Por tanto el diseño pre experimental con pre y post prueba y un solo grupo, es el más adecuado para este tipo de investigación.*

6.2. Diseño de estudios de Casos

A – B – A.

Donde A: es la Variable Dependiente (Calidad de Vida relacionada con el estado de Salud) evaluada antes y después del tratamiento.

Donde B: es la Variable Independiente (Terapia Ecopsicológica y actividades motoras).

Este diseño fue elegido con la intención de profundizar el análisis de los resultados de cada uno de los pacientes sometidos al tratamiento con terapia Ecopsicológica y actividades motoras, donde al igual que en el diseño pre experimental se miden la variable dependiente antes y después del tratamiento, es decir A – B – A

Por medio de este diseño se hace un análisis específico de cada caso, por tanto se realiza un análisis cualitativo que permite rescatar datos importantes de cada uno de los participantes.

* El análisis estadístico de la investigación, fue guiado por el Lic. Rubén Belmonte, docente de la carrera de Estadística de la UMSA.

6.3. Variables

V.I. Programa de Intervención (Terapia Ecopsicológica y actividades motoras)

V.D. Calidad de Vida (Calidad de Vida relacionada con el estado de Salud)

6.4. Población

El Pabellón de Crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, cuenta con diez pacientes con esquizofrenia, de los cuales seis pacientes (tres varones y tres mujeres) respondieron a las características de la investigación, excluyendo pacientes con Esquizofrenia Desorganizada, Catatónica y pacientes del pabellón de agudos.

6.5. Muestra

El procedimiento de selección fue dirigida (no probabilística) al ser una investigación realizada con tres sujetos mujeres de una problemática muy particular como es la esquizofrenia del pabellón de Crónicos.

Se decidió realizar estudio de casos con la participación de (tres pacientes mujeres) derivadas por los médicos psiquiatras y psicólogos de la institución "Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios" (La Paz- Bolivia) quienes realizaron el diagnóstico respectivo.*

*SAMPIERI, H, Roberto, et al; *Introducción a la Metodología*, Edición Mc Graw- Hill interamericana.

6.6. Instrumentos

6.6.1. Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud

Autores de la Versión adaptada para pacientes con Esquizofrenia: validado por Alonso, en 1999, analizada por Ayuso-Mateos, Lasa, Vázquez-Barquero, Oviedo y Diez-Maneique (1999).*

Referencia: Instrumento validado en Chile para personas con Esquizofrenia

Evalúa: La calidad de vida relacionada con la salud en personas con esquizofrenia crónica.

Numero de ítems: 25

Administración: Heteroaplicada

Descripción:



- El (SF – 36) es un instrumento para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en población general y modificada evalúa el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en población con esquizofrenia crónica
- Conceptualmente es en un modelo bidimensional de salud: física y mental.

* CASTELLON, Angelina; CONTRERA Axia, et al; *Validación de una escala de calidad de vida en un grupo de personas con esquizofrenia*; Chile; 2007, vol 13.

- Modificado consta de 25 ítems agrupadas en 6 escalas (el original consta de 36 ítems en ocho escalas)
 - **Funcionamiento Físico (FF):** 10 ítems que evalúa el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas tales como ejercicios intensos, caminar, etc.
 - **Rol físico (RF):** 4 ítems que evalúa hasta qué punto los problemas de salud física interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente.
 - **Dolor Corporal (D):** 2 ítems que evalúan tanto el grado del mismo como la interferencia que produce en la vida del paciente.
 - **Salud General: (SG):** 5 ítems referidos a la percepción personal del estado de salud y creencias respecto a su salud.
 - **Vitalidad (v):** 4 ítems que valoran el nivel de fatiga y energía
 - **Transición de Salud notificada (TSN):** 1 ítem que describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. (la corrección del ítem varía en escala de Likert, de 1 a 3, siendo 1 el puntaje que favorece al mejoramiento y 3 puntaje que se interpreta como empeoramiento)
- A pesar de las modificaciones las 6 escalas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental las escalas que forman la

medida sumaria de salud física son: FF, RF, D, SG, V, TSN, y las que forman la medida sumaria de salud mental son: SG;V

- Los ítems también fueron modificados de 5 a 3 respuestas
- Se puntúan con escala Likert de rango variable, desde 2 valores hasta 3.
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Es una escala heteroaplicada

Corrección e Interpretación:

Proporciona un perfil de calidad de vida, con puntuaciones en las 6 escalas, y también proporciona 2 medidas sumarias: la Física y la Mental. Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 (peor salud) y 100 (mejor salud). No existen punto de corte; a mayor puntuación mayor Calidad de Vida.

Antecedentes y validación del Instrumento:

El estudio evalúa las propiedades psicométricas de la versión española de la Short form-36 Health Survey (SF-36), diseñada por el Medical Outcomes Study y validada por Alonso (1999) en personas con esquizofrenia crónica. Para esto, se realizó una aplicación piloto que mostró la necesidad de realizar adaptaciones en el instrumento. Luego, el instrumento adaptado fue aplicado en la Región Metropolitana de Chile a 99 sujetos con esquizofrenia. Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico, el cual mostró que el comportamiento de los ítems permite aplicarla en una versión modificada.

Para la validación del instrumento en Chile, se seleccionó intencionalmente una muestra formada por 99 personas con esquizofrenia crónica compensada, entre 35 y 75 años de edad, pertenecientes a las comunas de Independencia y Recoleta, en control y tratamiento en el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak de Santiago, que viven en Hogares Protegidos o Unidades de Larga Estadía.

El 88% de la muestra son mujeres y el 12 % hombres La estimación de la consistencia interna de la escala se hizo a través del coeficiente Alpha de Cronbach. El resultado obtenido fue 0.72 para la población en estudio, lo que es considerado como alto de acuerdo a los criterios propuestos por Hernández et al. (1998).

- ❖ Por lo tanto este Instrumento es válido en Bolivia, debido a que las características socio-culturales de ambos países (Chile y Bolivia) son similares, además el Cuestionario SF-36 sobre estado de Salud, fue contextualizado en la ciudad de La Paz, por profesionales entendidos en el área de salud mental: Lic. Rocío Peredo, Lic. Roxana Muñoz, Dra. Katya Gonzales, Dr. Rodolfo López.

6.6.2. Registro de Observación: Sistema instrumental para la medición de la motricidad de (SIMEM - C.G.).

Autores: Catalina González Rodríguez

Referencia: Revista Digital - Buenos Aires - N° 62 - Julio de 2003*

Evalúa: La Motricidad (como una importante esfera del desarrollo general)

Numero de ítems: 84

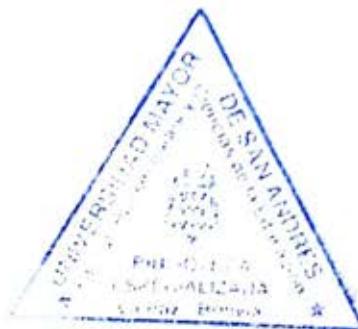
Administración: Registro de Observación

Descripción:

- El instrumento permite describir el comportamiento motor en las ocho variables (habilidades motrices básicas)
- Se pudo apreciar que no siempre los autores realizaron la descripción del comportamiento apoyándose en instrumentos diagnósticos, sino que en algunos casos sus criterios han sido interpretaciones de la práctica, constituyendo una aproximación basada en la experiencia profesional.
- Consta de 84 ítems que se agrupan en ocho variables (habilidades motrices básicas).

* GONZÁLEZ, Catalina; Revista Digital - Buenos Aires - N° 62 <http://www.efdeportes.com/> - Julio de 2003; forteza@inder.co.cu

- Caminar: 15 ítems
- Correr: 9 ítems
- Lanzar Capturar 23 ítems
- Trepar: 4 ítems
- Reptar: 6 ítems
- Escalar: 5 ítems
- Cuadrupedia: 8 ítems
- Saltar: 14 ítems



Corrección e Interpretación:

- La forma de observación se realiza así: Un aplicador se dedica a observar a un grupo, cuántos responden a los indicadores creando condiciones materiales, otro adulto estimulando sin dar modelos ni comparar.
- Al final, el aplicador cuantifica quienes responden a cada indicador, considerando la totalidad de los mismos. Si los participantes manifiestan una alternativa de movimiento que corresponde a otra variable, se anota en el indicador y variable correspondiente
- Al finalizar, las observaciones son computadas y analizados todos los datos obtenidos en cada grupo, obteniéndose el resultado total de la observación.

- Aunque se posea una información regional del resultado del instrumento, lo que puede ser muy útil como diagnóstico para el desarrollo del trabajo futuro en una región específica, el análisis de los resultados puede generalizarse según el interés del aplicador.
- Los resultados del sistema instrumental aplicado se procesan mediante la técnica estadística de décima de proporciones, para probar cuando el porcentaje de participantes que cumplen la tarea sobrepasan 70%, lo cual caracteriza la muestra.
- Aunque generalmente se reconoce 50%, en este estudio se toma 70% para darle carácter sólido a los valores de significación. Como resultado de la aplicación del instrumento se obtiene información sobre las características motrices de participantes en el grupo que se desee estudiar o en todos los grupos que se seleccionen.

Antecedentes y Validación

El estudio de la Motricidad (como una importante esfera del desarrollo general) ha sido abordado desde diferentes perspectivas y puntos de vista. Autores de elevado prestigio, han realizado caracterizaciones motrices en diferentes grupos etáreos. Las teorías evolutivas de los psicólogos J. Piaget y H. Wallon, citado por Aquino y Zapata (1979), permiten apreciar los logros motores de sujetos estudiados, así como las referencias sobre el desarrollo

motor y los movimientos rectores de la pedagoga alemana Kahte Lewin (1972), brindan una información al respecto. La forma de poder caracterizar en cualquier área del desarrollo, como el área motriz, requiere de la medición de aquellas variables e indicadores que puedan dar resultados confiables y objetivos.

El sistema instrumental para la medición de la motricidad fue basado en el análisis de las baterías de diferentes autores y el criterio profesional, validando la batería diagnóstica que permitió valorar y describir el comportamiento motor de los sujetos observados en investigaciones realizadas (SIMEM - C.G.). Este instrumento se aplicó durante cuatro meses a una muestra de 3200 participantes de ambos sexos que asisten a Instituciones educativas.

6.7. Operalización de variables: Primer Instrumento Calidad de Vida relacionada con el estado de salud

Calidad de Vida relacionada con la salud, modificada mediante la validación en población de personas con esquizofrenia crónica, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental.

DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	INSTRUMENTOS
Funcionamiento Físico (FF)	Evalúa el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas tales como ejercicios intensos, caminar, etc.	10 ítems (3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)	La escala de respuesta fue modificada a partir de una escala tipo Likert de 5 alternativas a una de 3	Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- Form, SF36) de J.E. Ware, C.D. Sherbourne
Rol físico (RF)	Evalúa hasta que punto los problemas de salud física interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente	4 ítems (13,14,15,16)	La escala de respuesta no fue modificada consta de 2 alternativas	Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- Form, SF36) de J.E. Ware, C.D. Sherbourne
Dolor Corporal (D)	Evalúa tanto el grado del mismo como la interferencia que produce en la vida del paciente.	1 ítems (17)	La escala de respuesta fue modificada a partir de una escala tipo Likert de 5	Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- Form, SF36) de J.E. Ware, C.D.

Programa de Terapia ecopsicológica y actividades motoras, para mejorar la Calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes mujeres con esquizofrenia.

			alternativas a una de 3	Sherbourne
Salud General: (SG)	Referidos a la percepción personal del estado de salud así como una serie de creencias respecto a la salud del paciente.	5 ítems (1,22,23,24,25)	La escala de respuesta fue modificada a partir de una escala tipo Likert de 5 alternativas a una de 3	Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36) de J.E. Ware, C.D. Sherbourne
Vitalidad (v)	valoran el nivel de fatiga y energía del paciente	4 ítems (18,19,20,21)	La escala de respuesta fue modificada a partir de una escala tipo Likert de 5 alternativas a una de 3	Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36) de J.E. Ware, C.D. Sherbourne
Transición de Salud Notificada (TSN)	Transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud.	1 ítem (2)	La escala de respuesta no fue modificada consta de 3 alternativas.	Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36) de J.E. Ware, C.D. Sherbourne

Operalización de variables: Segundo instrumento: Registro de Observación Sistema Instrumental de la Motricidad

Motricidad: Conducta motora que refleja la interacción del organismo humano con el medio como una importante esfera del desarrollo general, ha sido abordado desde diferentes perspectivas y puntos de vista.

DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	INSTRUMENTOS
Caminar	Facultad natural del hombre para desplazarse sin rapidez con sus extremidades inferiores de un lugar a otro.	15 ítems (del 1 al 15)	La escala de respuesta comprenden dos opciones si y no los resultados se procesan mediante la técnica estadística de décima de proporciones, para probar cuando el porcentaje de niños que cumplen la tarea sobrepasan 70%	Sistema instrumental para la medición de la motricidad (SIMEM) Evalúa: La Motricidad (como importante esfera del desarrollo) en ocho variables (habilidades motrices básicas), autora: Catalina González Rodríguez. Administración: Registro de Observación
Correr	Es la facultad natural que posee el hombre de desplazarse a una velocidad superior o menor a la de su locomoción habitual.	11 ítems (del 1 al 11)	La escala de respuesta comprenden dos opciones si y no los resultados se procesan mediante la técnica estadística de décima de proporciones, para probar cuando el porcentaje de niños que cumplen la tarea sobrepasan 70%	Sistema instrumental para la medición de la motricidad (SIMEM) Evalúa: La Motricidad (como importante esfera del desarrollo) en ocho variables (habilidades motrices básicas), autora: Catalina González Rodríguez. Administración: Registro de Observación

Programa de Terapia ecopsicológica y actividades motoras, para mejorar la Calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes mujeres con esquizofrenia.

<p>Lanzar Capturar</p>	<p>Es la facultad natural que posee el hombre para soltar o dejar libre un objeto lanzado con sus manos a la mayor distancia posible.</p>	<p>23 ítems (del 1 al 23)</p>	<p>La escala de respuesta comprenden dos opciones si y no los resultados se procesan mediante la técnica estadística de décima de proporciones, para probar cuando el porcentaje de niños que cumplen la tarea sobrepasan 70%</p>	<p>Sistema instrumental para la medición de la motricidad (SIMEM), Evalúa: La Motricidad (como importante esfera del desarrollo) en ocho variables (habilidades motrices básicas), autora: Catalina González Rodríguez. Administración: Registro de Observación</p>
<p>Trepar</p>	<p>Subir a un lugar alto o poco accesible valiéndose y ayudándose de los pies y las manos.</p>	<p>4 ítems (del 1 al 4)</p>	<p>La escala de respuesta comprenden dos opciones si y no los resultados se procesan mediante la técnica estadística de décima de proporciones, para probar cuando el porcentaje de niños que cumplen la tarea sobrepasan 70%</p>	<p>Sistema instrumental para la medición de la motricidad (SIMEM) Evalúa: La Motricidad (como importante esfera del desarrollo) en ocho variables (habilidades motrices básicas), autora: Catalina González Rodríguez. Administración: Registro de Observación</p>
<p>Reptar</p>	<p>Andar arrastrándose como algunos reptiles.</p>	<p>6 ítems (del 1 al 6)</p>	<p>La escala de respuesta comprenden dos opciones si y no los resultados se procesan mediante la técnica estadística de décima de proporciones, para probar cuando el porcentaje de niños que cumplen la tarea sobrepasan 70%</p>	<p>Sistema instrumental para la medición de la motricidad (SIMEM) Evalúa: La Motricidad (como importante esfera del desarrollo) en ocho variables (habilidades motrices básicas), autora: Catalina González Rodríguez. Administración: Registro de Observación</p>

Programa de Terapia ecopsicológica y actividades motoras, para mejorar la Calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes mujeres con esquizofrenia.

Escalar	Subir, trepar por una gran pendiente o a una gran altura.	5 ítems (del 1 al 5)	La escala de respuesta, comprenden dos opciones si y no los resultados se procesan mediante la técnica estadística de décima de proporciones, para probar cuando el porcentaje de niños que cumplen la tarea sobrepasan 70%	Sistema instrumental para la medición de la motricidad (SIMEM) Evalúa: La Motricidad (como importante esfera del desarrollo) en ocho variables (habilidades motrices básicas), autora: Catalina González Rodríguez. Administración: Registro de Observación
Cuadrupedia	Acción de caminar con las cuatro extremidades como paso intermedio entre arrastrarse y andar	8 ítems (del 1 al 8)	La escala de respuesta comprenden dos opciones si y no los resultados se procesan mediante la técnica estadística de décima de proporciones, para probar cuando el porcentaje de niños que cumplen la tarea sobrepasan 70%	Sistema instrumental para la medición de la motricidad (SIMEM) Evalúa: La Motricidad (como importante esfera del desarrollo) en ocho variables (habilidades motrices básicas), autora: Catalina González Rodríguez. Administración: Registro de Observación
Saltar:	Facultad natural del hombre para elevarse del suelo con o sin impulso, y dejarse caer en un lugar determinado o desplazarse de un lugar a otro.	14 ítems (del 1 al 14)	La escala de respuesta comprenden dos opciones si y no los resultados se procesan mediante la técnica estadística de décima de proporciones, para probar cuando el porcentaje que cumplen la tarea sobrepasan el 70%	Sistema instrumental para la medición de la motricidad (SIMEM) Evalúa: La Motricidad (como importante esfera del desarrollo) en ocho variables (habilidades motrices básicas), autora: Catalina González Rodríguez. Administración: Registro de Observación

* Se adaptó este instrumento para pacientes con esquizofrenia crónica, ya que presentan deterioro físico como una característica de los síntomas negativos de la enfermedad, siendo en los niños no un déficit sino características propias de la motricidad infantil.

6.8. Procedimiento de la Investigación

1º paso: Una vez, aprobado por la Universidad el Proyecto de Grado como modalidad de titulación, se procedió a tomar contacto con el director de la Institución donde se realizaría el trabajo

2º paso: Luego se obtuvo contacto con médicos de planta, y la psicóloga del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios que fueron informados a cerca de la investigación derivando pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, para que formaran parte del grupo de estudio.

3º paso: Se procedió a observaciones y visitas previo al programa durante tres meses, días martes y jueves tres horas cada día.

4º paso: Aplicación (Pre Test) Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36) cuatro horas, tres veces por semana durante 15 días

5º paso: Aplicación de (Pre Test) del registro de Observación; Sistema Instrumental de la motricidad cuatro horas, tres veces por semana, 15 días.

6º paso: evaluación de pruebas aplicadas como Pre test.

7º paso: Intervención Clínica del programa: "Mejorar la Calidad de Vida relacionado con la Salud, a través de terapia ecopsicológica y actividades motoras, durante cuatro meses, con cinco sesiones por semana, tres horas cada una; hora y media estimulando motricidad gruesa, y la otra hora y media

estimulando motricidad fina, de acuerdo al cronograma de actividades propuesto.

8° paso: Aplicación (Post Test) Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- Form, SF36) cuatro horas, dos veces por semana durante 15 días.

9° paso: Aplicación de (Post Test) del registro de Observación: Sistema Instrumental de la motricidad (SISMEN -CG) cuatro horas, dos veces por semana durante 15 días

10° paso: evaluación de pruebas aplicadas como Post Test.

11° paso: Obtención de resultados, a través de pruebas estadísticas y análisis estadístico no paramétrico de rangos con signos de Wilcoxon que demuestren si existe diferencia significativa entre pre test y post test.

6.9. Procedimiento de Cronograma de Actividades

Aplicación del programa de Intervención

Objetivo General:

Intervenir terapéuticamente durante cuatro meses con el Programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras, para mejorar la calidad de vida relacionada con el estado de salud y fortalecer habilidades motoras en pacientes varones diagnosticados con esquizofrenia.

- **Objetivo Específico:** *Mejorar el funcionamiento físico con manualidades artesanales y actividades recreativas, fortaleciendo habilidades motoras*

Objetivo Operativo: Realizar manualidades artesanales

-Actividad: Elaboración de rosarios.

1° Paso: Recolección y reciclaje del material necesario para la elaboración de artesanías.

2° Paso: Ensartado, anudado y armado del rosario.

Materiales: Perlas de Madera, cordón Cola de rata, semillas de Pino

-Actividad: Elaboración de bolsas para Pan.

1° Paso: Corte de tela, hilvanado, cosido, colocado de agarrador, estampado con pintura de logo.

Materiales: Tela, Hilos de colores, pegamento, pinturas, cordones, agujas.

-Actividad: Elaboración de Arreglos Florales

1º Paso: Recolección del material reciclado.

2º Paso: Selección del material reciclado.

3º Paso: Pintado de flores, hojas y envases.

4º Paso: Armado de los arreglos florales

Materiales: Tronquitos, hojas y flores, secas, cartón de papel higiénico, papel seda, pegamento, pinturas, barniz etc.

Meta: Fortalecer habilidad motora: agarrar

Objetivo Operativo: Lograr que los pacientes lancen y capturen el objeto que se les lanza, reconociendo nombres.

-Actividad: Escucha tu nombre y coge el balón

1º Paso: Organización en círculo de todos los participantes.

2º Paso: Simetría de distancia ente cada participante.

3º Paso: Rotación de participantes que lanza el balón reconociendo

4º Paso: Nombres de los demás.

5 Paso: Los participantes deben regresar el balón y reconocer el nombre de quien les lanza.

Materiales: Balón, vestuario deportivo.

Meta: Fortalecer habilidad motora: lanzar y capturar

Objetivo Operativo: Jugar practicando puntería

-Actividad: Jugar a los bolos

1º Paso: Se instruye a los participantes a hacer rodar la pelota hacia las botellas plástico con la finalidad de hacer caer todas las botellas.

Material: Pelotita de plástico, botellas de plástico forradas con papel de color (papel de color, carpícola).

-Actividad: Juego de tiro al blanco

1º Paso: Se explica a los participantes las reglas del juego que consiste en lanzar dardos a los círculos, los cuales tiene respectivos porcentajes, siendo el de mayor valor el círculo del centro, para lo cual se requerirá puntería y precisión.

Materiales: Plastoformo, papel crepé de color, cartulina, alfileres, y carpícola

Meta: fortalecer habilidad motora: lanzar

- **Objetivo Específico:** *Mejorar el funcionamiento y rol físico mediante juegos lúdicos y ejercicios físicos, favoreciendo habilidades motoras*

Objetivo Operativo: Lograr que los pacientes realicen camitas de 10 cuadras.

-Actividad: Caminemos juntos.

1º Paso: Se realizaron caminatas cortas dentro de la misma institución y algunas veces fuera de la misma

Materiales: Vestimenta deportiva adecuada.

Objetivo Operativo: Lograr que los pacientes realicen ejercicios corriendo.

-Actividad: Trabajemos nuestro cuerpo

1° Paso: Realizar calentamiento previo de músculos y extremidades.

2° Paso: Competencias y carreras.

3° Paso: Carreras con obstáculos sencillos.

Materiales: Vestimenta adecuada (deportivo y zapatillas, obstáculos sencillos (ramplas, conos, etc.)

Objetivo Operativo: Lograr que los pacientes realicen actividades y/o juegos recreativos corriendo.

-Actividad: Juego sol y hielo.

1° Paso: Conformar el equipo de participantes.

2° Paso: posteriormente se dan las instrucciones en que consiste el juego (los participantes deben huir del hielo para evitar quedar estáticos) y a la vez se asigna a dos de los participantes la representación de hielo y sol, el hielo deberá congelar movimientos, y el sol activara los movimientos tocando alguna parte del cuerpo de los demás participante.

Material: Zapatillas que permitan correr.

Meta: Fortalecer habilidad motora: correr

Objetivo Operativo: Lograr que los pacientes participen realizando diferentes juegos de antaño.

-Actividad: Saltar a la cuerda.

1º Paso: Se consulta a los participantes si conocen o saben del juego.

2º Paso: posteriormente se forman grupos de aquellos que saben saltar a la cuerda, dándoles instrucciones para que realicen tres series de tres saltos y vayan aumentando hasta llegar a 3 series de 10.

3º Paso: Para aquellos que no saben, se les enseñara a coordinar movimientos de brazos y piernas llegando a realizar 5 series de 1 salto, hasta lograr 5 series de 3 saltos.

Materiales: Cuerda para saltar 3 metros

-Actividad: Saltemos liga liga.

1º Paso: Se indica a dos de los participantes que se pongan la liga con los pies abiertos y a otro que salten sobre la primera y luego sobre la segunda liga

2º Paso: Posteriormente se les dice a los participantes que salten sobre la segunda liga cruzando la primera y luego salten pasando las dos ligas

Materiales: Liga para saltar 6 metros

-Actividad: Juego Tuncuna

1º Paso: Se realiza el trazado de líneas y cuadrados (en forma de cruz) con tiza en el piso, se enumera dichos cuadrados del 1 al 10.

2º Paso: Se instruye a los participantes a que lancen la prenda u objeto al número correspondiente para saltar en un pie y luego en dos así sucesivamente sin pisar el numero en que se encuentra la prenda y retornar saltando de la misma manera.

Materiales: Tizas de dos colores, prenda u objeto pequeño

-Actividad: Juego pata-pata

1º Paso: Se consulta a los participantes si conocen o saben a cerca del juego.

2º Paso: Posteriormente se forman dos grupos de aquellos que saben saltar al juego de la pata-pata, para que puedan servir de modelo a aquellos que no pueden o no conozcan el juego, y así los participantes realizan la actividad alternadamente.

Materiales: 2 Juegos de Pata-Pata (una pelotita unida a un cordón de plástico que en uno de los extremos tiene nudo corredizo para asegurar a la canilla).

Meta: Fortalecer habilidad motora: saltar

- **Objetivo específico:** *Mejorar la salud general y vitalidad con actividades y juegos recreativos, para fortalecer habilidades motoras*

Objetivo Operativo: Realizar dinámicas en las que se empleen ejercicios de cuadrupedia.

-Actividad: "Dinámica del gusanito"

1º Paso: Los participantes se colocan en fila.

2º Paso: Cada uno de los participantes, debe atravesar el armazón del gusanito caminando en cuatro extremidades.

3º Paso: Al llegar al final del armazón del gusano recoge la ficha.

4º Paso: El participante debe regresar al punto de partida, dar lugar a su compañero de equipo.

5º Paso: El equipo debe formar la ficha completa.

Materiales: Colchonetas, Armazón en forma de gusanito. (ula-ula) cartones, cartulina, pegamentos, sogas, cintas de colores, papel seda.

-Actividad: Dinámica "Juguemos a ser bebes (gateo)."

1º Paso: Se coloca en el pecho de los participantes un babero (rosado para mujeres y celeste para varones, haciendo diferencia de género)

2º Paso: Posteriormente se instruye a los participantes que recojan la gorra de bebe gateando de un extremo a otro, para volver al punto de partida con el gorro puesto.

Materiales: Colchonetas.

Cartulinas, tijeras, papel lustroso de color celeste y rosado, cintas del mismo color, carpícola, ligas.

Meta: Fortalecer la habilidad motora de cuadrupedia (gateo)

Objetivo Operativo: Lograr que los pacientes coordinen movimientos de extremidades, practicando la acción de arrastre o de reptar.

-Actividad: Dinámica "Juguemos a ser soldados"

1º Paso: La dinámica consiste en jugar a la guerra contra el enemigo, arrastrándose de un extremo a otro bajo un túnel, lanzando las municiones contra los soldaditos de cartón.

Materiales: Colchonetas, cartulinas, tijera, papel crepé verde Carpicola, liga, (para el casco) para las municiones pelotitas de trapo forradas con papel crepé rojo, enemigos soldaditos de cartulina forrados con papel crepé adheridas a una botella de plástico que sirve de base. Túnel (aros de plástico con cintas)

Meta: Fortalecer habilidad motora de arrastre coordinado: cuerpo, manos y pies

-Actividad: Dinámica "Cosechando manzanas"

1º Paso: Se explica a los participantes que la cosecha de manzanas consiste en subir a una cima (rampla ubicada en forma perpendicular, apoyada a la pared en la que se encuentra un árbol de manzanas elaborado en cartulina y papel crepé) y así poder alcanzar a las ramas para cosechar la mayor cantidad de manzanas, en varios recorridos.

Materiales: Rampla inclinada, árbol de manzanas elaborado con cartulina y papeles crepe (rojo, verde y café), carpicola, tijera, másquin.

-Actividades: Alentemos al equipo

1º Paso: Cantos y movimientos que alientan al equipo

2º Paso: Coordinación y coreografía.

Materiales: Pompones (papel seda, pegamentos, cartones), banderas, cintas.

Meta: Fortalecer habilidades motoras: caminar, saltar, agarrar; coordinado extremidades.

- **Objetivo específico:** *Mejorar el dolor corporal con terapia ecopsicológica y horticultura, fortaleciendo habilidades motoras*

Objetivo Operativo: Lograr que el dolor físico se alivie temporalmente con actividades preparando el lugar de la siembra

-Actividad: Conociendo beneficios de la naturaleza

1° Paso: Con la delimitación cavar el lugar y

2° Paso: Tamizar desechando piedras

3° Paso: Mezclar tierra (del lugar) turba, tierra negra.

4° Paso: Abonar con humus de lombriz

Materiales: Semillas (lechuga acelga y repollo).Tierra negra, abono (humus de Lombriz) Turba, agua, herramientas necesarias (pala, picota, rastrillo, tamizador) carpa solar (troncos, alambres, nylon)

-Actividad: Cultivando un espacio agrícola

1° Paso: Sembrar mediante la técnica del boleó.

2° Paso: Cubrir el sembradío con paja y nylon (carpa solar)

3° Paso: Regar el lugar con agua tres veces por semana

Materiales: Semillas acelga, lechuga, repollo, paja, nylon, cubetas, agua,

Meta: Aliviar el dolor del cuerpo cuidando un espacio agrícola

CAPITULO VII

RESULTADOS

7.1. Análisis de los resultados de estudio de casos de tres sujetos varones (cuestionario SF-36 y Registro de observación Sistema Instrumental de la motricidad)

Caso 4: A.P.C.G

Sexo: Femenino

Edad: 50 años

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide

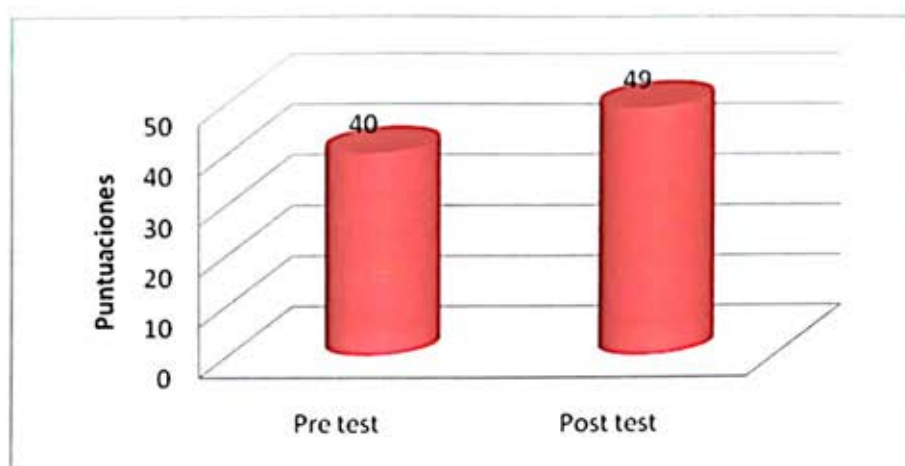


Tabla A./caso 4 resultado por áreas del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36)

Áreas	Pre- test	Post- Test	Diferencia
Función Física	-14	+22	+8
Rol Físico	-4	+6	+2
Dolor Corporal	-3	+2	-1
Salud General	-10	+9	-1
Vitalidad	-6	+9	+3
Transición de Salud Notificada	+3	-1	+2

RESULTADO DEL CUESTIONARIO SF- 36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (SHORT- FROM, SF36)

Grafico a.1/caso 4



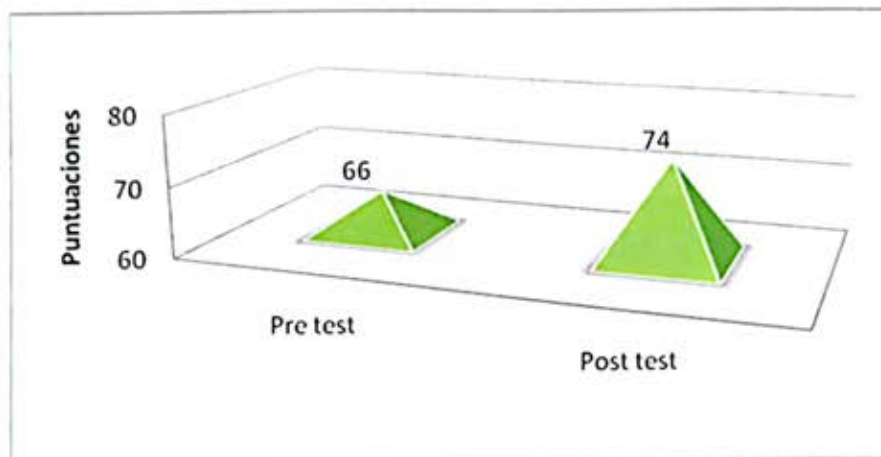
Resultado del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36)

Tomando en cuenta los puntajes alcanzados por la paciente en la pre prueba (40 puntos) como en la post prueba (49 puntos) del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36) se puede decir que hay diferencia entre pre y post prueba, a favor de la post prueba, especialmente en las escalas de Funcionamiento Físico aumento 8 puntos, en la escala de Vitalidad 3 puntos y en la escala de Rol Físico incremento 2 puntos, es decir que las actividades realizadas como caminatas, campeonatos deportivos, cultivo de plantas alimenticias, contribuyeron a que la paciente presente mayor energía, sin sentirse agotada ni cansada como indicaba en la pre-prueba.

Por lo tanto con la intervención se logró incrementar la calidad de vida en ésta paciente, disminuyendo los problemas a causa de su salud física en sus actividades diarias.

Resultados del Sistema Instrumental para la Medición de la Motricidad

Grafico b.1/caso4



Resultado del sistema Instrumental para la medición de la motricidad

Antes de la intervención se observó en la paciente resistencia a colaborar utilizando refutaciones a las actividades por realizar. Razón por la cual se vio por conveniente aclararle con mayor información el propósito de las actividades y su beneficio. Durante la intervención se notó en la paciente cambios en su conducta, colaborando en las actividades, presentando motivación, mayor energía, y participación de las mismas, dando a conocer que sus molestias y algunos dolores corporales no eran muy frecuentes.

En cuanto a los resultados obtenidos, describen que existe diferencia de (8 puntos) entre el pre test (66 puntos) y post test (74 puntos), este incremento se entiende que fue debido a las actividades realizadas, siendo éstas novedosas interesantes y motivadoras, favoreciendo las habilidades de caminar, correr, saltar, cuadrupedia, reptar, por lo tanto se afirma que la intervención terapéutica realizada, fue óptima, siendo estos datos los que confirman y coadyuvan al incremento de la calidad de vida de ésta paciente.

Programa de Terapia ecopsicológica y actividades motoras, para mejorar la Calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes mujeres con esquizofrenia.

Caso 5: V.S

Sexo: Femenino

Edad: 42 años

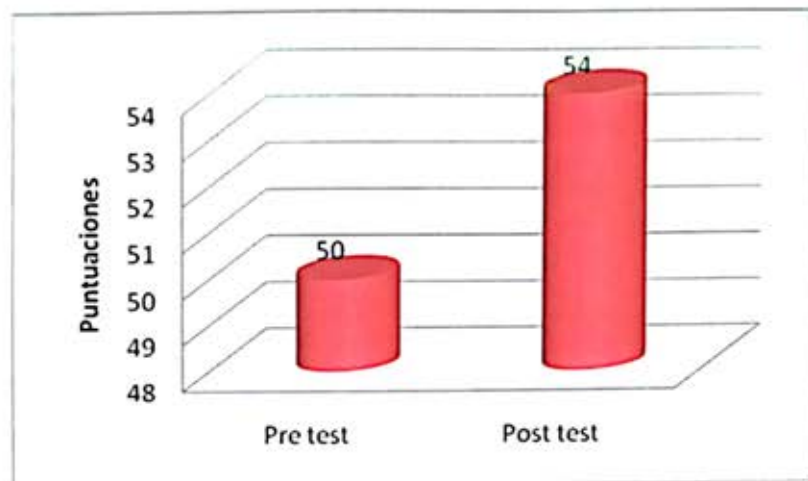
Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide Crónica

Tabla A./caso 5 resultado por áreas del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36)

Áreas	Pre- test	Post- Test	Diferencia
Función Física	-24	+28	+4
Rol Físico	-6	+8	+2
Dolor Corporal	-1	+1	0
Salud General	-8	+7	-1
Vitalidad	-8	+9	+1
Transición de Salud Notificada	+3	-1	+2

RESULTADO DEL CUESTIONARIO SF- 36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (SHORT- FROM, SF36)

Grafico a.1/caso 5

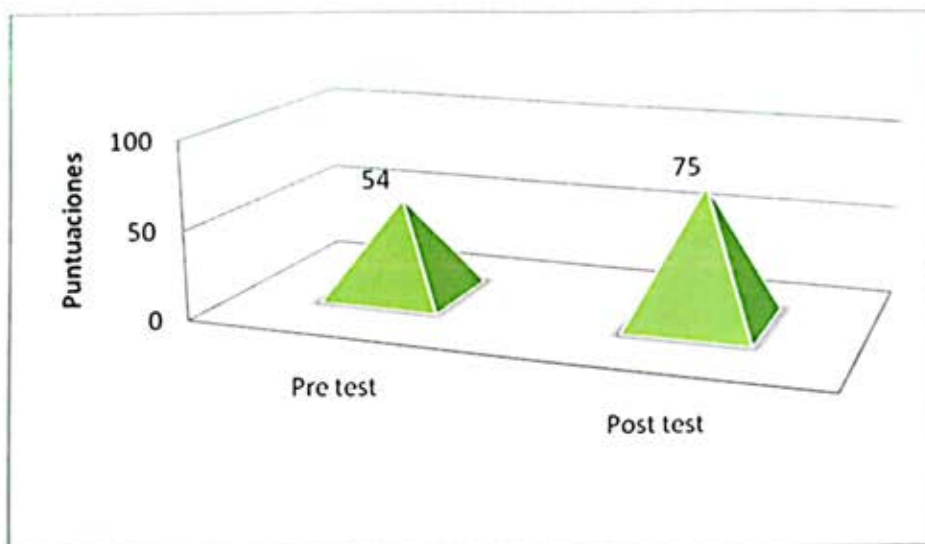


Resultado del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36)

De acuerdo a los puntajes alcanzados por la paciente en la pre prueba (50 puntos) como en la post prueba (54 puntos) del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36) se observa que existe diferencia a favor de la post prueba, en las escalas de Funcionamiento Físico y Rol Físico, mejorando las actividades diarias como caminar, correr, realizar deportes, levantar objetos, subir gradas, agacharse o arrodillarse, bañarse o vestirse, no presentando problemas en sus actividades diarias a causa de su salud física, por lo tanto la intervención terapéutica aplicada logró mejorar la calidad de vida en ésta paciente.

Resultados del Sistema Instrumental para la Medición de la Motricidad

Grafico b.1/caso 5



Resultado del sistema Instrumental para la medición de la motricidad

La intervención terapéutica realizada con actividades motrices, incrementó estas habilidades, siendo los datos obtenidos del registro de observación los que describen que existe diferencia de (21 puntos) entre el pre test (54 puntos) y post test (75 puntos), los que confirman y coadyuvan al incremento de la calidad de vida en ésta paciente.

En la paciente se observó colaboración, y mucha prisa en realizar manualidades, juegos recreativos y ejercicios físicos, pero no de la misma forma en las actividades hortícolas, en las que presentaba lentitud y desgano indicando no querer ensuciar su ropa.

Programa de Terapia ecopsicológica y actividades motoras, para mejorar la Calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes mujeres con esquizofrenia.

Caso 6:B.N.O.

Sexo: Femenino

Edad: 36 años

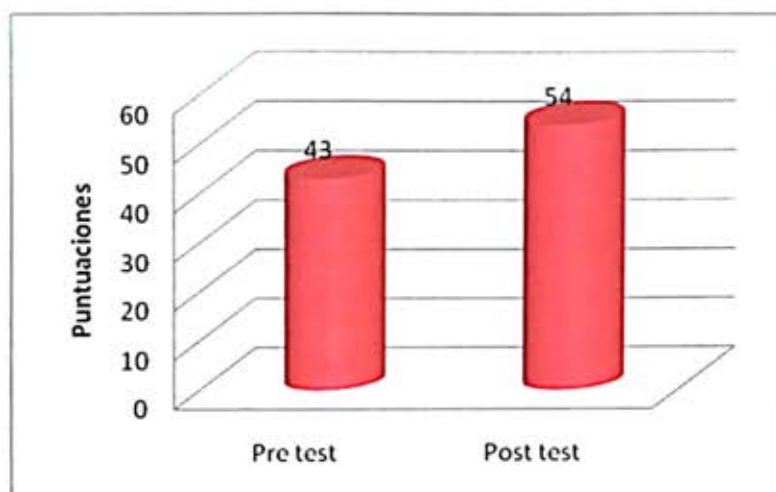
Diagnóstico: Esquizofrenia Crónica

Tabla A./caso 6 resultado por áreas del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36)

Áreas	Pre- test	Post- Test	Diferencia
Función Física	-14	+27	+13
Rol Físico	-7	+8	+1
Dolor Corporal	-3	+2	-1
Salud General	-8	+7	-1
Vitalidad	-8	+9	+1
Transición de Salud Notificada	+3	-1	+2

RESULTADO DEL CUESTIONARIO SF- 36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (SHORT- FROM, SF36)

Gráfico a1/caso 6



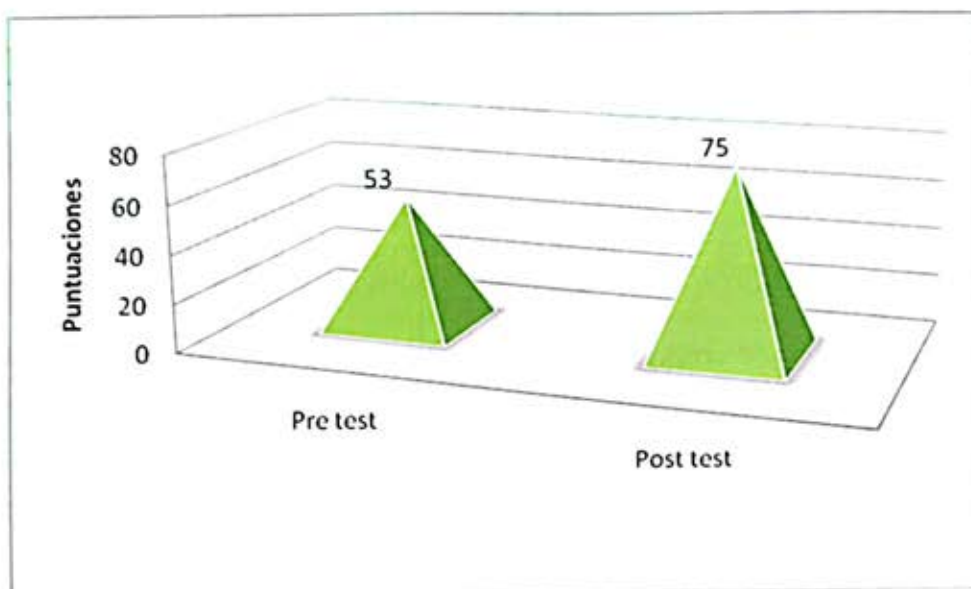
Resultado del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36)

Los puntajes alcanzados por la paciente en la pre prueba son de (43 puntos) y en la post prueba (54 puntos) del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36) se notó el incremento de 13 puntos en la escala de

Funcionamiento Físico, mejorando con las actividades de la intervención que requerían esfuerzos intensos, moderados, subir gradas, agacharse, arrodillarse, realizar caminatas largas, etc Por tanto la intervención aplicada logró mejorar el estado de salud en ésta paciente.

Resultados del Sistema Instrumental para la Medición de la Motricidad

Grafico b1/caso 6



Resultado del sistema Instrumental para la medición de la motricidad

Se observó en la paciente desde el inicio de la intervención, colaboración, entusiasmo, dinamismo, y predisposición en actividades recreativas, ejercicios físicos, trabajos manuales, pero no de igual forma en actividades hortícolas.

Por lo tanto los resultados obtenidos, presentan que existe diferencia de 22 puntos entre el pre test (53 puntos) y post test (75 puntos), por lo tanto se afirma que la intervención terapéutica realizada, fue optima, siendo estos datos los que confirman y coadyuvan al incremento de la calidad de vida en esta paciente.

7.2. Resultados a nivel Grupal de 6 sujetos (3 varones y 3 mujeres)

7.2.1. Análisis Estadísticos No Paramétricos: Prueba de Rangos con signo de Willcoxon del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud

El análisis estadístico* por grupo se realizó por medio de:

Análisis No paramétrico de Rango con Signo de Wilcoxon, para muestras relacionadas, prueba que juzga las diferencias entre los valores de pares relacionados, es decir el nivel de significancia de la diferencia entre pre prueba y post prueba.

Como se observa en los resultados estadísticos existe una diferencia significativa entre el pre y post test, a favor del post test en algunas de las escalas del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36) lo que en otras escalas se observa diferencia pero no significativa a favor del post test .

* El análisis estadístico de la investigación, fue guiado por el Lic. Rubén Belmonte, docente de la carrera de Estadística de la UMSA.

Resultados del Cuestionario sobre el Estado de Salud (SF-36)

Tabla 1a, Diferencia entre pre test y post test del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud

Sujetos	Pre test	Post Test	Diferencia	Posición
n1	-41	+54	+13	1°
n2	-53	+57	+4	5°
n3	-38	+50	+12	2°
n4	-40	+49	+9	4°
n5	-50	+54	+4	5°
n6	-43	+54	+11	3°

En la tabla se observan la diferencia entre pre test y post test del Cuestionario sobre calidad de vida relacionado con el estado de salud en el cual se observa que el caso 1 tuvo mayor incremento respecto al grupo de estudio, y el caso 4 menor incremento.

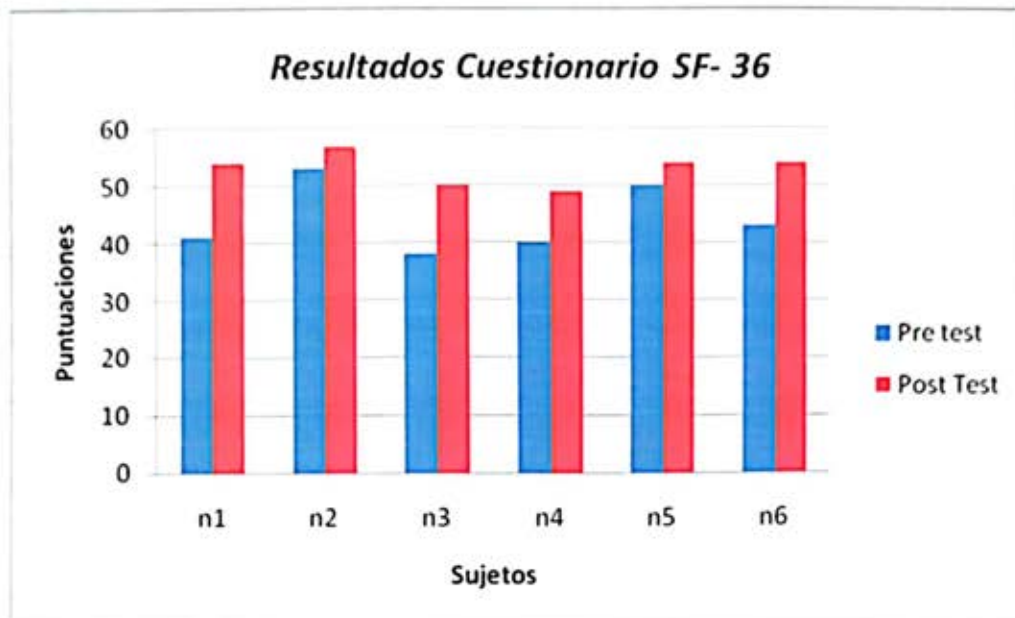


Grafico 1: pre test- post test puntaje bruto del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36)

Tabla del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36) pre test- post test para el grupo de seis sujetos.

	Global_post - Global_pre
Z	-2.264(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.024

La prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.024, por tanto existe diferencia significativa entre pre y post test, a favor del post test, en el Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36).

- De acuerdo a los resultados generales del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- From, SF36) y tomando en cuenta que una diferencia es significativa cuando es menor a 0,05 los resultados arrojados por este instrumento presentan un nivel de significancia entre pre y post test de 0,024 Con este resultado se pondría afirmar que la intervención con terapia ecopsicológica logra incrementar la calidad de vida relacionado con el estado de salud de los pacientes en esta investigación.

Grafico 1:

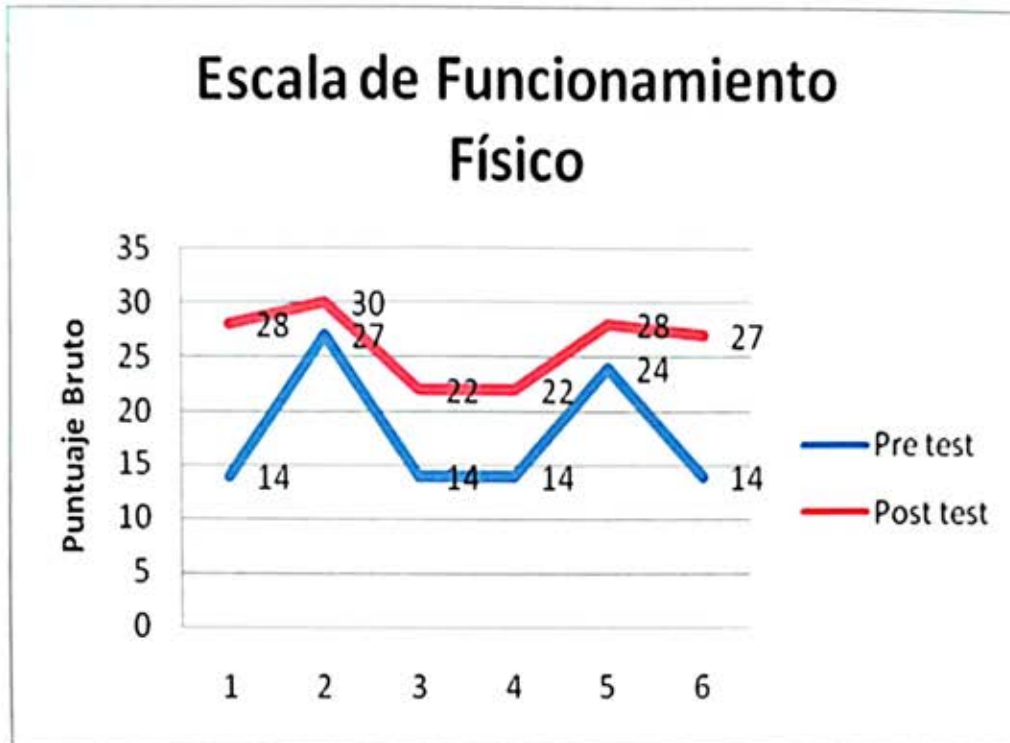


Grafico 1: pre test post test, puntaje bruto de la Escala de Funcionamiento Físico del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud.

Tabla de escala de función física pre test- post test

Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	0(a)	.00	.00
Rangos positivos	6(b)	3.50	21.00
Empates	0(c)		
Total	6		

Estadísticos de contraste

	Función física pre - Función física post
Z	-2.207(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.027

De acuerdo a la prueba de rangos con signo de Willcoxon en la escala de **Funcionamiento físico** el nivel de significancia de pre prueba y post prueba es de 0,027 al ser menor que 0,05 la diferencia es considerada significativa, por lo tanto la intervención con terapia ecopsicológica logra incrementar la escala de funcionamiento físico de los pacientes es decir se reduce el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas tales como ejercicios intensos, caminar, etc.

pGrafico 2

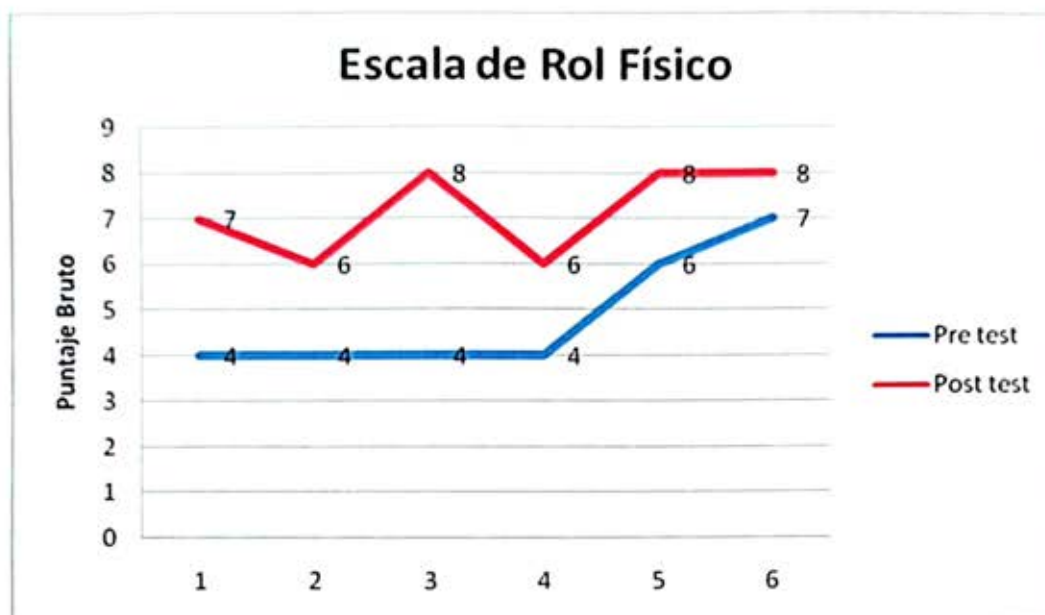


Grafico 2: pre test post test, puntaje bruto de la Escala de Rol Físico del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud

Tabla de escala rol físico pre test- post test

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	0(a)	.00	.00
Rangos positivos	6(b)	3.50	21.00
Empates	0(c)		
Total	6		

Estadísticos de contraste

	Rol físico pre _post
Z	-2.214(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.027

En la escala de Rol físico del *Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud*, el resultado con signo de Willcoxon, dio un nivel de significancia de pre prueba y post prueba de 0,027 al ser menor que 0,05 la diferencia es considerada significativa, por lo tanto la intervención con terapia ecopsicológica logra incrementar esta escala, es decir reducen los problemas de salud física que interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente.

Grafico 3

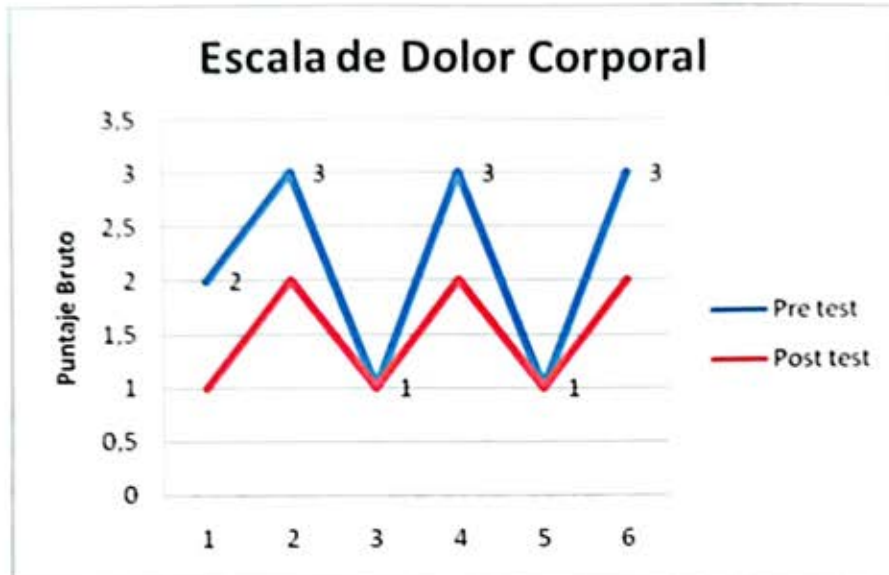


Grafico 3: pre test post test, puntaje bruto de la Escala de Dolor Físico del

Tabla de escala Dolor Corporal pre test - post test

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	3(a)	2.00	6.00
Rangos positivos	0(b)	.00	.00
Empates	3(c)		
Total	6		

Estadísticos de contraste

	Dolor corporal pre - Dolor corporal post
Z	-1.732(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.083

La prueba de rangos con signo de Willcoxon, en la escala de **Dolor Corporal** del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud, dio como resultado 0.083, al ser mayor que 0,05 la diferencia no es considerada significativa, por lo tanto la intervención con terapia ecopsicológica no logró incrementar la escala de dolor corporal de los pacientes, es decir no se reduce el grado del mismo o la interferencia que produce en la vida del paciente.

Grafico 4

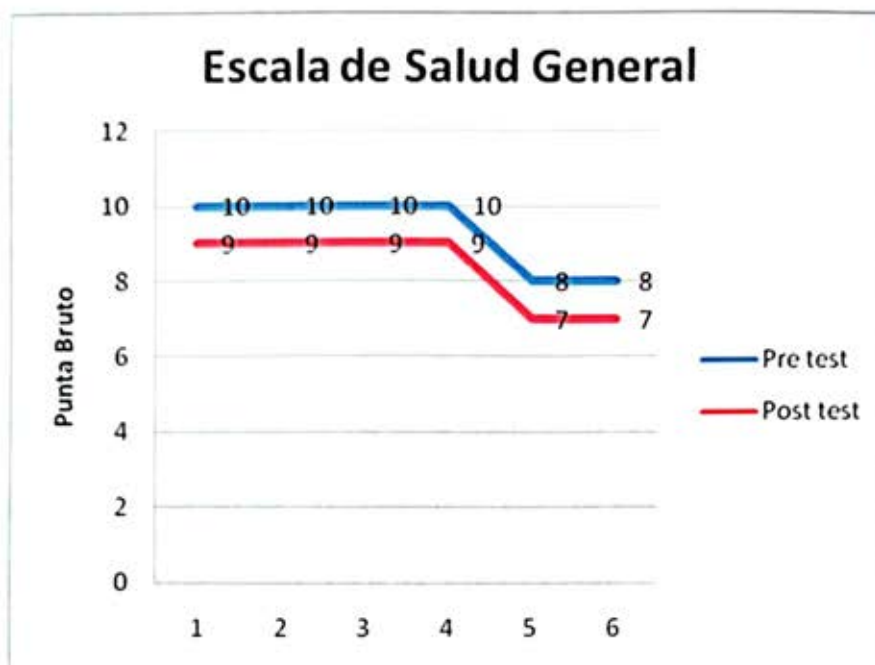


Grafico 4: pre test post test, puntaje bruto de la Escala de Salud General del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud

Tabla de escala Salud General pre test post test

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	4(a)	2.50	10.00
Rangos positivos	1(b)	5.00	5.00
Empates	1(c)		
Total	6		

Estadísticos de contraste

	salud general_post - Salud general_pre
Z	-.707(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.480

La prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.480, en la escala de **Salud General** del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud, al ser mayor que 0,05 la diferencia no es considerada significativa, por lo tanto la intervención con terapia ecopsicológica no logró incrementar la escala de Salud General de los pacientes, es decir no se modifica la percepción personal del estado de salud así como una serie de creencias respecto a la salud del paciente.

Grafico 5



Grafico 5: pre test post test, puntaje bruto de la Escala de Vitalidad del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud

Tabla de escala de vitalidad

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	0(a)	,00	,00
Rangos positivos	5(b)	3,00	15,00
Empates	1(c)		
Total	6		

Estadísticos de contraste

	vitalidad_post - Vitalidad_pre
Z	-2,041(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,041

En la escala de **Vitalidad** del *Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud*, a través de rangos con signo de Willcoxon, dio el nivel de significancia de pre prueba y post prueba de 0,041 al ser menor que 0,05 la diferencia es considerada significativa, por lo tanto la intervención con terapia ecopsicológica logra incrementar esta escala, es decir que se reduce el nivel de fatiga y energía en las actividades que realiza el paciente.

Grafico 6

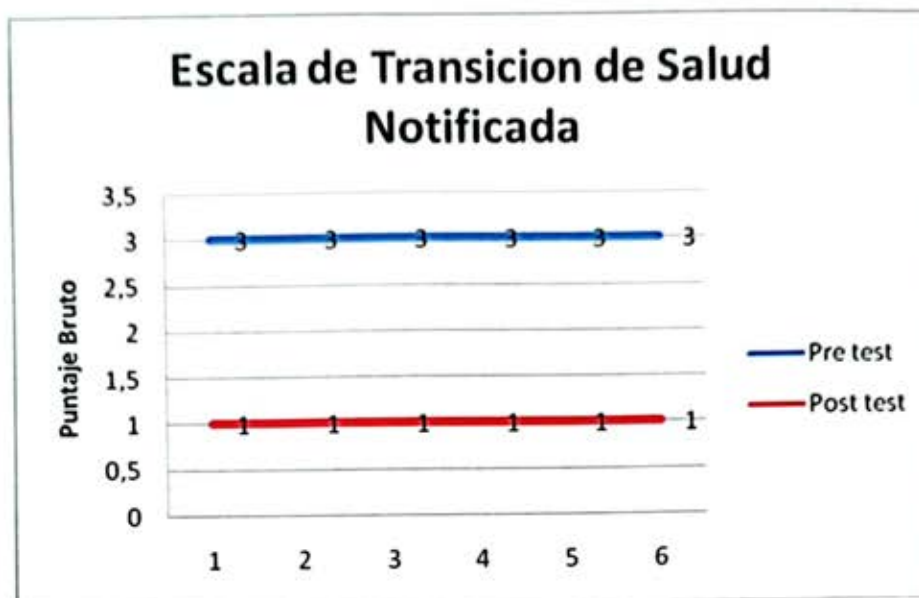


Grafico 6: pre test post test, puntaje bruto de la Escala de Transición de Salud Notificada del Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud

Tabla de escala de Transición de Salud Notificada

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	6(a)	3,50	21,00
Rangos positivos	0(b)	,00	,00
Empates	0(c)		
Total	6		

Estadísticos de contraste

	Transición de salud_post - Transición de salud_pre
Z	-2,271(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,023

En la escala de **Transición de Salud Notificada** del *Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud*, con signo de Willcoxon el nivel de significancia de pre prueba y post prueba es de 0,023 al ser menor que 0,05 la diferencia es considerada significativa, por lo tanto la intervención con terapia ecopsicológica logra incrementar esta escala, es decir se reduce la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud.

7.2.2. Análisis estadísticos No Paramétricos: Prueba de Rangos con signo de Willcoxon, Resultados del Registro de Observación: (Sistema Instrumental de la Motricidad)

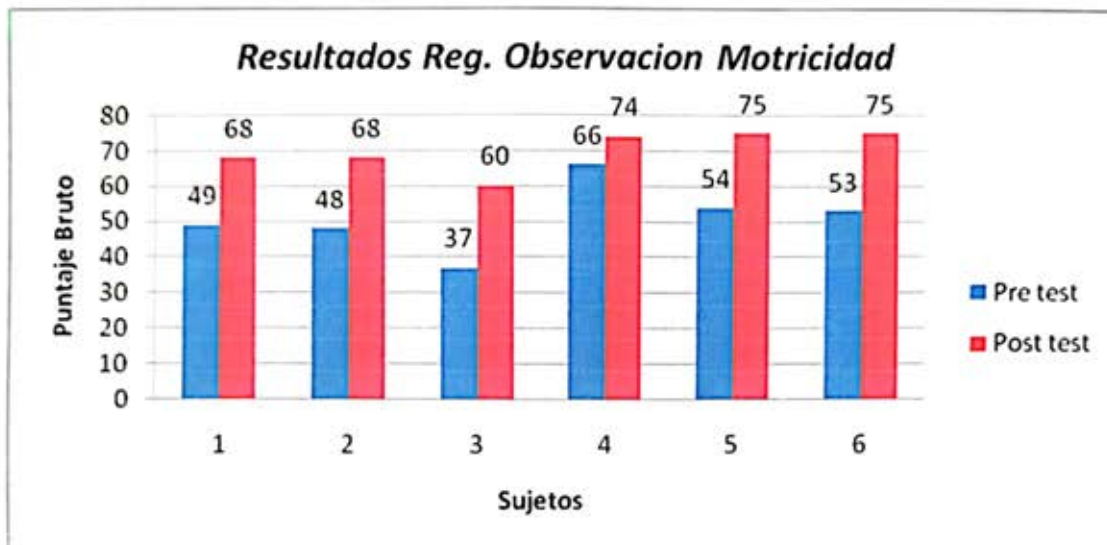


Grafico: pre test- post test puntaje bruto del Registro de Observación de Motricidad

Tabla de Registro de Observación de Motricidad pre test- post test

	MOTRICIDAD_POST - _PRE
Z	-2.226(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.026

La prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.026, por tanto existe diferencia significativa entre pre y post test, a favor del post test, en el Registro de Observación de Motricidad, por lo tanto la motricidad es una importante esfera del desarrollo general, permitiéndonos apreciar los logros y habilidades motoras básicas de los sujetos estudiados.

Grafico 1

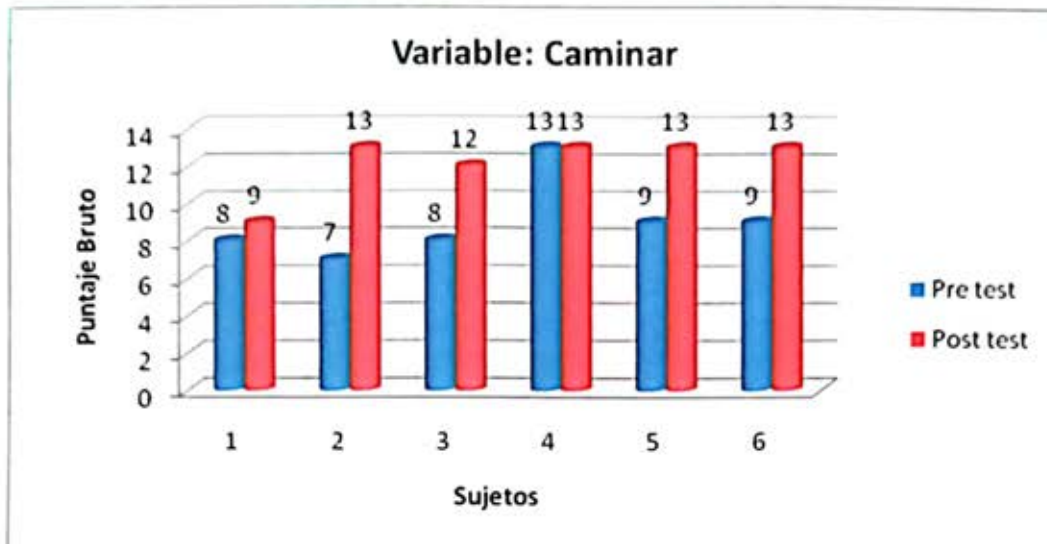


Grafico 1: pre test post test, puntaje bruto de la Variable Caminar del Registro de Observación; Sistema Instrumental.

Tabla de Variable Caminar

	R_CA - P_CA
Z	-2.060(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.039

En la variable *Caminar del Registro de Observación; Sistema Instrumental*, con prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.039, por tanto existe diferencia significativa entre pre y post test, a favor del post test.

Es decir que la facultad para desplazarse de un lugar a otro utilizando sus extremidades inferiores, en los pacientes, mejoró gracias a la intervención del programa de terapia ecopsicológica y actividades motoras.

Grafico 2

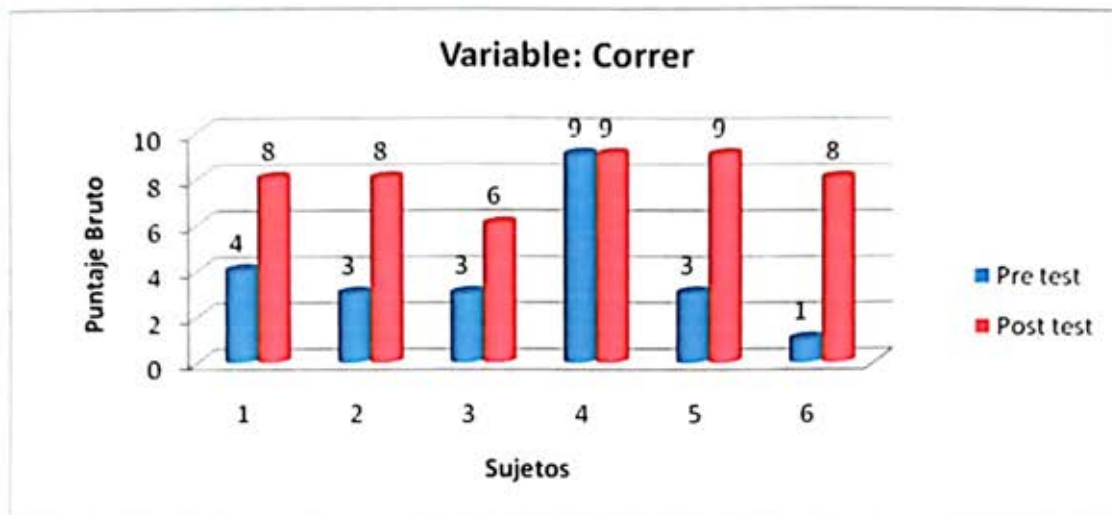


Grafico 2: pre test post test, puntaje bruto de la Variable Correr del Registro de Observación; Sistema Instrumental

Tabla de Variable Correr

	R_CO - P_CO
Z	-2.023(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.043



La prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.043, por tanto existe diferencia significativa entre pre y post test, a favor del post test, en la variable Correr del Registro de Observación Sistema Instrumental de la Motricidad. Por lo tanto la facultad que poseen los pacientes para desplazarse a velocidad superior o menor a lo acostumbrado, incrementó debido a las actividades realizadas en el programa de intervención terapéutica ecopsicológica y motriz.

Grafico 3

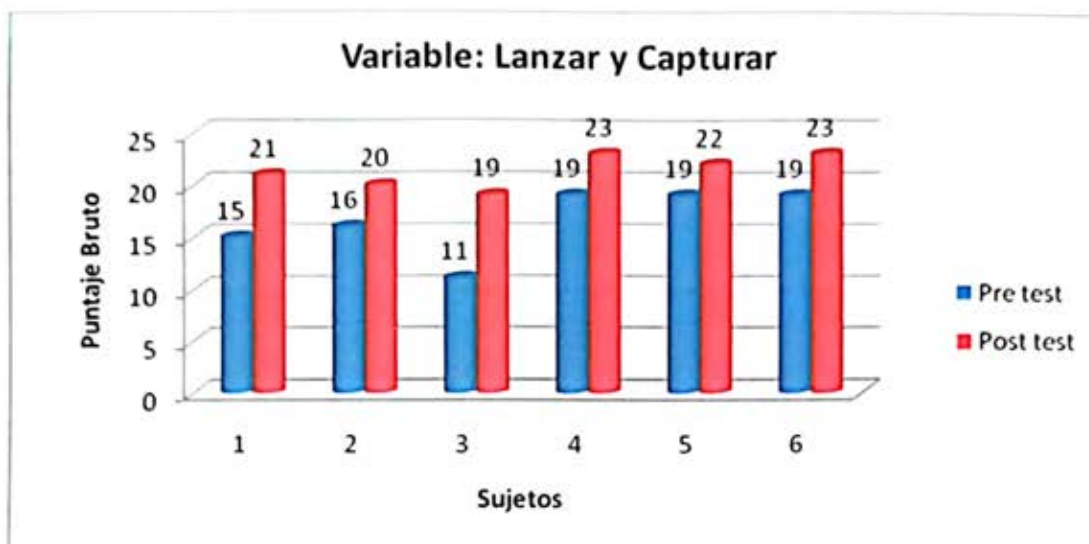


Grafico 3: pre test post test, puntaje bruto de la Variable Lanzar y Capturar del Registro de Observación; Sistema Instrumental

Tabla de Variable Lanzar y Capturar

	R_LYC - P_LYC
Z	-2.226(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.026

En la variable Lanzar y Capturar del Registro de Observación Sistema Instrumental de la Motricidad, la prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.026, por tanto existe diferencia significativa entre pre y post test, a favor del post test. Notando mejora en la facultad para soltar o dejar libre un objeto, lanzando con las manos a mayor distancia posible, todo ello gracias a la intervención de las diferentes actividades hortícolas y motrices.

Grafico 4

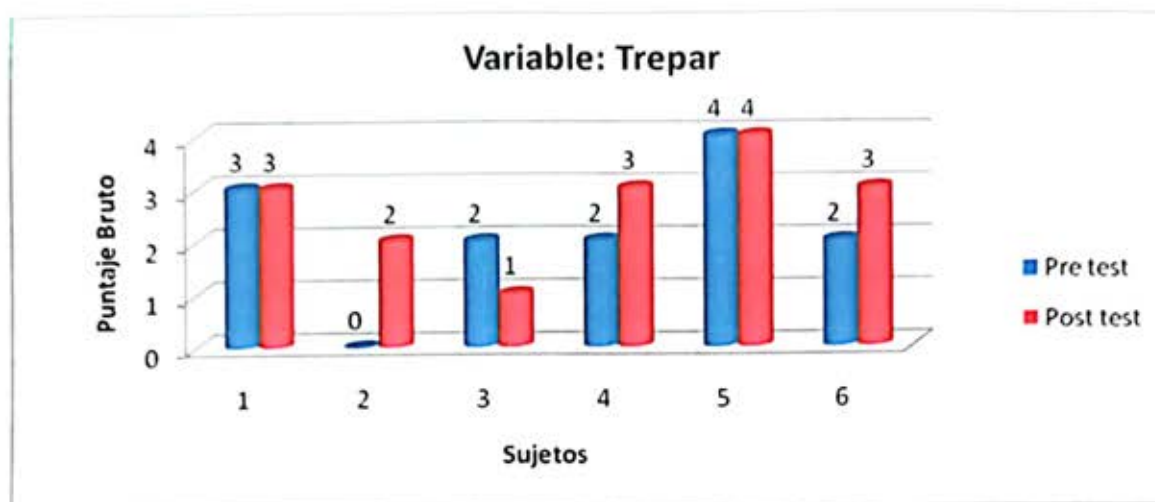


Grafico 4: pre test post test, puntaje bruto de la Variable Tregar del Registro de Observación; Sistema Instrumental

Tabla de Variable Tregar

	R_T - P_T
Z	-1.134(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.257

La prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.257, por tanto no existe diferencia significativa entre pre y post test, en la variable Tregar del Registro de Observación Sistema Instrumental de la Motricidad. Por lo tanto las actividades ecopsicológicas y motoras no coadyuvaron a la mejoría de la actividad física de subir a un lugar alto, ayudándose de los pies y las manos, debido a que el programa de intervención tuvo tiempo limitado, ya que esta variable es mas compleja y requiere de mayor refuerzo.

Grafico 5

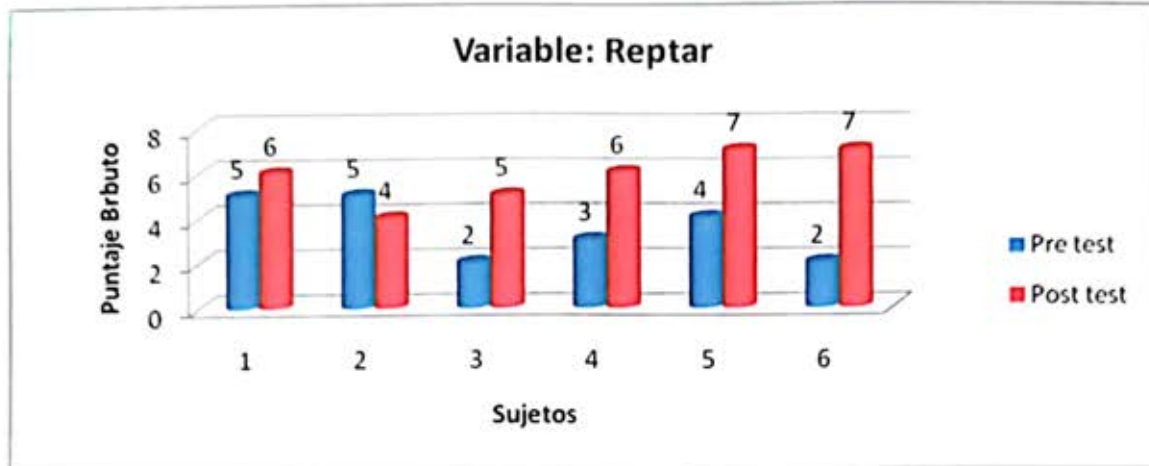


Grafico 5: pre test post test, puntaje bruto de la Variable Reptar del Registro de Observación; Sistema Instrumental

Tabla de Variable Reptar

	R_R - P_R
Z	-1.913(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.056

Las actividades realizadas con el propósito de mejorar la variable Reptar, es decir trasladarse arrastrándose de un lugar a otro, no incrementaron significativamente, a causa de que ésta actividad física requiere de mayor esfuerzo, movimiento corporal y de extremidades, además de ser mas compleja que las anteriores variables, la prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.056, por tanto no existe diferencia significativa entre pre y post test.

Grafico 6

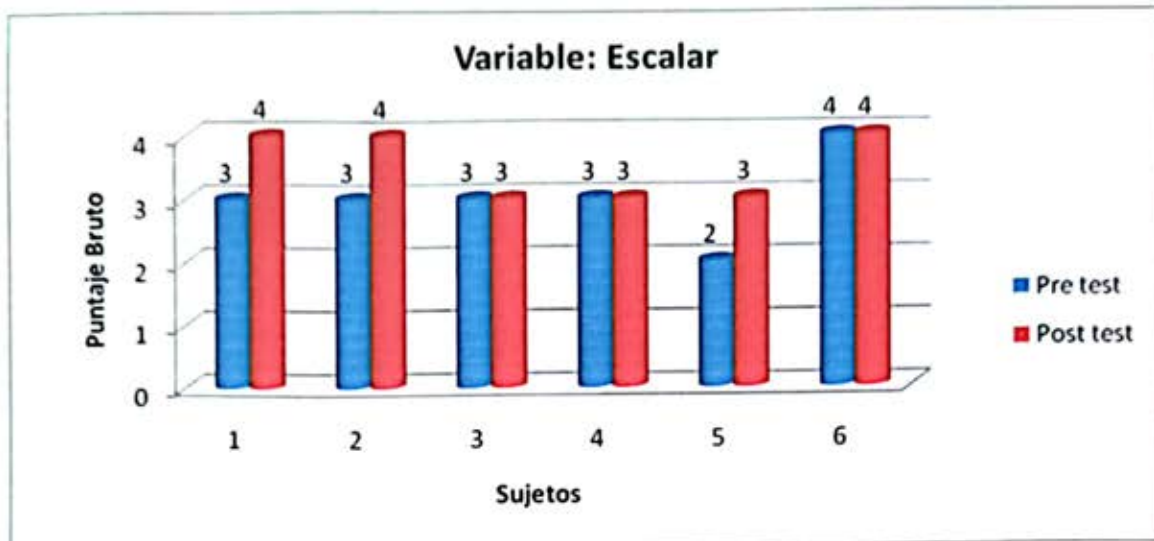


Grafico 6: pre test post test, puntaje bruto de la Variable Escalar del Registro de Observación; Sistema Instrumental

Tabla de Variable Escalar

	R E - P E
Z	-1.732(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.083

La prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.083, por tanto no existe diferencia significativa entre pre y post test, en la variable Escalar del Registro de Observación Sistema Instrumental de la Motricidad. Los resultados de esta variable no incrementaron por que los pacientes no realizan habitualmente este tipo de ejercicios que implican; mayor destreza, agilidad equilibrio y movimiento para subir o trepar por una pendiente con altura.

Grafico 7

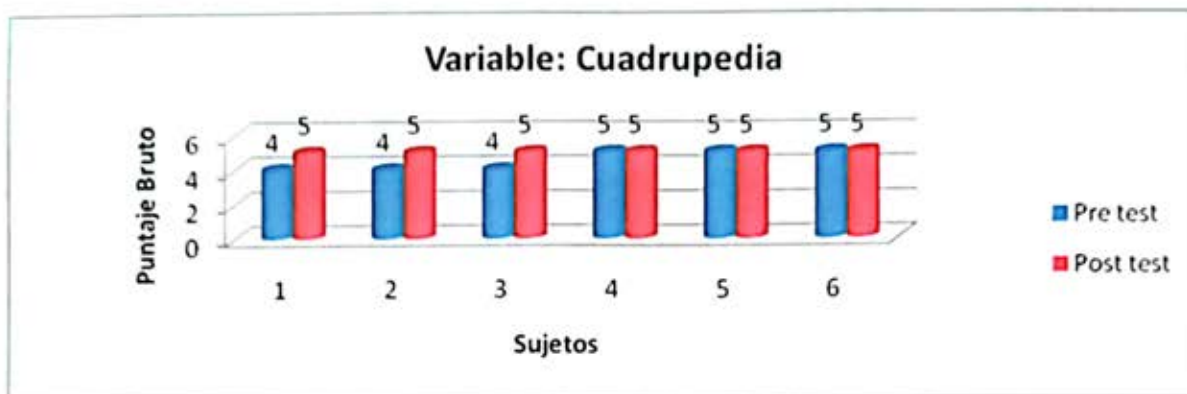


Grafico 7: pre test post test, puntaje bruto de la Variable Cuadrupedia del Registro de Observación; Sistema Instrumental

Tabla de Variable Cuadrupedia

	R_CU – P_CU
Z	-1.732(a)
Sig. Asintót. (bilateral)	.083

La prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.083, por tanto no existe diferencia significativa entre pre y post test, en la variable de Cuadrupedia del Registro de Observación Sistema Instrumental de la Motricidad, siendo esta variable la acción de caminar con las cuatro extremidades, considerada como paso intermedio entre arrastrarse y caminar, además implica coordinación de movimientos entre extremidades superiores e inferiores. Todas estas características no se observaron adecuadamente en los pacientes durante la intervención.

Grafico 8

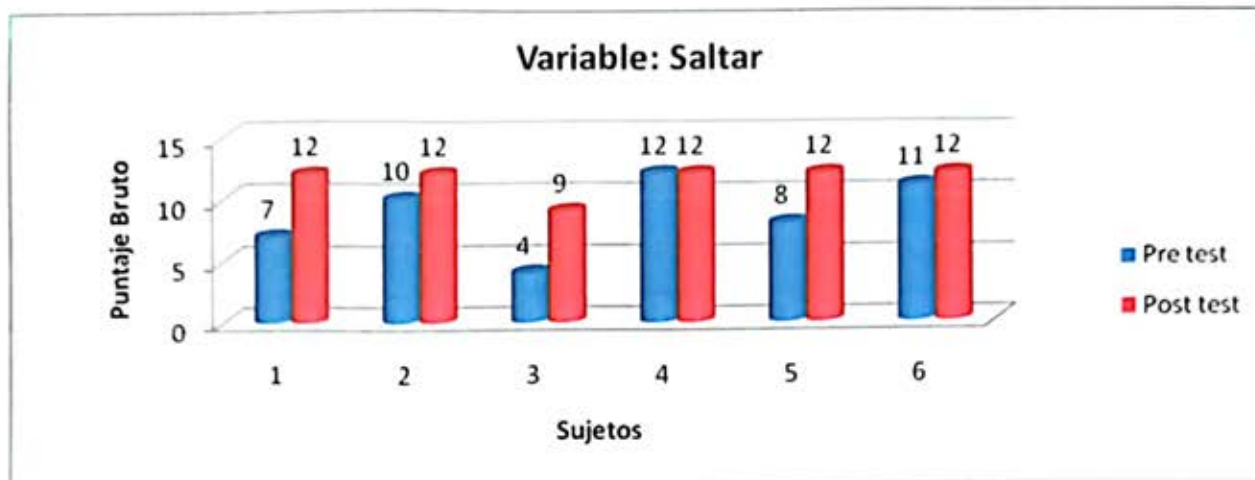


Grafico 8: pre test post test, puntaje bruto de la Variable Saltar del Registro de Observación; Sistema Instrumental

Tabla de Variable Saltar

	R_SA - P_SA
Z	-2.032(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.042

La prueba de rangos con signo de Willcoxon, dio como resultado 0.042, por tanto existe diferencia significativa entre pre y post test, a favor del post test en la variable Saltar del Registro de Observación Sistema Instrumental de la Motricidad. Al ser esta variable una actividad de elevarse del suelo con o sin impulso, para caer en un lugar determinado o desplazarse de un lugar a otro, los pacientes lograron mejorar e incrementar esta habilidad, gracias a la intervención.

7.3. Interpretación de resultados generales del grupo de 6 sujetos (3 mujeres y 3 varones) según marco teórico de referencia

- De acuerdo a la prueba estadística no paramétrica de rangos con signo de Willcoxon se obtuvieron los siguientes resultados a nivel grupal: Cuestionario SF- 36 sobre el Estado de Salud (Short- Form, SF36) presenta un nivel de significancia entre pre y post test de 0,024. En el Registro de Observación "Sistema Instrumental de la Motricidad" con datos de 0.026, por tanto existe diferencia significativa entre pre y post test en ambos instrumentos.

- Así se respalda lo mencionado, por el Dr. Gerardo Estrada Ferrer, quien lleva varios años realizando investigaciones sobre el efecto terapéutico del contacto con la naturaleza en diversas dimensiones: psicológica, física y espiritual. A partir de este tipo de especialidad en su versión multidisciplinaria y en la integración del concepto de bienestar físico y mental, inciden en la práctica conocida internacionalmente como terapia hortícola, la que permitió trabajar la principal problemática planteada en esta investigación como la esquizofrenia los síntomas negativos que son: la falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad, pérdida de vitalidad, falta de motivación y capacidad de trabajar o de participar en diversiones, retraimiento social (Dergan, J. y Gelder M)

- González en un estudio de la Motricidad refiere que la misma, es una importante esfera del desarrollo general, que fue abordada desde diferentes perspectivas y puntos de vista, describe a las habilidades motoras como el desarrollo motor de cambios producidos con el tiempo en la conducta motora que reflejan la interacción del organismo humano con el medio, éste forma parte del proceso total del desarrollo humano, con el paso de las diferentes etapas por la que atraviesa una persona desde que es niño, éste tiende a mecanizarlas, a combinarlas y a modificarlas hasta llegar a un punto en el que ya no deberíamos hablar de habilidades motrices básicas sino de habilidades físicas básicas, como son, correr, saltar, equilibrio, volteos, balanceo, lanzar, patear

- Investigaciones de Majali Mahasneh (2001) afirman que la calidad de vida de una persona se relaciona más con la percepción que ésta tiene de su estado, que con el curso propiamente de su enfermedad y adicionalmente cuando las personas se perciben a sí mismas con una mejor calidad de vida se refuerzan sus capacidades para hacerse cargo de su salud, mejora su autoestima y los motiva a realizar actividades en pro de una vida más satisfactoria, lo que concuerda con lo encontrado por Björkman y Hansson (2002).

- Otros estudios que confirman los resultados de la presente investigación son: Padierna, et al. (2000) señalan que la percepción de calidad de vida se relaciona con el curso de la enfermedad y las características de su tratamiento, lo que es confirmado en otro estudio de Delamillieure, et al. (2005) que hace especial mención a la ausencia de sintomatología negativa en la percepción de la calidad de vida.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

8.1. Estudio de casos de tres pacientes mujeres:

Los resultados obtenidos del Cuestionario SF-36 Calidad de Vida relacionada con la Salud, del estudio de casos de 3 pacientes mujeres, indican:

- Que las tres pacientes incrementaron en la escala de Funcionamiento Físico, con los siguientes datos; caso cuatro A.P.C.G. con ocho puntos; caso cinco V. con cuatro puntos; caso seis B.N.O con trece puntos. Por lo tanto se concluye que las tres pacientes mujeres mejoraron el grado en que su salud les limita en una serie de actividades físicas tales como ejercicios intensos, caminar, etc.
- En la escala de Rol físico las tres pacientes incrementaron sus puntajes a favor del post test, con los siguientes resultados; caso cuatro con dos puntos; caso cinco con dos puntos; caso seis con un punto, de esta manera los datos indican que los problemas de salud física no interfirieron en el funcionamiento ocupacional de las pacientes durante la intervención realizada.
- En cuanto a la escala de Dolor Corporal las tres pacientes disminuyen sus puntajes con menos un punto, lo que determina que el dolor corporal

interfirió en las pacientes, mientras realizaban las actividades de la intervención.

- En la escala de Salud General las tres pacientes no incrementaron sus puntajes, disminuyendo menos un punto, por lo tanto no se logró mejorar la percepción personal del estado de salud y creencias relacionadas a su salud.
- En la escala de Vitalidad las tres pacientes incrementaron puntajes; el caso cuatro con tres puntos; caso cinco y seis con un punto, todos a favor del post test. Lo que significa disminución del nivel de fatiga y aumento de energía de las pacientes, en la intervención.
- En la escala de Transición de Salud notificada las tres pacientes incrementan con puntaje de dos puntos, a favor del post test, lo significa mejoramiento en la percepción con respecto a su estado de salud.

Según los datos del registro de observación Sistema Instrumental de la Motricidad indican:

- En la paciente A.P.C.G caso cuatro la diferencia en los resultados incremento en ocho puntos, en el caso cinco paciente: V.S la diferencia incrementó en veintiun puntos, y por ultimo en el caso 6: B.N.O se observa diferencia de veintidós puntos, todos estos datos

favorecen al post test aplicados después de la intervención, fortaleciendo la conducta motora que refleja la interacción del organismo humano con el medio, como una importante esfera del desarrollo general.

- Los resultados generales muestran incremento favor del post test en las siguientes variables observando mejoría en los pacientes varones con esquizofrenia, gracias a la intervención de actividades terapéutica ecopsicológica, horticultura y motoras, fortaleciendo habilidades motrices básicas:
 - Caminar: desplazándose de un lugar a otro utilizando sus extremidades inferiores
 - Correr: desplazándose a velocidad superior o menor a lo acostumbrado
 - Lanzar y capturar: soltando o dejando libre un objeto, lanzando con las manos a mayor distancia posible
 - Saltar: elevándose del suelo con o sin impulso, para caer o desplazarse de un lugar a otro.

- Las variables que no incrementaron significativamente a favor del post test luego de la intervención con terapia ecopsicológica y actividades motoras, podrían deberse al tiempo de la intervención u

otros factores externos ya que estas variables son más complejas y requiere de mayor esfuerzo y destreza motriz: trepar: subiendo a un lugar alto, ayudándose de pies y manos; reptar: trasladarse arrastrándose de un lugar a otro; escalar: subir o trepar por una pendiente con altura, cuadrupedia: caminar con las cuatro extremidades, con paso intermedio entre arrastrarse y caminar.

Se concluye que el programa de terapia ecopsicológica, constituye una terapia que mejora la calidad de vida relacionada con la salud, entendida como la percepción que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida; en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social, además de fortalecer habilidades motoras que reflejan la interacción del organismo humano con el medio, como una importante esfera del desarrollo general en pacientes mujeres diagnosticadas con Esquizofrenia del pabellón de Crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.

8.2. Conclusiones generales a nivel grupal de seis pacientes (tres varones y tres mujeres)

- Se llegó a la conclusión que la terapia ecopsicológica y las actividades motoras, lograron mejorar la calidad de vida relacionada con el estado de salud, fortaleciendo las habilidades motoras básicas, conforme a los resultados generales obtenidos mediante la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon, se determina que existe diferencia significativa entre el pre test y post test a favor del post test en los instrumentos aplicados: Cuestionario Calidad de Vida relacionado con el estado de Salud con nivel de significancia de 0,024. Así como en el registro de observación "Sistema Instrumental para medición de la Motricidad" obteniendo el 0.026 de nivel de significancia, herramienta que permitió verificar la realización de actividades motoras.
- Mas datos de la investigación muestran diferencias significativas a favor del post test en las escalas de: Funcionamiento Físico y Rol físico ambos factores de salud que no determinan a la limitación de actividades físicas, ni interfieren con el funcionamiento ocupacional de los pacientes, siendo los resultados de 0,027, por lo tanto se afirma que la terapia ecopsicológica y las actividades motoras (juegos recreativos y ejercicios físicos) fortalecen las habilidades motoras; (caminar, correr, saltar, cuadrupedia, reptar;) en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

- El resultado en la escala de Salud General, es de 0.480, al ser mayor a 0.05, la diferencia no es considerada significativa, lo que determina que no hubieron cambios en la percepción y creencias personales con respecto a su salud.
- En la escala de Vitalidad se observa un puntaje de 0.041 a favor del post test, midiendo el grado de fatiga y energía, resultado considerado significativo, por lo tanto los datos indican haber optimizado el desarrollo de habilidades motoras (lanzar, capturar, trepar) a través de actividades motoras (manualidades, trabajos artesanales) en pacientes mujeres diagnosticadas con esquizofrenia.
- Los datos en la escala de dolor corporal, indican un nivel de significancia de 0.083 mayor a 0.05, demostrando que la terapia ecopsicológica no logro aliviar circunstancialmente esta escala, siendo que el grado del mismo interfiere en la vida de las pacientes.
- De acuerdo a los datos obtenidos en la escala de Transición de Salud notificada, el nivel de significancia es de 0.023, por lo tanto la implementación de actividades de terapia ecopsicológica, lograron mejorar la percepción con respecto a su salud en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.
- Luego de revisar los datos estadísticos del cuestionario SF-36 de seis sujetos estudiados, se compararon ambos grupos (tres varones y tres mujeres) se observó que en las escalas de Funcionamiento Físico, Rol

Físico y transición de salud notificada, los seis sujetos incrementaron puntajes a favor del post test, mejorando la percepción con respecto a su estado de salud, sin interferencia en actividades, ejercicios físicos y funcionamiento ocupacional. Por otro lado en las escalas de Dolor Corporal y Salud General no incrementaron los resultados a favor del post test, debido a que el dolor corporal interfirió en los pacientes, sin lograr mejorar la percepción personal y creencias relacionadas a su estado salud, durante las actividades de la intervención. Con respecto a la escala de vitalidad de los seis sujetos, cinco pacientes (tres mujeres y dos varones) lograron puntajes positivos a favor del post test, lo que significa disminución del nivel de fatiga y aumento de energía en estos pacientes, pero no sucedió lo mismo con uno de los pacientes varones, sin obtener resultados favorables en esta escala.

- Con todo lo anteriormente mencionado se acepta la hipótesis de investigación del programa de terapia ecopsicológica como variable independiente y medio terapéutico, reconocido como un tratamiento específico para desordenes físicos y psíquicos con efecto curativo en enfermos mentales, porque su mecanismo es bastante simple, el paciente cuida un espacio verde propio en el que se refuerza su bienestar mediante actividades relajantes como la siembra, poda, el riego, etc., actividades con las que se logra efectos terapéuticos del contacto con la naturaleza en diversas dimensiones psicológicas, física y

espiritual, que permiten mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, fortaleciendo habilidades motoras en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del pabellón de Crónicos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la ciudad de La Paz.

- Finalmente se llega a la conclusión de que el programa de intervención con Terapia ecopsicológica y actividades motoras, en pacientes con esquizofrenia del Pabellón de Crónicos es significativo para este tipo de muestra, teniendo en cuenta que las características de este tipo muestra dirigida no probabilística, no es generalizable para poblaciones con características similares. Además que el diseño pre experimental con pre prueba – post prueba y un solo grupo, es el más adecuado para haber logrado cumplir con los objetivos planteados en la investigación

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES

- Se recomienda fortalecer y dar mayor énfasis y relevancia a este tipo de terapias psicológicas (ecopsicológicas, hortícola, jardinería, lúdica, etc.); evitando que la presencia de síntomas negativos deterioren la calidad de vida relacionada con su salud, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.
- La esquizofrenia es una condición crónica, pero con respuesta favorable a intervenciones terapéuticas ecopsicológicas y actividades motoras, por lo que se recomienda dar continuidad a este tipo de intervenciones.
- Se recomienda fomentar actividades motrices finas en pacientes mujeres del pabellón de crónicos, debido a que se observó mayor interés, destreza y satisfacción, sin descuidar actividades hortícolas y de jardinería.
- Se recomienda coadyuvar al fortalecimiento de actividades motoras gruesas en pacientes varones, considerando las terapias hortícola y jardinería, que por sus características de ser realizadas en espacios abiertos implican mayor contacto con la naturaleza, favoreciendo la vitalidad y la percepción de su estado de salud físico y mental.

- Se debe implementar un cronograma de actividades físicas realizadas al menos dos veces por semana, para continuar reforzando el funcionamiento y rol físico.
- Se recomienda realizar un cronograma de actividades terapéuticas considerando el diagnóstico de cada uno de los pacientes, evitando generalizar, en vista de que cada paciente es caso único con características propias de la enfermedad y antecedentes personales.
- Toda persona debe tener la oportunidad de participar en actividades físicas, independiente de su edad, limitaciones socioeconómicas y/o físicas, incluyendo las que sufren enfermedades crónicas, mentales y discapacidades, considerando que la actividad física es el movimiento corporal intencional, que requiere de energía permitiendo una experiencia personal interactuando con el ambiente ecopsicológico que nos rodea.
- El grado y el esfuerzo de la actividad física recomendada deben adaptarse según las capacidades y condición de salud.
- Por último se recomienda trabajar multidisciplinariamente beneficiando a este tipo de población considerando que en nuestro país son escasas las investigaciones, proyectos, programas, etc. con este tipo de terapias tomando en cuenta el uso de un entorno al aire libre para lograr mejorar la salud física y mental.

Bibliografía Citada

Referencias Textuales

- ARGANDOÑA Yáñez Mario, *Lecciones de Semiología y Psiquiatría*. Bolivia; Cochabamba 1986.
- ARRAYA D, Julio; PAREJA, María Eugenia T. "Psicología un recorrido con un enfoque psicoanalítico" 2000, pp.107, 8,9.
- BARRIENTOS j, *Manual de Kinesiología Biología y fisiología de la Motricidad*, 2005 La Paz- Bolivia, pp. 6
- CARLSON Neil R. "Fundamentos de psicología Fisiológica" cap. 7, pp. 198. Tercera edición.
- CASTELLÓN Angelina, CONTRERAS Aixa, et al; *Validación de una Escala de Calidad de Vida en un grupo de personas con Esquizofrenia de la Región Metropolitana – Chile Cienc. enferm.*, jun. 2007, vol.13, no.1, p.35-44. ISSN 0717-9553.
- DERGAN, José; *Neuropsicología de la Esquizofrenia; Eco ediciones Bogotá 2006*.
- Diccionario Enciclopédico, "*Educación Especial*", Tomo IV, pp. 168
- Enciclopedia AULA, "Curso de Orientación Escolar", Humanidades, Cultural, S.A. Madrid- España, 9ª edición 1992
- OSIO Marcela; Tesis de Grado "La Danza Folklórica como alternativa que ayuda a rehabilitación de pacientes con Esquizofrenia"

- SAMPIERI, H, Roberto, et al; *Introducción a la Metodología*, Edición Mc Graw- Hill interamericana.

Referencias de Páginas Web

- <http://www.eutimia.com/trmentales/esquizofrenia.htm>
- http://coeepa-cordoba.edu.mx/tareas/motricidad/coord_motriz.ppt;
Colegio Estatal de Educación para Adultos. "Fundamentos de conducta motriz"
- <http://www.esquizofrenica.org/sintomas.html>
- <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 9 - N° 62 - Julio de 2003; Catalina González Rodríguez forteza@inder.co.cu
- <http://sevillanadas.blogspot.com/2008/08/terapia-hortcola.html>
- http://jardinactual.com/menu-revista-articulos/Seminario_Iberoamericano_de_Terapia_Hort%C3%ADcola 296
- www.monografias.com Lic. Avilleira, J.
- <http://www.e-torredebabel.com/Uned>.
- <http://gemart.galeon.com/creencias.htm> Dra. González Julia M. División de Promoción de la Salud Escuela de Salud Pública - U. de Chile
- http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_9.htm
RIBERA, Dolores "Psicología de la Salud"

ANEXOS

Nombre:
Sexo:

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta que punto es capaz de hacer sus actividades diarias.

1.- En general usted diría que su salud es

- Muy buena 1
Regular 2
Mala 3

2.- ¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año 1
Más o menos igual que hace un año 2
Mucho peor ahora que hace un año 3

Preguntas	Si me dificulta mucho	Si me dificulta un poco	No me dificulta
3. Por su salud actual, ¿se le hace difícil hacer esfuerzos intensos tales como: correr, levantar objetos pesados.	1	2	3
4.- Por su salud actual, ¿se le hace difícil hacer esfuerzos moderados como: mover una mesa, barrer o caminar más de 1 hora?	1	2	3
5.- ¿Por su salud actual, ¿se le hace difícil cargar o llevar la bolsa de la compra?	1	2	3
6.- Por su salud actual, ¿se le hace difícil subir mas de tres pisos por las gradas?	1	2	3
7.- Por su salud actual, ¿se le hace difícil subir 1 solo piso por las gradas?	1	2	3
8.- Por su salud actual, ¿se le hace difícil agacharse o arrodillarse?	1	2	3
9 Por su salud actual, ¿se le hace difícil caminar 1cuadras o mas?	1	2	3
10.- Por su salud actual, ¿se le hace difícil caminar 2 cuadras?	1	2	3
11.- Por su salud actual, ¿se le hace difícil caminar 4 o más cuadras?	1	2	3
12.- Por su salud actual, ¿se le hace difícil bañarse o vestirse solo?	1	2	3

Preguntas	Si	No
13.- Durante el último mes tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias a causa de su salud física	1	2
14.-Durante el último mes hizo menos actividades de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física	1	2
15.- Durante el último mes tuvo que dejar de hacer algunos de sus quehaceres diarios a causa de su salud física	1	2
16.- Durante el último mes le costo mas de lo habitual hacer sus quehaceres diarios a causa de su Salud Física	1	2

17.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante el último mes?

- Ninguno 1
- Moderado 2
- Mucho 3

Preguntas	Siempre	Algunas veces	Nunca
18.- ¿Durante el último mes ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vida?	1	2	3
19.- Durante el último mes ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1	2	3
20.- ¿Durante el último mes ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	1	2	3
21.- ¿Durante el último mes ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1	2	3

Preguntas	Totalmente cierta	No lo se	Totalmente falsa
22.- ¿Cree que se enferma más fácilmente que otras personas?	1	2	3
23.- Está tan sano como cualquier otras persona	1	2	3
24.- Cree que su salud va ha estar más mala que como está ahora	1	2	3
25.- Su salud es excelente	1	2	3

Sistema Instrumental de la Motricidad (Registro de Observación)

CAMINAR	SI	NO
1.- Camina con movimientos simultáneos de brazos		
2.- Camina llevando los brazos al lado del cuerpo		
3.- Camina con movimientos simultáneos de brazos		
4.- Camina con movimientos coordinados de brazos		
5.- Camina con los brazos al frente		
6.- Da menos de 5 pasos		
7.- Camina con movimientos coordinados de brazos y pies		
8.- Camina pero no coordina los brazos y pies		
9.- Camina por un viga o muro estrecho		
10.- Camina por una tabla ancha colocada en el piso		
11.- Camina por una línea dibujada en el piso		
12.- Camina por un viga o muro estrecho con pasos laterales		
13.- Camina por un viga llevando objetos en el cuerpo		
14.- Camina hacia atrás		
15.- Camina hacia atrás por una tabla en el piso		

CORRER	SI	NO
1.- Da pasos rápidos con mayor fase de vuelo		
2.- Da pasos rápidos con mayor fase de vuelo, movimientos coordinados de brazos y piernas		
3.- Corre con aumento de la fase de vuelo, mayor ritmo en el movimiento y coordinación de brazos y piernas		
4.- Corre hacia atrás		
5.- Corre y lanza un objeto		
6.- Camina y corre alternativamente		

7.- Corre y golpea la pelota con un pie		
8.- Corre bordeando objetos		
9.- Corre en zig-zag		

LANZAR Y CAPTURAR	SI	NO
1.- Lanza la pelota con una mano de abajo hacia arriba		
2.- Lanza la pelota al frente menos de 1 metro sin dirección		
3.- Hace rodar la pelota pequeña con una mano y sin dirección		
4.- Hace rodar la pelota pequeña con una mano con bastante dirección		
5.- Hace rodar la pelota pequeña con las dos manos con bastante dirección		
6.- Captura con las dos manos y ayuda de todo el cuerpo, la pelota mediana que la lanzan rodando		
7.- Captura la pelota desde el pecho, la pelota mediana que le lanzan		
8.- Lanza la pelota con ambas manos a un objeto colocado a la altura de la vista y a menos de un metro, sin dirección ni alcance del objetivo		
9.- Lanza a un objeto colocado a la altura de la vista a más de un metro con mejor dirección y alcance del objetivo		
10.- Lanza con ambas manos desde el pecho sin dirección		
11.- Lanza con ambas manos desde el pecho con dirección		
12.- Lanza con ambas manos por encima de la cabeza sin dirección y a menos de un metro		
13.- Lanza con ambas manos por encima de la cabeza con bastante dirección y a menos de un metro		
14.- Lanza con ambas manos desde abajo del tronco		
15.- Captura con ambas manos la pelota que le lanza de rebote		
16.- Captura con ambas manos y con ayuda del cuerpo la pelota que le lanzan		
17.- Rueda la pelota con una mano por un banco		

18.- Rueda el aro con una mano por el piso		
19.- Captura el aro que rueda por el piso		
20.- Lanza la pelota de rebote y la captura		
21.- Golpea la pelota con el pie		
22.- Lanza la pelota con las dos manos hacia arriba y la captura		
23.- Golpea la pelota contra el piso		

TREPAR	SI	NO
1.- Sube y desciende una silla de pequeña altura, con el apoyo de brazos y piernas		
2.- Sube y desciende una silla de pequeña altura, con el apoyo de todo el cuerpo		
3.- Trepa por la barra vertical, hace el cambio de agarre de las manos pero las piernas se mantienen en el agarre, no se desplazan		
4.- Trepa por la barra vertical, hace el cambio de agarre de las manos y al mismo tiempo sube las piernas flexionadas		

REPTAR	SI	NO
1.- Se desplaza arrastrando su cuerpo por el piso, lleva un brazo al frente y la pierna correspondiente, lea el otro brazo y pierna descoordinadamente		
2.- Se desplaza arrastrando su cuerpo por el piso, pero lleva los dos brazos al frente y empuja su cuerpo hacia delante descoordinadamente		
3.- Se desplaza separando el cuerpo un poco del piso		
4.- Se desplaza separando el cuerpo completamente del piso (gatea)		
5.- Se desplaza arrastrando su cuerpo por encima de un banco		
5.- Se desplaza arrastrando su cuerpo por el piso coordinadamente		

ESCALAR	SI	NO
1.- En la espaldera sube uno y otro pie, las manos permanentemente en el agarre		
2.- En la espaldera sube uno y otro pie, una y otra mano		
3.- En la espaldera sube un pie y la mano, sube el otro pie y la otra mano sin continuidad en el movimiento		
4.- En la espaldera sube un pie y la mano, sube el otro pie y la otra mano en movimiento continuo		
5.- Sube con movimientos coordinados de brazos y piernas		

CUADUPEDIA	SI	NO
1.- Se desplaza por el piso gateando hasta un objeto con movimientos coordinados de brazos y piernas		
2.- Se desplaza por el piso gateando hasta un objeto sin movimientos coordinados		
3.- Se desplaza por el piso en cuatro puntos de apoyo (pies y manos) con movimientos coordinados		
4.- Se desplaza por el piso en cuatro puntos de apoyo (pies y manos) sin movimientos coordinados		
5.- Se desplaza gateando por arriba de un banco con movimientos coordinados		
6.- Se desplaza gateando por arriba de un banco sin movimientos coordinados		
7.- Se desplaza en cuatro puntos de apoyo (pies y manos) por encima de un banco con movimientos coordinados		
8.- Se desplaza gateando por arriba de una tabla inclinada		

SALTAR	SI	NO
1.- Realiza saltitos hacia arriba con los dos pies, las piernas flexionadas en las caídas		
2.- Realiza saltitos hacia arriba con los dos pies, las piernas extendidas en las caídas		

3.- Saltillos laterales hacia un lado		
4.- Saltillos laterales hacia un lado y otro		
5.- Realiza saltos desde 20 cm de altura piernas extendidas en la caída		
6.- Realiza saltos desde 20 cm de altura piernas semiflexionadas		
7.- Salta una cuerda de 25 cm de altura, pasando una pierna primero y la otra después		
8.- Realiza un salto hacia delante con las dos piernas a la vez y caída con las dos piernas flexionadas		
9.- Realiza tres saltos con un pie manteniendo la misma altura aproximadamente en cada salto		
10.- Salta abriendo y cerrando las piernas		
11.- Saltos laterales en una viga de 20 cm de altura con apoyo de ambas manos		
12.- Saltillos con giros		
13.- Saltillos hacia atrás		
14.- Salta a la tapa del cajón a nivel del piso		

13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

Contextualizar al medio.

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:
- Excelente 1 **D**
 - Muy buena 2 **D**
 - Buena 3
 - Regular 4
 - Mala 5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
- Mucho mejor ahora que hace un año 1
 - Algo mejor ahora que hace un año 2
 - Más o menos igual que hace un año 3
 - Algo peor ahora que hace un año 4
 - Mucho peor ahora que hace un año 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera <i>(mas de 3)</i>	1 <input type="checkbox"/>	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1 <input type="checkbox"/>	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más <i>(10 cuadras)</i>	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros) <i>cuadras</i>	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional? <i>(ejemplo?)</i>	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional	1	2

San

Dr. Gerardo López Hernández
 DR. DIRECTOR MEDICO
 CENTRO DE INVESTIGACION Y SALUD
 GENÉTICA, SAN JUAN DE LOS RIOS

(pej) pérdida, enojo, etc. ---

13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año 1
- Algo mejor ahora que hace un año 2
- Más o menos igual que hace un año 3
- Algo peor ahora que hace un año 4
- Mucho peor ahora que hace un año 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos? o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera <i>gradas</i>	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera <i>gradas</i>	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más <i>(12 cuadras)</i>	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

Rocio Pereda
Lic. Rocio Pereda

13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

...de salud

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Rafaela Medina

1. En general, diría que su salud es:
- Excelente 1
 - Muy buena 2
 - Buena 3
 - Regular 4
 - Mala 5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
- Mucho mejor ahora que hace un año 1
 - Algo mejor ahora que hace un año 2
 - Más o menos igual que hace un año 3
 - Algo peor ahora que hace un año 4
 - Mucho peor ahora que hace un año 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varias pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros) → 10 bloques de casa	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

- | | |
|-----------|---|
| Excelente | 1 |
| Muy buena | 2 |
| Buena | 3 |
| Regular | 4 |
| Mala | 5 |

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| Mucho mejor ahora que hace un año | 1 |
| Algo mejor ahora que hace un año | 2 |
| Más o menos igual que hace un año | 3 |
| Algo peor ahora que hace un año | 4 |
| Mucho peor ahora que hace un año | 5 |

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera → Gracias	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las ^(4 semanas) 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades ^{diarias} cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. ... las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- No, ninguno 1
- Sí, muy poco 2
- Sí, un poco 3
- Sí, moderado 4
- Sí, mucho 5
- Sí, muchísimo 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

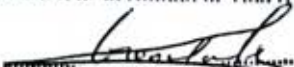
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Algunas veces 3
- Sólo algunas veces 4
- Nunca 5

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No se	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

(Versión española 1.3 - July 15, 1994 por José Álvarez, MD, PhD, on behalf of the ICMA Project)


 Dra. Katya G. González Gallegos
 MÉDICA - PSICUATRA
 MPG - 7m MCMD G - 0388