

Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente

Trabajos originales

Seguimiento de dos años y medio.

Resumen

Doce de 21 pacientes con trastorno mental grave (mayoritariamente con esquizofrenia) clínicamente estabilizados pudieron realizar con continuidad un Programa de rehabilitación laboral, en la modalidad de empleo con apoyo, consistente en distribución de correspondencia durante 2 años y 6 meses. La mejoría en el rendimiento laboral fue significativa en varias áreas, aunque posiblemente con un ritmo de aprendizaje relativamente lento.

Se expone la conceptualización y puesta en práctica del Programa, la modalidad de selección de usuarios, el proceso de capacitación, la evaluación del rendimiento laboral, así como también datos socio-demográficos y clínicos. Se destaca el gradualismo, el manejo del estrés y la labor del equipo capacitador como aspectos cruciales del Programa. Se correlaciona los resultados con hipótesis explicativas, jerarquizándose entre ellas la perspectiva del "desarrollo adulto" del paciente con esquizofrenia.

Por último, se concluye en la necesidad de realizar nuevas experiencias de este tipo de rehabilitación laboral a fin de extraer conclusiones de mayor significación.

Palabras clave

Esquizofrenia
Rehabilitación vocacional
Empleo con apoyo
Equipo capacitador
Evaluación

Summary

12 out of 21 patients with severe mental disorders (for the most part with schizophrenia) and whose symptoms are stable after clinical interventions were able to carry out a regular program of work rehabilitation. The work consisted of a mail delivery service under permanent supervision for two years and six months. The improvement in their work performance was remarkable in a number of areas, though the actual rate of learning was possibly relatively slow. The Program's concepts and practical application are set out here, as well as the method for selecting users, the training process, the evaluation of their work performance in addition to socio-demographic and clinical details. Attention is drawn to the gradual nature of the task, the way stress was handled and the efforts of the training team as crucial aspects of the Program. The results are matched against explanatory hypotheses, bringing to the forefront the schizophrenia patient's "adult development" viewpoint.

We end up referring to the need for new experiences in this kind of work rehabilitation in order to draw more deeply significant conclusions.

Key words

Schizophrenia
Vocational rehabilitation
Employment support
Training team
Evaluation

Autores

Vicente Pardo

Médico Psiquiatra.
Ex Profesor Adjunto de Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Renée del Castillo

Licenciada en Psicología.
Licenciada en Enfermería Psiquiátrica.

Mariana Blanco

Licenciada en Psicología.

Mariela Etchart

Licenciada en Psicología.
Asistente Social.

Institución

Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo.
Santiago de Chile 906 - Montevideo.

Autor responsable de la correspondencia

Vicente Pardo
Av. Brasil 2547/902.
surpa@adinet.com.uy

Trabajo presentado en el XXIII Congreso APAL 2004, VIII Congreso Uruguayo de Psiquiatría Prof. Daniel Murguía I Encuentro Latinoamericano de Rehabilitación Psicosocial Punta del Este - Uruguay. 17-20 de noviembre de 2004.

Introducción

Los trastornos mentales graves cursan, en general, con deterioros significativos y permanentes en las áreas social y ocupacional. En países desarrollados la tasa de empleo competitivo en enfermos mentales crónicos es del orden del 20% en general y en esquizofrénicos es aun menor¹. Muchos trabajos apuntan a la conclusión de que los pacientes con esquizofrenia consiguen significativamente menos empleos con relación a los que tienen otros diagnósticos: trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos por abuso de sustancias². Hoy día se puede afirmar que la esquizofrenia admite un amplio rango de evoluciones y pronósticos y que un 50% de los pacientes llega a tener una “buena evolución social”³. En ese sentido, la integración de tratamientos biológicos y psicosociales ha sido fundamental⁴⁻⁶. En pacientes con esquizofrenia el agregado de un tratamiento psicosocial bien implementado a la farmacoterapia antipsicótica continuada, hace disminuir la tasa de recaídas en un 50% con relación a los pacientes tratados solamente con medicación y tratamiento estándar^{7, 8}. Ya nadie duda acerca de la necesidad y conveniencia de integrar los tratamientos psicofarmacológicos y psicosociales en aras de obtener mejores resultados, al punto de que la afirmación de Leman: “Los modelos integradores constituyen la base del tratamiento global de la esquizofrenia”⁹, es consensuada a nivel mundial.

Pero aun en el caso de las buenas evoluciones, el desempleo sigue persistiendo como una constante difícil de revertir. Las mayores exigencias del mercado laboral, las altas tasas de desempleo para la población en general sumadas a factores dependientes de la enfermedad, tales como la falta de motivación, dificultades en las relaciones interpersonales, tolerancia disminuida ante el estrés y las exi-

gencias¹⁰, trastornos en el procesamiento de la información^{11, 12}, etc., hacen que la posibilidad de que un esquizofrénico llegue a emplearse sea una eventualidad lamentablemente poco usual.

Además, el frecuente comienzo de la enfermedad en la adolescencia o primera etapa de la juventud condiciona falta de experiencia y ausencia de referencias laborales. A esto debe agregarse los prejuicios contra la enfermedad mental y/o la escasa tolerancia de los posibles empleadores ante personas “diferentes” en sus ritmos de trabajo y modalidades vinculares. McGlashan sostiene que si hay algún síntoma “patognomónico” de la esquizofrenia, este es el desempleo¹³. Por otra parte, la falta de ocupación laboral condiciona una baja autoestima y una menor posibilidad de relacionarse con otros, así como también un mecanismo de perpetuación del estigma social. El desempleo es uno de los factores que más afecta la calidad de vida del paciente con esquizofrenia⁹. Los que trabajamos en rehabilitación con este tipo de pacientes sabemos de su desconuelo cuando expresan su condición de desocupados a permanencia. Hayes y Halford, estudiando el uso del tiempo en varones esquizofrénicos con y sin empleo, concluyeron que los esquizofrénicos desempleados tienen menores ingresos, menos tiempo estructurado, ausencia de un rol social valorado, reducción de los contactos sociales por fuera del marco familiar y disminución de las oportunidades para utilizar habilidades valoradas socialmente¹⁴.

En EE. UU., en una exhaustiva revisión de trabajos de investigación en modelos de atención comunitaria para pacientes mentales graves, específicamente el de “manejo de caso” (case management), se objetivó una falta de efecto en los funcionamientos social y vocacional de los pacientes¹⁵. Lehman y Steinwachs, en una muestra al azar de 719 pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia, encontraron que solo el 22% estaba recibiendo servicios de

rehabilitación vocacional¹⁶. Cook y Razzano, en un artículo de revisión, sostienen que hay una amplia “evidencia” de que las personas con esquizofrenia pueden obtener empleo, con un éxito “modesto” si reciben servicios de rehabilitación vocacional². Esta conclusión implica que dichas estrategias deben tener en cuenta las peculiares dificultades que los pacientes con esquizofrenia padecen, entre ellas: los síntomas negativos, el déficit en habilidades sociales y los trastornos cognitivos, que están correlacionados con un pobre funcionamiento laboral¹⁷.

Revisando la literatura nacional, de un total de 88 pacientes (73% de ellos con diagnóstico enmarcado en el “espectro esquizofrénico”) que recibieron tratamiento en el Programa de Rehabilitación Psicosocial en el Centro Sur Palermo entre los años 1987-97, durante un mínimo de 6 meses, un 17% egresó con una actividad laboral “normalizada”, correspondiendo a los pacientes del espectro esquizofrénico un 8% (7/88) del total de la muestra. Cabe destacar que al ingreso a dicho programa ningún paciente con esquizofrenia estaba empleado. No se pudo realizar estudios de seguimiento para evaluar el mantenimiento en la tarea laboral a mediano y largo plazo¹⁸.

La necesidad de crear alternativas que permitan completar la tarea de la rehabilitación psicosocial con adecuado ajuste ocupacional y/o laboral, ha llevado a la implementación de diversas estrategias: Entre ellas, podemos destacar: a) los Centros de Rehabilitación con albergue en Cuba¹⁹, b) el modelo de empleo transicional (del Centro Fountain House), c) lugares de Trabajo Protegido²⁰, y d) la estrategia de empleo con apoyo²¹. En nuestro país el Taller Protegido, estructura dependiente del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, ofrece a personas con trastorno mental persistente dos tipos de rehabilitación laboral. Uno es el de colocación transitoria como entrenamiento para un futuro trabajo

competitivo para aquellos con mejores posibilidades de reinserción. Además da trabajo a largo plazo para quienes, por la gravedad de su enfermedad, tienen escasas o nulas posibilidades de conseguir un empleo competitivo. Ambas aproximaciones están comprendidas en la estrategia denominada “trabajo protegido” que incluye, por razones obvias, a un número limitado de usuarios²².

Dentro de los modelos de Rehabilitación Laboral basados en pruebas desarrollados en EE. UU., el de “empleo con apoyo” (“supported employment”) es el mayormente consiguado. Consiste en el ingreso a un puesto laboral competitivo con capacitación para el desarrollo de habilidades que permitan la conservación del trabajo⁹. Dicho entrenamiento se logra con la ayuda de consejeros laborales, también denominados capacitadores o entrenadores²³, que deben congeniar la enseñanza de las destrezas laborales con la capacidad de brindar contención y apoyo en un marco de tolerancia y flexibilidad imprescindibles para trabajar con personas que tienen escasas habilidades laborales y una muy alta vulnerabilidad ante el estrés y la exigencia. Dicha estrategia pretende lograr una inserción laboral en un medio laboral “no protegido”, o sea, lo más cercano posible al pleno empleo. Los resultados de esta intervención, en un pequeño número de ensayos controlados, han mostrado ventajas significativas en cuanto al objetivo primario de la obtención de empleo competitivo. El empleo con apoyo admite dos variantes: una de colocación temprana con implementación de entrada de los servicios vocacionales (abordaje interpersonal, apoyo) y la otra con entrenamiento inicial y colocación posterior. La primera de ellas ha demostrado ser más eficaz²⁴ y consiste en algunos principios básicos: a) colocación en el lugar de trabajo, b) entrenamiento laboral desde el inicio, c) disponibilidad continua de entrenamiento y apoyo vocacional, realizados por “facilitadores”, y d) remuneración². No

conocemos trabajos publicados en nuestro medio sobre rehabilitación laboral utilizando esta aproximación.

El objetivo fundamental fue el de brindar una inserción laboral duradera, en la estrategia de empleo con apoyo en la variante de colocación temprana con entrenamiento, para un grupo de pacientes –preferentemente de medianos y bajos recursos económicos– con trastorno mental crónico que, habiendo concluido con “éxito” un Programa de Rehabilitación Psicosocial, se encontrara sin ocupación.

Un objetivo adicional fue el de integrar a la experiencia a jóvenes sin enfermedad mental desocupados.

Sujetos y método

Creación de un servicio de distribución de correspondencia

Se realizó un estudio de viabilidad del emprendimiento sobre la base de un relevamiento de datos con empresas que brindan este servicio. Se realizó contactos con dirigentes de instituciones de Salud, gremios, asociaciones profesionales sensibles al tema, grupos de familiares de pacientes con trastorno mental y posibles clientes en general. Se trabajó además en la difusión de la propuesta.

Selección del grupo inicial

El Centro Psicosocial Sur Palermo (CPSSP) realizó un llamado a los diferentes equipos técnicos de varios Programas de Rehabilitación de Montevideo para que derivaran pacientes con las siguientes características: a) haber cursado un proceso de Rehabilitación Psicosocial con buenos resultados, b) estar en una etapa de estabilización de la enfermedad, c) adecuado cumplimiento de la medicación y d) deseos de integrarse a la propuesta. A los efectos

de la selección no se tuvo en cuenta ningún diagnóstico en particular.

Se efectuó entrevistas a los postulantes y se procedió a la conformación del grupo inicial atendiendo además a su estado psíquico, su curso de vida, niveles pragmáticos, antecedentes laborales y de rehabilitación, motivación y expectativas respecto a la reinserción laboral. También se realizó entrevistas con los familiares para explicitar los objetivos y formular metas realistas (beneficio económico incierto, posibilidad de fracaso de la experiencia, etc.).

Los candidatos procedían de varios Centros de Rehabilitación: Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, Taller La Bahía, Centro Benito Menni, Centro de día del Hospital Vilardebó y CPSSP, así como también de grupos de familiares de pacientes con trastorno mental.

Se confeccionó fichas de ingreso, de evaluación individual del aprendizaje socio-laboral, de asistencia, y de evaluación del rendimiento laboral.

A los efectos del diagnóstico, se utilizó el capítulo F: trastornos mentales, de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS²⁵. Para evaluar el nivel de psicopatología se utilizó la escala PANSS²⁶. En cuanto a la evaluación funcional, se aplicó la escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL) del DSM-IV²⁷.

Se tuvo en cuenta la conclusión de la mayoría de los autores en cuanto a que los síntomas negativos son predictores de un pobre funcionamiento ocupacional y social a largo plazo^{28, 29}. Se descartaron pacientes con acentuado predominio de síntomas negativos por entenderse que eran malos candidatos para realizar una tarea laboral con exigencia.

El personal técnico capacitador quedó integrado por: dos psicólogos, dos estudiantes de Psicología que habían realizado una

pasantía curricular en CPSSP, y dos administrativos. La supervisión fue realizada por el equipo coordinador de CPSSP (psiquiatra y psicólogo).

Postulados conceptuales y operativos del programa

Uno de los principales objetivos fue el de mantener el delicado equilibrio entre el apoyo y la protección al enfoque psico-socio-terapéutico por un lado, y el logro de la máxima eficacia laboral sin sobrepasar el umbral de estrés de cada usuario, por otro.

Especial énfasis se puso en la relación entre los técnicos capacitadores y los usuarios. Se diseñó un programa resultante de la combinación de elementos de diferentes técnicas psicosociales: a) terapia de apoyo (sostén, resolución de problemas cotidianos, etc.)⁹; b) los principios de la alianza terapéutica basados en: disponibilidad, confiabilidad, empatía e interés³⁰; c) elementos de la terapia grupal (interacción interpersonal, apoyo, retroalimentación de conductas adecuadas, comunicación de experiencias, práctica de nuevas habilidades, etc.)^{9, 31}; d) manejo y control del estrés ambiental de acuerdo con los conceptos de vulnerabilidad al estrés y de emoción expresada en el ambiente laboral y de aprendizaje^{10, 32}. A esto debía sumarse un componente técnico centrado en el entrenamiento para las tareas específicamente laborales.

Capacitación

La etapa de capacitación comenzó los primeros días del mes de abril de 2002 y tuvo ocho meses de duración. Se realizó en el local del CPSSP. Estuvo centrada en la instrumentación teórica y preparación para las tareas concretas. Se trabajó aspectos generales y específicos de la distribución de correspondencia: relaciones interpersonales, clasificación

de cartas, planillado, locomoción, manejo de mapas y guías, armado de rutas, etc. Se realizó salidas de campo en varias etapas: primero con compañeros y estudiantes de Psicología, para, gradualmente, realizarlas solos. Además se brindó formación en tareas administrativas y de gestión (trámites legales, contabilidad, planillas de caja, informática, etc.).

Paralelamente, se planificó estrategias de venta del servicio, optando en primera instancia por instituciones vinculadas con la temática de Salud Mental.

Las tareas fueron asignadas en orden de complejidad creciente, graduándose los ritmos del aprendizaje impartido y de la exigencia a los tiempos y características tanto grupales como individuales. Las normativas propias al mundo laboral fueron introducidas en forma paulatina. Se trabajó en talleres que permitieran explicitar las dificultades en la tarea y el diseño de estrategias de superación de las mismas.

Además de las clases de formación se diseñó dos tipos de reuniones grupales de evaluación de 90 minutos de duración: una semanal, de análisis del funcionamiento y del desempeño laboral específico, y otra, al principio semanal y luego quincenal, para intercambiar vivencias, disminuir la ansiedad y propiciar la continentación.

El equipo capacitador, además, tenía indicada la promoción del contacto individual tanto generado por iniciativa propia como por requerimiento de los usuarios.

Comienzo y desarrollo de la tarea laboral

En una segunda etapa, a partir de enero de 2003, el Programa comienza a funcionar en la tarea específica de distribución de correspondencia con el consecuente reparto de las utilidades en régimen de cooperativa. Uno de los objetivos fue el logro de un posicionamiento en el mercado con un grado de

competitividad creciente. A mediados de dicho año, el Programa se instaló en un nuevo local, cedido en comodato. La separación física del local del CPSSP, marcó una etapa importante en el logro de una mayor autonomía.

En esta etapa el equipo capacitador debió estar dispuesto a asumir un alto número de tareas ejecutivas (además de las formativas) para delegarlas en forma progresiva a los usuarios.

La tendencia, explicitada desde el inicio, fue la de propender a la autogestión en forma gradual en función del proceso de adquisición de habilidades por parte de los usuarios. El equipo técnico definió que si un usuario tenía una tarea asignada y, por alguna razón, no podía cumplirla, debía comunicarlo para que otro compañero la realizara en su lugar.

Evaluación del rendimiento laboral

La evaluación del cumplimiento de las tareas fue permanente y se hizo de acuerdo con los criterios de la evaluación "situacional". Se monitorizó la cantidad y calidad del trabajo realizado, la habilidad para la realización de las tareas específicas, la motivación para el trabajo y la calidad de las relaciones interpersonales². Se documentó: cifras de asistencia, cantidad de cartas repartidas mensualmente, autonomía en la realización de clasificación y recorridos, horas trabajadas, extensión de las zonas de reparto para cada cartero, participación en actividades administrativas y de promoción del servicio. El grupo de usuarios fue abierto; es decir, en la medida que se fueron dando deserciones, nuevos aspirantes ingresaron al Programa.

Evaluación psiquiátrica

Los usuarios debían concurrir una vez por mes a una entrevista con psiquiatra del CPSSP a fin de despistar síntomas precoces de descompensación. En caso de darse estos

síntomas, la comunicación a la familia y al psiquiatra tratante debía ser hecha de inmediato y al usuario se le aconsejaría un período de descanso a fin de disminuir el estrés.

Resultados

Este estudio apunta a evaluar el rendimiento laboral, el proceso de adquisición de habilidades y la tasa de deserciones del grupo inicial constituido por 21 usuarios durante un lapso de 30 meses (abril 2002 - octubre 2004).

El grupo inicial estaba conformado por 23 usuarios. Dos de ellos se auto excluyeron del Programa antes de comenzar. Los 21 restantes expresaron de modo explícito su deseo de incorporarse al Programa.

Datos socio demográficos de la población al ingreso (n = 23)

Edad

La edad promedio fue de 32,6 años. El menor de sus integrantes tenía 22 y el mayor 49 años. El 52% estaba comprendido entre los 22 y los 30 años y el 48% entre los 31 y los 49 años.

Sexo

El 74% correspondió al sexo masculino y el 26% al femenino.

Estado civil

La proporción de solteros fue significativamente superior llegando al 87%. Ninguno de los usuarios era casado. El porcentaje de divorciados fue de 9%.

Instrucción

Todos los usuarios habían completado la Enseñanza Primaria. El 70% tenía el Ciclo

Básico de Enseñanza Secundaria completo y el 26% había terminado el Bachillerato. El 17% había comenzado estudios terciarios sin culminarlos. El 70% había realizado otros cursos del tipo de formación técnica, idiomas, computación, en su mayoría en forma incompleta.

Cobertura sanitaria

El 56,5% era afiliado al sistema mutual y el 43,5% se atendía en el sector público.

Antecedentes laborales (empleo competitivo)

El 22% nunca había trabajado y casi un 9% lo había hecho durante menos de 1 año. Un 26% había trabajado entre 1 y 3 años, otro 26% lo había hecho entre 4 y 7 años y solo el 17% había tenido desempeño laboral por más de 8 años.

Al momento de comenzar el Programa el total de los pacientes estaba desempleado, por lo menos, desde 1 año antes.

Trabajo protegido anterior

El 30% de la población había tenido un empleo protegido fundamentalmente en la modalidad de empresa o trabajo familiar.

Cobertura social

El 30% tenía asignada una pensión del Banco de Previsión Social por discapacidad laboral.

Datos vinculados con la historia psiquiátrica

Diagnóstico

Del total de 23, 18 tenían el diagnóstico de esquizofrenia (F20) llegando al 78%.

El 13% (3 pacientes) tenía un trastorno bipolar, actualmente en remisión (F31.7).

El 9% restante se repartía en 1 paciente con trastorno de inestabilidad emocional de

la personalidad tipo límite (F60.31) y otro con el diagnóstico de agorafobia (F40.0).

Del total de los 18 pacientes con esquizofrenia, 14 admitían el diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada (F20.3), 2 el de esquizofrenia paranoide (F20.0) y 2 el de esquizofrenia residual (F20.5). Dentro de este grupo, en solo 2 pacientes se registró un diagnóstico adicional: uno de trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial) y otro de retraso mental leve-moderado.

Edad de comienzo de la enfermedad

El 70% de la población había tenido las primeras manifestaciones clínicas entre los 14 y los 23 años y un 22% entre los 24 y los 28 años.

Antecedentes de internaciones psiquiátricas

El 13% no había tenido hospitalizaciones. El 61% había tenido 1 ó 2 internaciones (39%: 1 sola internación). El 27% había sido hospitalizado en más de 3 oportunidades.

Medicación

Al ingreso el 89% (16 pacientes) de los pacientes con esquizofrenia recibía tratamiento con drogas antipsicóticas de nueva generación: 9 con clozapina (5 en régimen de monodroga), 4 con risperidona (2 en monodroga y 2 con neurolepticos típicos de depósito), 3 con olanzapina (2 en monodroga). Tan solo 2 pacientes estaban siendo tratados con neurolepticos clásicos.

La mayoría de los pacientes se encontraba estable clínicamente y con una medicación mantenida, cuali y cuantitativamente, en muchos casos, durante varios años previos al ingreso al Programa. Al respecto no hubo cambios sustanciales en las indicaciones psicofarmacológicas durante los 30 meses de evaluación del Programa.

Tratamiento de rehabilitación

Un 26% concurría a un Centro Psicosocial de Rehabilitación al momento del ingreso al Programa y un 65% lo había hecho anteriormente. Tan solo el 9% no había realizado nunca un tratamiento psicosocial.

Evaluación psicopatológica y funcional al inicio (n = 23)

El valor promedio de la subescala positiva del PANSS fue de 12,30 (promedio: 1,75 por cada ítem de la subescala). En la subescala negativa el promedio fue de 13,9 (promedio 1,98 por cada ítem). En la subescala de psicopatología general el promedio obtenido fue de 29,52 (promedio 1,84 por cada ítem).

En cuanto al EEASL, el promedio fue de 46,9.

Deserciones

De los 21 usuarios que comenzaron con el Programa en abril de 2002, 9 –43%– abandonaron el Programa a lo largo de los primeros 30 meses del mismo: 2 en el primer semestre, 3 en el segundo, 1 en el tercero, 1 en el cuarto

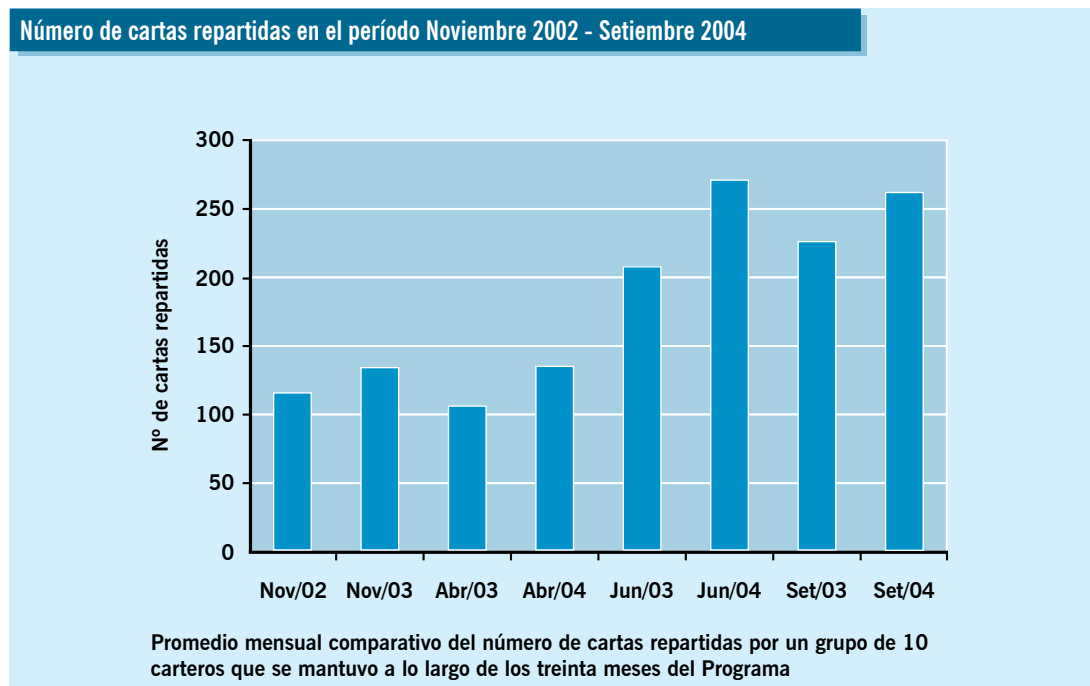
y 2 en el quinto semestre. En 5 casos (3 con esquizofrenia y 2 con trastorno bipolar) el abandono se debió a crisis de descompensación con incremento de los síntomas psicóticos. Tres de las 5 descompensaciones se dieron en el segundo semestre. En los 4 casos restantes la deserción se dio por decisión de los usuarios en busca de otros trabajos con mejor remuneración.

En octubre de 2004 permanecían 12 usuarios del grupo inicial: 10 trabajando como carteros-clasificadores y 2 exclusivamente como administrativos.

Evaluación del rendimiento laboral

La Gráfica 1 muestra la evolución del promedio mensual de cartas repartidas por el grupo de 10 carteros que se mantuvo con continuidad desde el inicio, durante los treinta meses de evaluación del Programa. Se objetiva que el incremento del promedio mensual obtenido por el grupo de trabajadores entre noviembre de 2002 y setiembre de 2004 es del orden del 140%, 2,4 veces más que su rendimiento inicial.

Gráfica 1



La Gráfica 2 muestra la comparación en el rendimiento de algunos carteros del Programa que más cartas repartieron en los últimos dos meses, con el rendimiento de un joven sin trastorno mental.

Grado de participación en las distintas actividades laborales

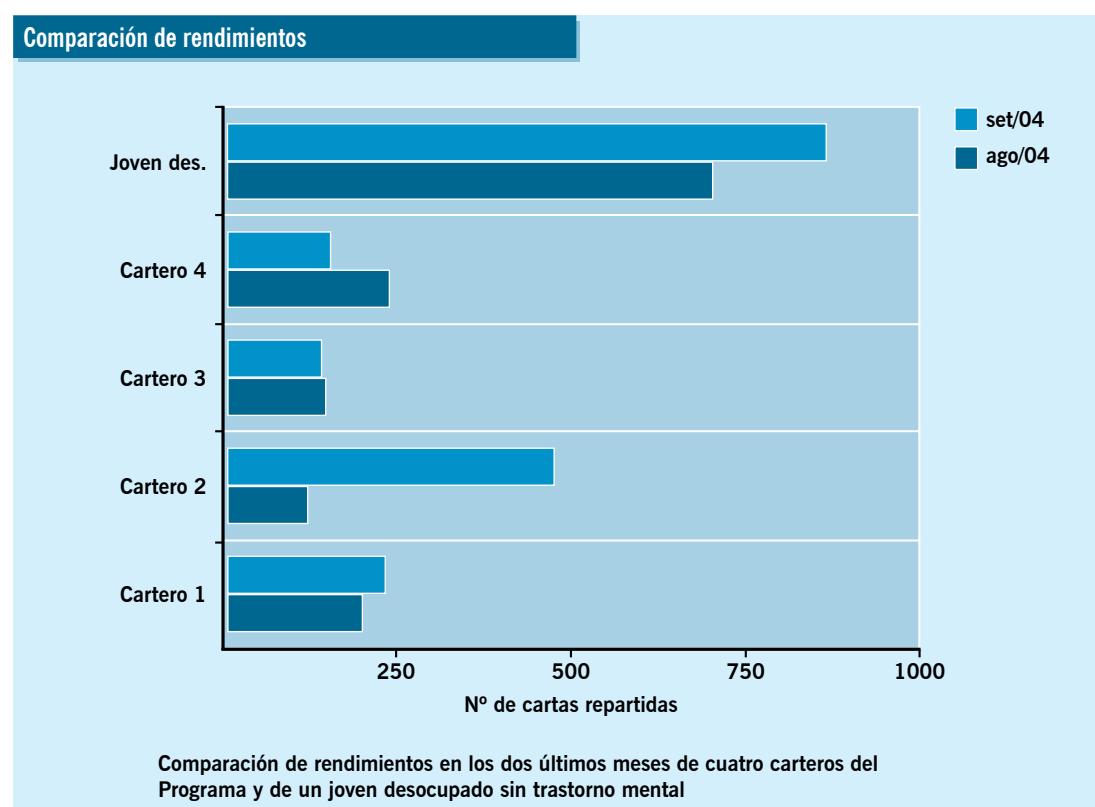
Las gráficas 3, 4 y 5 muestran el nivel de participación –medido en porcentaje de horas por semana– de todos los trabajadores en un conjunto de actividades (excluida la distribución) de la Cooperativa en 3 cortes: en junio de 2002, 2003 y 2004. Están divididas en 2 grupos: a) cooperativistas (usuarios) y b) equipo de coordinación. Se evidencia que las actividades que en un principio eran exclusivamente realizadas por el equipo capacitador (junio de 2002), pasan a ser compartidas en términos equivalentes por ambos grupos un año después, y a ser realizadas en su mayoría

por los usuarios a mediados de 2004.

Las personas sin trastorno mental que participaron del programa fueron pocas y lo hicieron por breves lapsos, sobre todo en momentos de notorio incremento de la demanda del servicio.

La Cooperativa ha crecido lo suficiente como para autofinanciar todos los gastos fijos y repartir entre sus trabajadores un excedente mensual –modesto hasta el final de esta evaluación–, de acuerdo con las horas trabajadas y la cantidad de cartas repartidas. Incide además en este resultado el lento progreso de la cartera de clientes.

A lo largo del año 2003 y hasta setiembre de 2004 se dieron 6 nuevos ingresos de personas con trastorno mental, a la par que en el grupo inicial se daban las deserciones ya reseñadas.

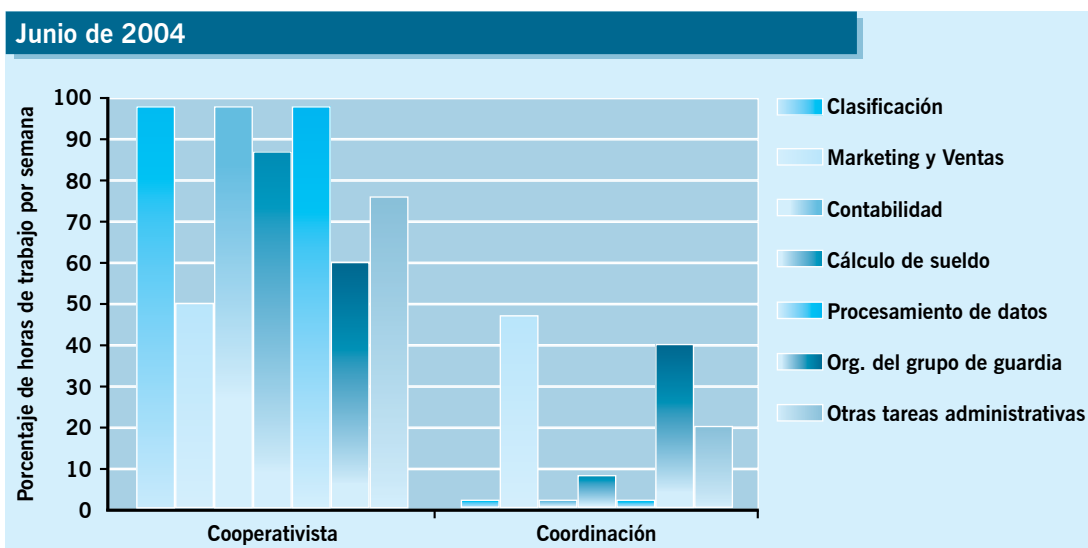
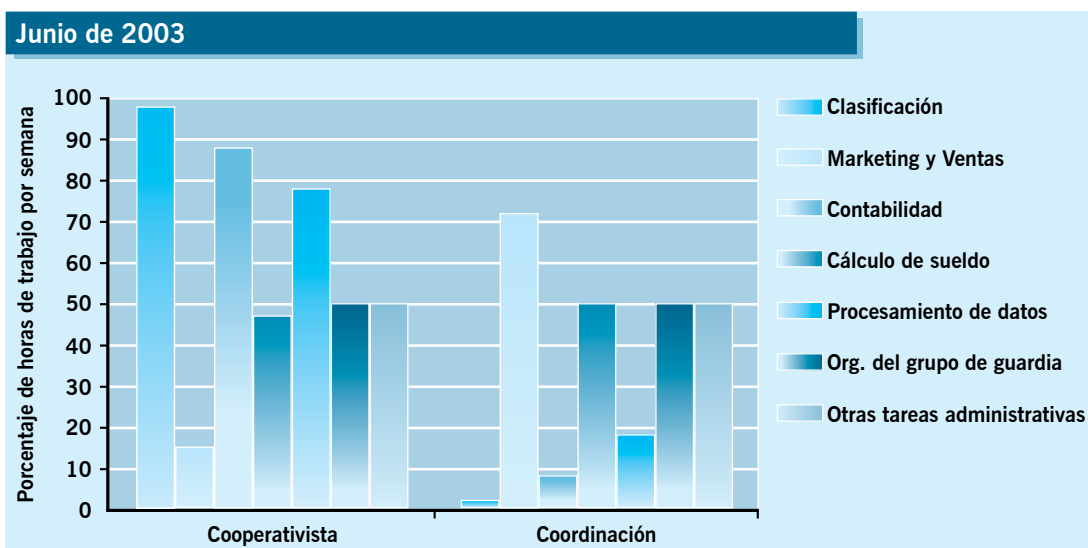
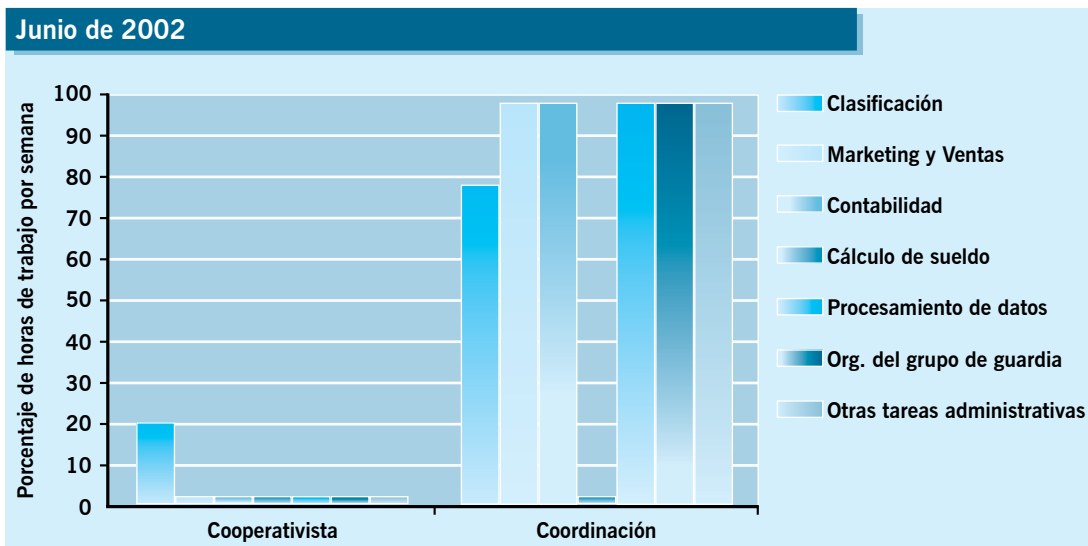


Gráfica 2

Gráfica 3

Gráfica 4

Gráfica 5



En las ordenadas las columnas muestran el porcentaje de horas trabajadas por semana en diversas tareas (con exclusión del reparto) por parte del grupo de usuarios o cooperativistas (izquierda) y por el equipo de coordinación o capacitador (derecha).

Discusión

En octubre de 2004 el Programa de Rehabilitación Laboral de Servicio de Correspondencia llevaba 2 años y 6 meses de duración. El 57% (12 de 21) de los pacientes que comenzaron el Programa se mantuvo en el mismo durante dicho lapso con mejoría significativa en su desempeño.

La tasa de deserciones fue de 43% durante dicho lapso. En estudios controlados de Rehabilitación Vocacional hemos encontrado tasas de abandonos en el orden del 40%²⁴. Becker et al., en un Programa de Assertive Community Treatment (PACT) con Rehabilitación Vocacional, con un grupo inicial de 184 usuarios, en un seguimiento de casi 10 años, encontraron una tasa de deserción durante el primer año de 33%. Asimismo, un 34% permaneció en el trabajo entre 1 y 4 años, y un 33% lo hizo por un lapso mayor a los 3 años³³. La cercanía de estas cifras con las nuestras puede no tener significación, dada la pequeñez de nuestra población.

Es de destacar que este Programa se ha podido mantener a pesar de no poder brindar una remuneración acorde al trabajo realizado, ni a usuarios ni a técnicos coordinadores, lo cual podría explicar algunas de las deserciones por motivación propia. Solo la replicación de estudios de estrategias psicosociales a nivel vocacional con personas de este grado de psicopatología y su seguimiento durante períodos prolongados podrán determinar si estas cifras son las esperables y si pueden ser mejoradas.

Algunos autores como Spaulding et al., establecen que “la aplicación de cualquier intervención (terapéutica) a cualquier paciente es una cuestión empírica”³⁴. Vale decir, que esta experiencia, como cualquier otra similar o en el área de la Rehabilitación, tiene aspectos intransferibles y quizás irrepitibles.

Pensamos que la selección de los pacientes fue un elemento fundamental para que este Programa pudiera comenzar y mantenerse. Lehman y Steinwachs, en sus recomendaciones de su Schizophrenia Patient Outcomes Research Teams (PORT), establecen que los Servicios de Rehabilitación Laboral deberían ser ofrecidos a pacientes con al menos una de las siguientes características: a) deseo de tener un empleo competitivo como una meta personal, b) tener una historia de empleo competitivo anterior, c) escasas o mínimas hospitalizaciones, y d) adecuadas habilidades para el trabajo mediante evaluaciones vocacionales situacionales³⁵.

El deseo de trabajar fue explicitado por los 21 usuarios que comenzaron el Programa. Casi el 70% de nuestra población inicial había tenido una experiencia laboral previa que iba entre 1 año de duración como mínimo y 8 o más como máximo, y un 43% lo había hecho por un lapso mayor de 4 años. De esta manera, quedó conformado un grupo mayoritariamente con antecedentes laborales relativamente aceptables para los diagnósticos consignados.

El 61% del total solo había tenido entre 1 y 2 hospitalizaciones previas; y un 13% no había tenido ninguna. De este modo, nuestra población cumplía con las 3 primeras recomendaciones del PORT.

La subpoblación con diagnóstico de esquizofrenia registró en el PANSS puntajes promedio con psicopatología entre mínima y ausente tanto en la subescala positiva como en la negativa. Lo mismo sucedió en la escala de psicopatología general. El valor promedio del EEASL fue de 46,9, indicador de una disfunción importante en el área laboral en función de la condición de desempleo del total del grupo.

Estos resultados reflejaron la intención de seleccionar, dentro de patologías graves y persistentes, a individuos relativamente

“menos dañados”, apuntando a una mejor aptitud para la reinserción laboral.

McGlashan, Strauss, Breier, entre otros, han estudiado el curso longitudinal de las personas con esquizofrenia que han recibido tratamiento, describiendo varias etapas desde las iniciales muy sintomáticas, hasta otras posteriores de recuperación con estabilidad psicopatológica y funcional luego de las cuales pueden sobrevenir los “períodos de cambio”. En estos últimos, un número significativo de pacientes apunta a lograr una meta valiosa en lo personal (retomar estudios, buscar y conseguir un empleo, etc.), la que por implicar una importante carga de estrés, puede disparar la vulnerabilidad bajo la forma de una leve exacerbación sintomática (síntomas positivos) o de una recaída psicótica franca. Estos autores establecen que si el paciente ha acumulado suficiente fortaleza durante las etapas –a menudo largas– de estabilidad, puede integrarse establemente en un nuevo nivel de adaptación al adquirir así la capacidad de tolerar la mayor exigencia de su nuevo estado o rol^{13, 36, 37}. La perspectiva del “desarrollo adulto” del paciente con esquizofrenia permite sostener que: “Después de los 30 años, los pacientes pueden estar más aptos para enfrentarse a expectativas de vida menores y así estar más dispuestos a los esfuerzos de la rehabilitación y la psicoterapia dirigidos a acrecentar la autoestima y a establecer metas de vida realistas”³⁸. Los pacientes de nuestra población –mayoritariamente esquizofrénica– registraron un promedio de edad de 32,6 años y tenían largos períodos de estabilización sintomática. El 70% había tenido el comienzo de los síntomas entre los 14 y los 23 años, por lo que se trataba de una muestra con un largo tiempo de duración de la enfermedad, encajando en este perfil de paciente “adulto” y estable, aparentemente más predispuesto y apto para algunos abordajes psicosociales con planteo de objetivos más ambiciosos.

El predominio de pacientes varones sobre mujeres en una relación de 3 a 1 podría apuntar en la dirección, ya hipotetizada en nuestro medio¹⁸, de una mayor presión socio-familiar para el varón hacia la ocupación laboral y una eventual tolerancia para con la mujer en dicho aspecto. De todos modos, los criterios de selección pueden haber contribuido a sesgar este resultado.

El manejo del estrés en la tarea, sobre todo en el inicio de la ejecución del Programa, fue uno de los objetivos que se persiguió con mayor énfasis. El apoyo continuo de los capacitadores, el entrenamiento gradual, las reuniones grupales de planteo y resolución de problemas, las salidas iniciales a repartir cartas en grupos, etc., resultaron fundamentales en esta etapa, difícil para los usuarios ya que la mayoría de ellos venía de períodos más o menos largos de inactividad. Pensamos que la familiarización creciente con la tarea permitió el mantenimiento de la misma y la mejoría en los rendimientos individual y grupal de los que pudieron mantenerse en el Programa.

En un grupo como éste, la práctica y la repetición nos impresionaron como dos instrumentos privilegiados para el aprendizaje. A partir del ejercicio continuo, graduado en niveles de intensidad creciente, y cuidando de no sobrepasar las capacidades disminuidas de procesamiento de estímulos³⁹, la metodología fue interiorizada e integrada aunque se necesitó de un número de ensayos sensiblemente superior a los requeridos por las personas sin trastorno mental que participaron del Programa. De acuerdo con la teoría del colapso de las jerarquías de respuesta de Spaulding³⁴, la clarificación, estructuración y redundancia de los estímulos y el incremento de la retroalimentación informativa pueden ayudar a reducir “la competencia de respuestas” que a menudo abruma a los pacientes con esquizofrenia. En la práctica esto se traduciría en

que cuanto menos nuevos y más previsibles sean los estímulos, mayores serán las posibilidades de una mejor performance por parte del paciente. En las tareas concretas de distribución de correspondencia como, por ejemplo, hacer un itinerario de recorrido, salir a la calle, enfrentarse a barrios y calles nuevas, encontrar o no la casa con gente, etc., se dieron situaciones nuevas y por ende, estresantes. En ese aspecto la tarea del equipo capacitador fue crucial brindando sostén, apoyo, planificación y organización de las tareas. El objetivo fue siempre el de llegar a un nivel de “estimulación óptima”, al decir de Ciompi, citado por Saraceno y col.⁴⁰, sin caer en las tentaciones del aumento excesivo de la exigencia o de la “hipoestimulación sobreprotectora”. Por lo tanto, jerarquizamos la importancia del poder amortiguador sobre el estrés de las redes (lazos, vínculos) generadas entre profesionales (equipo terapéutico y de entrenamiento) y pacientes, del apoyo social (aquí socio laboral) y de la potencialidad terapéutica de las relaciones interpersonales consignada por McGlashan. Este autor, acerca de las terapéuticas “relacionales” en la esquizofrenia, afirma: “Lo que es innovativo acerca de los «tratamientos relacionales» hoy es la urgente necesidad que tenemos de reevaluarlos y reafirmar su relevancia y valor”¹³. En tal sentido, postulamos que la perspectiva “ecológica”² y el concepto de “clima emocional”^{41, 42} (tomado de los principios de la Comunidad terapéutica) son aspectos terapéuticos esenciales que apuntan a lograr entre el equipo tratante (capacitador en este caso) y los usuarios un vínculo en el que la empatía, la perseverancia, la estructuración, el entrenamiento y la continuidad en el tiempo son elementos cruciales⁴³. Quizás estos aspectos hayan sido, entre otros, muy importantes en el mantenimiento de la experiencia y en los avances de los usuarios. Sabemos que los pacientes con trastorno mental persistente, especialmente los esquizofrénicos, además de la tolerancia disminuida al estrés

presentan falta de iniciativa y disminución de la flexibilidad cognitiva⁴⁴ con dificultades para cambiar un plan sobre la marcha. Estas vulnerabilidades, obviamente, constituyen un obstáculo para la realización de cualquier emprendimiento laboral. El desafío del equipo técnico de Capacitación Laboral consistiría en no dejarse vencer por estas dificultades y generar estrategias para superarlas. Cabría expresar que en esta experiencia la tarea del equipo fue más bien una combinación entre técnica y “arte”. El ejercicio de amalgamar tratamiento psicosocial con niveles crecientes de rendimiento laboral, el equilibrio entre apoyar y exigir, el tolerar la desorganización y las estrategias a veces desconcertantes de los usuarios ante nuevas exigencias, el sancionar incumplimientos sin generar resentimientos ni frustración, etc., obligaron a un desafío constante y renovado. El proceso de adquisición de las habilidades laborales y de adaptación a la tarea impresionó ser ostensiblemente más lento en los usuarios con trastorno mental, lo cual está en concordancia con los múltiples déficit reseñados para las personas con esquizofrenia en el procesamiento de estímulos, atención, memoria y funciones ejecutivas^{11, 39}. Esto generó momentos de fatiga, desgaste, desmotivación y desmoralización en el equipo. Los momentos de baja moral están descriptos en los equipos técnicos de algunas estrategias psicosociales para pacientes con esquizofrenia¹⁵. Para superar estas “crisis” las instancias de supervisión y análisis del proceso de la tarea resultaron fundamentales. Otra situación a destacar fue la frustración de muchos usuarios ante la falta de resultados económicos con el correr del tiempo (el salario mínimo no llegó a alcanzarse). Este “reclamo” se dio en más de una oportunidad, debiendo trabajarse en aspectos de motivación y de evaluación realista de las expectativas.

En cuanto a las deserciones y los ingresos, se dieron con continuidad. Si bien esto pudo haber generado preocupaciones y temores,

pensamos que también fue –para los que se mantuvieron– la oportunidad de generar nuevos vínculos e interacciones personales. Pero pensamos que quizá esto los haya podido acercar a la movilidad habitual que tienen los grupos humanos y laborales sin trastorno mental grave.

Un total de 5 pacientes (24%) sufrió descompensaciones psicóticas o de la esfera del humor que impidieron su continuidad en el programa. Tres de ellos (14,2%) lo hicieron en el segundo semestre, coincidiendo tal vez con una de las etapas más estresantes del Programa, es decir, cuando la tarea de reparto de correspondencia comenzó a realizarse individualmente, sin apoyos.

Destacamos el hecho de que el 89% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia recibió tratamiento con fármacos antipsicóticos de nueva generación. Esto podría apuntar a la mayor eficacia que a los mismos se le ha asignado en varias áreas sintomáticas de la enfermedad, incluyendo los síntomas negativos y de déficit cognitivo⁴⁵. El no cambio de indicaciones psicofarmacológicas podría ser un indicador de que la actividad no resultó desestabilizadora para los 12 usuarios que se mantuvieron en el Programa.

Cabe preguntarse acerca de la importancia que pudo haber tenido el hecho de que el 91% del total había cursado o estaba cursando un programa de rehabilitación psicosocial. Esto implica preguntarse acerca de la especificidad de las diversas estrategias psicosociales y del impacto de la rehabilitación psicosocial, a corto y largo plazo, en la aptitud laboral en personas con este tipo de trastornos.

Las principales limitaciones del estudio resultaron de la pequeñez de la muestra y de la ausencia de un grupo de control, lo que impide ser concluyentes en cuanto a los resultados obtenidos. Esto muestra la necesidad en nuestro país de realizar estudios controlados

con este tipo de intervención para pacientes mentales con trastorno mental persistente, en poblaciones más numerosas a fin de extraer conclusiones de mayor significación. Una línea de investigación futura consistiría en la comparación de resultados con grupos control sin trastorno mental. Además, podría investigarse la evolución de la calidad de vida⁴⁶ como forma de objetivar el impacto de la reinserción laboral.

Conclusiones

El 57% de un grupo de pacientes con trastorno mental grave (mayoritariamente con esquizofrenia) en etapa de estabilización clínica, pudo realizar con continuidad un programa de aprendizaje y desarrollo laboral de distribución de correspondencia durante un lapso de 2 años y 6 meses, utilizando la modalidad de rehabilitación vocacional denominada “empleo con apoyo”. La mejoría en el rendimiento laboral fue significativa en varias áreas, aunque muy posiblemente con un ritmo de aprendizaje más lento dado por la presencia de elementos psicopatológicos, déficit de habilidades laborales y baja tolerancia al estrés.

Pensamos que la selección de pacientes, la planificación, la secuenciación, el gradualismo, el manejo del estrés, el entrenamiento laboral “in situ” y la continentación por parte del equipo capacitador fueron aspectos cruciales.

La inserción profesional impresiona como mucho más limitada y difícil de lograr que la inserción social para pacientes con trastornos mentales graves⁴⁷, lo que implica todo un desafío para la rehabilitación ocupacional.

La realización de experiencias de este tipo es necesaria a los efectos de plantearnos su pertinencia en el arsenal terapéutico y de rehabilitación. A tales efectos, la sensibili-

zación de la comunidad y el combate contra el estigma de los trastornos mentales se tornan imprescindibles a fin de que medios “normalizados” puedan aceptar pacientes con trastorno mental.

En octubre de 2004 una pregunta crucial es si este emprendimiento podrá sobrevivir. Estudios basados en pruebas acerca de la estrategia de empleo con apoyo establecen que los resultados en cuanto al empleo están relacionados con la duración del empleo y el logro de una remuneración que resulte satisfactoria⁴⁸. Este último aspecto resulta un objetivo aún lejano para este Programa.

Pensamos que la supervivencia de la experiencia dependerá por un lado, del apoyo y de la confianza por parte de la comunidad y, por otro, del logro de una eficiencia en el servicio en sí que permita una adecuada competencia en el mercado. De este modo, el desafío es el de compatibilizar la estrategia psicosocial con las exigencias de una actividad laboral con un adecuado nivel de calidad.

La inclusión de personas sin trastorno mental se dio sobre todo en momentos de sobrecarga, cuando se entendía que los usuarios no podían con la tarea. A modo de hipótesis, planteamos que el entrenamiento laboral y el trabajo realizados junto a personas sin enfermedad mental, ofrecerían a los pacientes oportunidades para aprender y modelar roles positivos en cuanto a aspectos técnicos, de habilidad laboral y de actitud². La posibilidad de una integración laboral continua entre personas sin diagnóstico psiquiátrico y pacientes con trastorno mental persistente, podría constituir un camino que permitiera la mejor viabilidad de proyectos de rehabilitación de este tipo.

Agradecimientos

Especialmente a Ofelia Stajano de Caldeyro y Alejandra Vivián. La lista completa de los colaboradores sería muy extensa.

Referencias bibliográficas

1. **Lauriello J, Lenroot R, Bustillo JR.** Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26:191-211.
2. **Cook JA, Razzano L.** Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr Bull* 2000; 26:87-103.
3. **Jones P, Cannon M.** The new epidemiology of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21:1-25.
4. **Casarotti H, Pardo V, Labarthe A, Labraga P, Valiño G, Fernández M, Ruiz AI, Caetano C, Pazos M, Martínez A.** Pautas actuales de los trastornos psicóticos. *Rev Psiquiatr Urug* 2003; 67 (1):76-110.
5. **Wyatt RJ.** Schizophrenics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17:325-351.
6. **Andersson C, Chakos M, Mailman R, Lieberman J.** Emerging roles for novel antipsychotic medications in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21:151-179.
7. **Carpenter WT Jr, Keith SJ.** Integrating Treatments in Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1986; 9:153-164.

8. **Hogarty GE, Ulrich RF.** The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *J Psychiatr Res* 1998; 32:243-250.
9. **Lehman AF.** Esquizofrenia: tratamiento psicosocial. En: Kaplan HI, Sadock, BJ. *Tratado de Psiquiatría* (6ª ed). Buenos Aires: Editorial Inter-Médica; 1997, pp. 932-939.
10. **Anderson C, Reiss D, Hogarty G.** Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu; 1988.
11. **Nuechterlein KH, Dawson ME.** A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984; 10:300-312.
12. **Green MF.** Neurocognition and Schizophrenia: General Approaches and Specific Models. In: *Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective. Probing the Impenetrable Darkness.* Allyn and Bacon; 1998, pp. 23-39.
13. **McGlashan T.** Psychosocial treatments of schizophrenia. In: Andreasen NC. *Schizophrenia from mind to molecule.* American psychopathological series. American Psychiatric Press: Washington DC; 1994, pp. 189-215.
14. **Hayes RL, Halford WK.** Time use of unemployed and employed single male schizophrenia subjects. *Schizophr Bull* 1996; 22:659-669.
15. **Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG.** Models of Community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998; 24:37-74.
16. **Lehman AF, Steinwachs DM.** Patterns for usual care for schizophrenia: Initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Teams (PORT) Client survey. *Schizophr Bull* 1998; 24:11-20.
17. **Sharma T, Antonova L.** Cognitive Function in schizophrenia. Deficits, functional consequences and future treatment. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26:25-40.
18. **Pardo V, Curbelo O, del Castillo R, Grunbaum S, Regazzoni E, Kaplan M.** Evaluación retrospectiva de un Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día para adultos. *Rev Psiquiatr Urug* 2002; 66:7-33.
19. **Ordaz Ducunge EB.** Rehabilitación psiquiátrica. 3ª ed. República de Cuba Ministerio de Salud Pública. Hospital psiquiátrico de La Habana; 1991.
20. **Egri G.** La rehabilitación en salud mental con base en la comunidad. En: Levav I. *Temas de salud mental en la comunidad.* Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington DC; 1992, pp. 239-269.
21. **Vaccaro JV, Young AS, Glynn S.** Community-based care of individuals with schizophrenia. Combining psychosocial and pharmacologic therapies. *Psychiatr Clin North Am* 1993; 16:387-399.
22. **Lara I, Vidal JC, Díaz E, Torres H.** Taller Protegido. Cuadernos de Rehabilitación. Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica 1995; 6:27-29.
23. **Anthony WA, Liberman RP.** The practice of psychiatric rehabilitation. Historical, conceptual and research base. *Schizophr Bull* 1986; 12:542-559.
24. **Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S.** The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *Am J Psychiatry* 2001; 158:163-175.

25. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud; Ginebra; 1992.
26. **Kay SR.** Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia: Assessment and Research. New York: Brunner/Mazel; 1991.
27. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
28. **Buchanan RW, Gold JM.** Negative symptoms: Diagnosis, treatment and prognosis. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 suppl 2:3-11.
29. **Fenton WS, McGlashan TH.** Natural history of schizophrenia subtypes II. Positive and negative symptoms and long-term course. *Arch General Psychiatry* 1991; 48:978-986.
30. **Goering PN, Stylianos SK.** Exploring the helping relationship between the schizophrenic client and rehabilitation therapist. *Am J Orthopsychiatry* 1988; 58:271-280.
31. **Kanas N.** Group therapy for schizophrenic patients. *Clinical practice* Nº 39. American Psychiatric Press: Washington; 1996.
32. **Falloon IR, Pederson J.** Family management in the prevention of morbidity in schizophrenia: the adjustment of the family unit. *Br J Psychiatry* 1985; 147:156-163.
33. **Becker RE, Meisler N, Stormer G, Brondino MJ.** Employment Outcomes for clients with severe mental illness in a PACT model replication. *Psychiatr Services* 1999; 50:104-106.
34. **Spaulding WD, Storms L, Goodrich V, Sullivan M.** Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1986; 12:560-577.
35. **Lehman AF, Steinwachs DM.** Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Teams (PORT) recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24:1-10.
36. **Strauss JS, Hafez H, Lieberman P, Harding CM.** The course of psychiatric disorders. III: Longitudinal principles. *Am J Psychiatry* 1985; 142:289-296.
37. **Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D.** Course of illness and predictors of outcome in chronic schizophrenia: Implications for pathophysiology. *Br J Psychiatry Suppl* 199; 38-43.
38. Group for the Advancement of Psychiatry. The Adult Developmental Perspective and its Implication for Schizophrenia. In: Beyond symptom suppression. Improving long-term outcomes of schizophrenia. Report Nº 134. American Psychiatric Press. Washington DC; 1992, pp. 11-21.
39. **Green MF.** The Scope of Neurocognitive Deficits in Schizophrenia. In: Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective. Probing the Impenetrable Darkness. Allyn and Bacon; 1998, pp. 41-60.
40. **Saraceno B, De Luca L, Montero Barquero F.** Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1992; XII: 3-8.
41. **García Badaracco JE.** Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar: Tecnipublicaciones: Buenos Aires; 1990.

42. **Curbelo O.** La Comunidad Terapéutica en el abordaje de las psicosis en nuestro país. Monografía de postgrado de Psiquiatría. Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina- UDELAR: Montevideo; 1989.
43. **Carpenter WT Jr.** Thoughts on the treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1986; 12:527-539.
44. **Crider A.** Perseveration in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997; 23:63-74.
45. **Meltzer HY.** Outcome in Schizophrenia: Beyond Symptom Reduction. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 suppl 3:3-7.
46. **Bobes J, González P.** Calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katschnig H, Freeman, Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos mentales.* Masson: Barcelona; 2000, pp. 157-169.
47. **Singer L, Danion JM.** La réinsertion des schizophrènes. *L'Encéphale* 1991; XVII: 279-284.
48. **Lehman AF, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, Green - Paden L et al.** Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am* 2003; 26:939-954.