

# *Evaluación de resultados de un programa de rehabilitación psicosocial integral (Centro de Día) para personas con trastorno mental grave y persistente.*

## **Estudio prospectivo en un período de 10 años\***

Trabajo original

\* Comunicación científica ganadora del premio Psiquiatría y Salud Mental, IX Congreso Nacional de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay «Salud mental e identidad profesional», Montevideo 5 al 7 de mayo de 2011. Trabajo auspiciado y financiado por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII).

### **Resumen**

**Se realizó un análisis prospectivo de los datos epidemiológicos, clínicos, de funcionamiento y calidad de vida de 108 pacientes con trastorno mental grave y persistente que ingresaron y permanecieron durante un mínimo de 6 meses en un programa de rehabilitación psicosocial integral (Centro de Día) durante un lapso de 10 años. Perfil prevalente de los pacientes: varón, soltero, desocupado, viviendo con su familia, con diagnóstico de esquizofrenia en una relación de 3 a 1 respecto a otras patologías, y con muchos años de evolución. La población permaneció en el programa durante 16 meses (mediana). Para la población del espectro esquizofrénico (PEE) las mejorías fueron modestas pero estadísticamente significativas en la sintomatología positiva y negativa, y en el funcionamiento general con mejores desempeños en el área social. No se constataron cambios en la calidad de vida. El 62 % de la población PEE egresó con actividad ocupacional, en su mayoría de carácter protegido o con apoyo. La mejoría funcional y sintomática parece definirse en los primeros 6 meses en el programa. La edad al ingreso, el haber completado la enseñanza secundaria y el hecho de tener antecedentes laborales no resultaron predictivos de evolución y resultados. Una menor edad al ingreso se correlacionó con una mayor sintomatología negativa al inicio. El antecedente de consumo de sustancias psicoactivas se correlacionó con mayor sintomatología positiva. Se encontró una asociación significativa entre la administración de antipsicóticos de primera generación y la mejoría en síntomas y funcionamientos. La mayor colaboración de la familia con el programa se asoció a un menor deterioro social al egreso.**

### **Summary**

**A prospective analysis was carried out on data concerning epidemiology, clinical history, life quality and functional capacity for 108 patients with severe and persistent mental disorders who entered and remained for a minimum of 6 months in an integrated program of psychosocial rehabilitation (day centre) over a period of 10 years. The predominant profile of the patients was: male, single, unemployed, living with their family, a diagnosis of schizophrenia at a ratio of 3 to 1 compared to other pathologies, and evolution over several years. The population stayed on the Program for 16 months (on average). For the patients schizophrenia spectrum (PSS) population, improvements were modest but statistically significant in positive and negative symptomatology and general functioning with improved social outcomes. Changes in quality of life were not observed. 62 % of the PSS population left with an occupation that was protected or supported. Functional and symptomatic improvement seems to be defined in the first 6 months at the Program. Age on entry, having completed secondary education and having a record of previous work experience were not relevant for predicting evolution or results. A lower age on entry was related to a greater negative symptomatology at the start. A history of psychoactive substance consumption was related to a greater positive symptomatology. A significant connection was found between the administration of first-generation antipsychotics and an improvement in symptoms and functioning. A greater degree of family collaboration with the Program was associated with a lesser degree of social decline upon exiting the Program.**

### **Autores**

#### **Vicente Pardo**

Médico psiquiatra. Ex Profesor Adjunto de Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Director y cofundador del Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo (CRPSP).

#### **Renée del Castillo**

Licenciada en Psicología, Universidad de la República. Licenciada en Enfermería Psiquiátrica. Directora y cofundadora del Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo.

#### **Daniela Pérez Rosas**

Licenciada en Psicología, Universidad de la República. Magíster en Investigación en Psicología Clínica, Universitat Autònoma de Barcelona. Exintegrante del equipo técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo.

#### **Fernando Paladino**

Médico psiquiatra, Universidad de la República. Exintegrante del equipo técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo.

#### **Miguel Kaplan**

Economista. Análisis Estadístico. Colaborador en el área de investigación del Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo.

Correspondencia:

Vicente Pardo Martínez

Av. Brasil 2547/902 - Montevideo  
vppsiq@yahoo.es

**Palabras clave**

*Trastorno mental grave y persistente*  
*Rehabilitación psicosocial*  
*Estudio prospectivo*

**Key words**

*Severe and persistent mental disorders*  
*Psychosocial rehabilitation*  
*Prospective study*

**1. Introducción**

Los trastornos mentales graves y persistentes (TMGP) se caracterizan por la evolución hacia un significativo deterioro de las capacidades funcionales, tales como autocuidado, autocontrol, interacción social, actividad ocupacional, aprendizaje y ocio, con el consecuente perjuicio para la calidad de vida de las personas afectadas. Entre los TMGP, el trastorno esquizofrénico es sin duda el más grave y deteriorante. A pesar de su heterogeneidad evolutiva y de la eficacia de los actuales tratamientos, es uno de los trastornos psiquiátricos mayores con peores consecuencias en cuanto a síntomas residuales duraderos, así como con significativa disminución en las áreas social<sup>1, 2</sup> y laboral.<sup>3</sup> Un informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Universidad de Harvard señala que la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades que representan una mayor «carga mundial de enfermedad». Al valorar los «años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad», la esquizofrenia ocupa el cuarto lugar dentro de los grupos diagnósticos más frecuentes en el mundo.<sup>4</sup> Por su parte, la Asociación Mundial de Psiquiatría declara que la esquizofrenia se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre 18 y 44 años.<sup>5</sup>

Las necesidades de las personas con esquizofrenia son muchas y comprenden las áreas clínica, humanitaria, de bienestar público y de rehabilitación.<sup>6</sup> En nuestro país la implementación de tratamientos integrales que abarcaran los aspectos tanto biológicos como psicosociales para este grupo de pacientes se dio a través de diferentes movimientos a prin-

cipios de los años 90, con especial énfasis en la rehabilitación psicosocial.<sup>7</sup> Los objetivos de la rehabilitación psicosocial son combatir las repercusiones que el trastorno mental grave y persistente (TMGP) tiene sobre las competencias en las diferentes áreas pragmáticas o funcionales (ocupacional, social, familiar, cuidados personales), la disminución de los síntomas y la prevención de recaídas y hospitalizaciones, así como la mejora de la calidad de vida para los pacientes y sus familias.<sup>8, 9</sup>

De acuerdo con dichos objetivos, el Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo (CRPSP) comenzó a funcionar sin interrupciones desde diciembre de 1987. Su propuesta terapéutica se lleva a cabo a partir de tres programas fundamentales. El Centro de Día (CD) es un programa intensivo, multimodal, con una carga horaria de 20 horas por semana, basado en un conjunto de técnicas integradas con énfasis en el entrenamiento social, que tiende a la promoción de la participación de los pacientes en un marco grupal y apunta a combatir el aislamiento social y la acentuada inactividad que caracteriza a esta población. Sigue los principios de la terapia ocupacional y grupal<sup>10-12</sup> y de la alianza terapéutica,<sup>13</sup> así como también los postulados de la rehabilitación psiquiátrica con objetivos individualizados con y para cada paciente.<sup>8</sup> Comprende un enfoque psicoeducativo y de resolución de problemas de acuerdo con el modelo de Anderson y colaboradores.<sup>14</sup> Una vez alcanzados los objetivos definidos en el plan individual, el paciente egresa y pasa al Programa de Seguimiento, con el fin de mantener y consolidar los logros obtenidos. Paralelamente, el Programa de Reinserción socio-ocupacional promueve la integración en los ámbitos laboral y/o educacional en un nivel

lo más normalizado posible,<sup>15</sup> o en su defecto con apoyo o protegido. Otros elementos de la propuesta están consignados en un trabajo anterior.<sup>16</sup>

A nivel internacional, en las últimas décadas se han multiplicado investigaciones y revisiones sobre diferentes estrategias de rehabilitación psicosocial<sup>2, 6</sup> que han demostrado resultados positivos en diversas áreas y concluyen que los resultados más consistentes se logran con una integración de enfoques biológicos, familiares y psicosociales.<sup>17, 18</sup> La evaluación de los programas de rehabilitación psicosocial está centrada principalmente en la mejoría de tres dimensiones consideradas esenciales: nivel sintomático, funcional y calidad de vida.<sup>19</sup> Los estudios prospectivos de evaluación de la evolución y resultado de los pacientes con TMGP, sobre todo los de largo plazo, han ido tomando preeminencia,<sup>20</sup> y la búsqueda de indicadores de mejoría que permitan optimizar el proceso de rehabilitación se ha convertido en uno de los objetivos primordiales en este campo.<sup>21</sup>

## 2. Objetivos e hipótesis

La finalidad del presente estudio es analizar los aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes asistidos por el CRPSP, a la vez que evaluar la evolución clínica, funcional y de la calidad de vida de estos pacientes. En primer lugar, se espera hallar una mejoría significativa desde el punto de vista sintomático, funcional y de la calidad de vida en los pacientes que permanecieron en el programa de rehabilitación (Centro de Día) por un período superior a 6 meses. En segundo lugar, se espera encontrar diferentes factores predictivos y de asociación entre dichas variables de mejoría con algunos aspectos sociodemográficos y clínicos, así como con aspectos del propio proceso de rehabilitación. Por último, se postula que aquellos factores indicadores de mejoría mostrarán una asociación, de modo que la mejora en las áreas funcionales se relacione con la mejora en la dimensión sintomática.

## 3. Método

### 3.1. Sujetos

El estudio incluye a los pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica persistente, que en el momento de ingreso cumplían tratamiento psiquiátrico regular con adecuada adherencia. Además, el ingreso al programa fue acordado voluntariamente con la persona, al igual que el compromiso de colaboración familiar. Fueron excluidos pacientes con diagnóstico de retraso mental, demencia, trastornos por consumo de sustancias o con trastornos graves de personalidad.

### 3.2. Instrumentos

**Ficha de evaluación inicial.** Se consignan los datos y antecedentes sociodemográficos y clínicos, así como la información sobre el tiempo aproximado de evolución de la enfermedad. Para pesquisar el tiempo de evolución de la enfermedad se interrogó sobre los cambios en la persona que conforman los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia, en su mayor parte de naturaleza deficitaria.<sup>22</sup>

#### **Escalas psicométricas**

– *Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia*

Se utilizó la adaptación realizada por Peralta y Cuesta<sup>23</sup> de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).<sup>24</sup> Es una escala heteroaplicada con 30 ítems, 7 de los cuales abarcan el síndrome positivo de la esquizofrenia (PANSS-P); 7, el síndrome negativo (PANSS-N) y 16, la psicopatología general (PANSS-PG).

– *Inventario de evaluación y deterioros de la OMS (IEDOMS)*

Se utilizó la versión traducida del inventario de evaluación y deterioros de la OMS (IEDOMS) realizada por el CEIP.<sup>25</sup> Es un instrumento heteroaplicado que evalúa cuatro áreas de funcionamiento: cuidado personal

y sobrevivencia (CPYSOB), funcionamiento ocupacional (F. OCUP), con la familia (F. FAM) y social (F. SOCIAL).

– *Evaluación del funcionamiento global* (EFG)

La escala de evaluación del funcionamiento global (Global Assessment of Functioning) del DSM-IV<sup>26</sup> es un instrumento heteroaplicado que valora el funcionamiento global de los sujetos.

– *Cuestionario Sevilla de calidad de vida* (CSCV)<sup>27</sup>

Instrumento autoaplicado compuesto de 59 ítems que se agrupan en 2 subescalas: juicios desfavorables y juicios favorables.

**Ficha de evaluación periódica.** Se relevó los datos clínicos y de funcionamiento producidos durante el tratamiento y el grado de concurrencia y colaboración familiar (concurrencia a actividades terapéuticas y de psicoeducación). Finalmente, constan los datos de finalización de la concurrencia (egreso) al Programa CD.

### 3.3. Procedimiento

En el momento del ingreso al programa se aplicó la ficha de evaluación inicial y las escalas psicométricas, repitiéndose estas en los sucesivos cortes evaluatorios cada 6 meses, durante toda la estancia del paciente en el Programa CD. El criterio de los puntajes fue consensuado en todo momento por los integrantes del equipo técnico. Transcurridos los primeros 6 meses se aplicó también la ficha de evaluación periódica, y se repitió su aplicación en los sucesivos cortes. El presente trabajo se centra en los 108 pacientes ingresados al CD durante el período junio/1997-junio/2007, que concurren con continuidad durante un mínimo de 6 meses. Para el análisis de los resultados, la población fue discriminada en pacientes con diagnóstico dentro del espectro esquizofrénico (PEE) y pacientes con otros diagnósticos (POD).

### 3.4. Análisis estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0.<sup>28</sup> Se comienza con un análisis descriptivo de las variables y las pruebas estadísticas para comprobar las hipótesis mediante comparación de medias y correlaciones bivariadas. Para comprobar si existe cambio en cada una de las variables de las escalas, entre la evaluación inicial y la final, se realizó el test de diferencia de medias para muestras relacionadas (t de Student). Los niveles de mejorías fueron definidos como las diferencias entre las medias de las puntuaciones iniciales y finales. Además se indagó las mejorías diferenciando en submuestras la población de acuerdo con los datos sociodemográficos y clínicos. Por último, se realizó el análisis correlacional (correlaciones de Spearman) con la finalidad de determinar la relación entre las diversas variables evaluadas en los participantes.<sup>29-31</sup>

## 4. Resultados

### 4.1. Datos descriptivos y antecedentes de la población

En el período estudiado ingresaron 147 pacientes, de los cuales 108 permanecieron en el programa más de 6 meses: 81 correspondieron al grupo de pacientes del espectro esquizofrénico (PEE) y 27 a los pacientes con otros diagnósticos (POD) (tabla 1). En la tabla 2 se destacan sus datos sociodemográficos más relevantes. El predominio de los pacientes del espectro esquizofrénico fue notorio con una relación PEE/POD de 3 a 1. La distribución según diagnóstico se muestra en los gráficos 1 y 2. A pesar de la existencia de antecedentes de consumo de sustancias (referido posteriormente), solo 8 pacientes del grupo PEE admitían un doble diagnóstico con trastorno por consumo de sustancias, en el momento de ingreso al programa. En el grupo POD no se registró ningún caso de doble diagnóstico.

**Tabla 1 | Población total de usuarios ingresados en el período 1997-2007 dividida en subgrupos**

	PEE*	POD**	TOTAL
Usuarios que completaron 6 meses	81	27	108
Abandonos antes de los 6 meses	32	7	39
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>34</b>	<b>147</b>

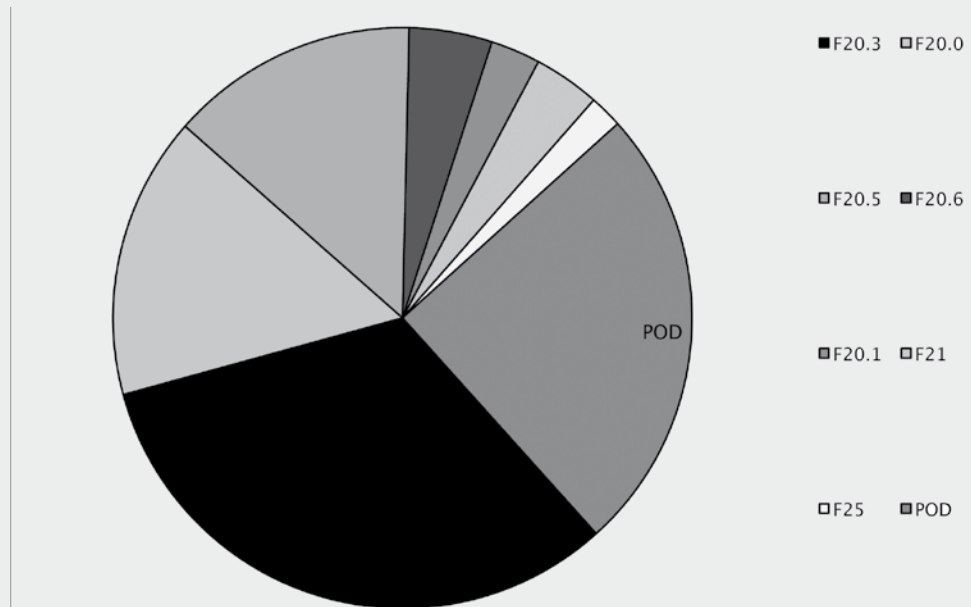
\*PEE: pacientes con diagnóstico del espectro esquizofrénico. \*\*POD: pacientes con otro diagnóstico.

**Tabla 2 | Datos descriptivos de la muestra (PA)**

	TOTAL (PA) n = 108	PEE* n = 81	POD** n = 27
<b>Edad de ingreso al programa</b> (media, DE)		(28.04, 08.80)	(31.78, 11.63)
<b>Perfil de edades de ingreso (años)</b> número usuarios (porcentaje)			
hasta 18	10 (20 %)	7 (9 %)	3 (11 %)
19 a 21	12 (19 %)	10 (12 %)	2 (7 %)
22 a 24	23 (38 %)	19 (23 %)	4 (15 %)
25 a 27	14 (25 %)	11 (14 %)	3 (11 %)
28 a 30	12 (22 %)	9 (11 %)	3 (11 %)
31 a 33	9 (16 %)	7 (9 %)	2 (7 %)
34 a 36	5 (9 %)	4 (5 %)	1 (4 %)
37 a 39	5 (11 %)	3 (4 %)	2 (7 %)
40 a 42	7 (11 %)	6 (7 %)	1 (4 %)
43 y más	11 (28 %)	5 (6 %)	6 (22 %)
<b>Sexo</b> número usuarios (porcentaje)			
Masculino	62 (57 %)	57 (70 %)	5 (19 %)
Femenino	46 (42 %)	24 (30 %)	22 (81 %)
<b>Núcleo familiar de convivencia</b>			
Vive solo	5	4 (5 %)	1 (4 %)
Vive con la madre	35	27 (33 %)	8 (30 %)
Vive con el padre	4	4 (5 %)	0 (0 %)
Vive con ambos padres	45	33 (41 %)	12 (45 %)
Vive con cónyuge e hijos	2	1 (1 %)	1 (4 %)
Hijos	1	0 (0 %)	1 (4 %)
Otros familiares	11	8 (10 %)	3 (11 %)
Institución	5	4 (5 %)	1 (4 %)
<b>Ocupación o estudios (al ingreso)</b>			
Sí	0	0	0

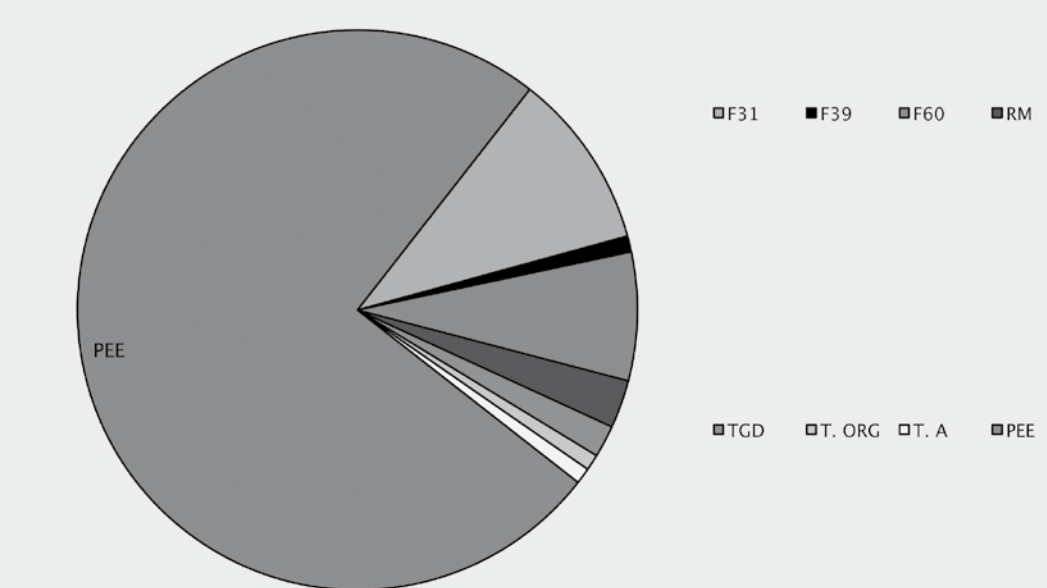
\* PEE: pacientes con diagnóstico del espectro esquizofrénico. \*\* POD: pacientes con otro diagnóstico.

Gráfico 1 | Distribución de diagnósticos de PEE\*



\* PEE: pacientes del espectro esquizofrénico  
 F20.3: esquizofrenia indiferenciada (43 %); F20.0: esquizofrenia paranoide (21 %); F20.5: esquizofrenia residual (18,5 %); F20.6: esquizofrenia simple; F20.1: esquizofrenia hebefrénica; F21: trastorno esquizotípico; F25: trastorno esquizoaffectivo.

Gráfico 2 | Distribución de diagnósticos de POD\*\*



\*\* POD: pacientes con otro diagnóstico  
 F31: trastorno bipolar (41 %, 11 casos); F39: trastorno del humor sin especificación; F 60: trastorno de personalidad (30 %, 8 casos); RM: retraso mental leve moderado (2 casos); TGD: trastorno generalizado del desarrollo (2 casos), T. ORG: trastorno orgánico de la personalidad (1 caso); TA: trastorno agorafóbico (1 caso)



**Nivel de instrucción alcanzado.** El 65 % no logra completar la educación secundaria. Para la población PEE se obtuvo una mediana de 10 años consecutivos de enseñanza aprobados (equivalente a 4.º de liceo). Para POD dicha mediana es de 9,4.

**Consumo de sustancias psicoactivas.** Como se observa en la tabla 3, en la población PEE el 40 % había tenido algún tipo de consumo, siendo el alcohol y la marihuana las sustancias más consumidas en el 75 % y 60 % de los

casos, respectivamente. En el grupo POD solo había consumido alguna sustancia el 11 %.

**Antecedentes de trastornos en la infancia.** Se encontraron antecedentes para 34 PEE (42 %) (tabla 3): 20 (25 %) con el antecedente de significativo aislamiento social, 6 presentaron trastornos de conducta, 5 trastorno del aprendizaje, 5 enuresis, 2 trastornos psicomotrices y 2 trastorno por ansiedad de separación. Para la población POD se encontraron antecedentes de trastornos psiquiátricos en la infancia en 9 de los 27 casos.

Tabla 3 | Antecedentes personales psiquiátricos según categoría diagnóstica

DIAGNÓSTICO	INTERNACIONES		ECT		IAE		CONSUMO DE SUST.	TR. EN LA INFANCIA	Tiempo de evolución de la enfermedad al ingreso
	n.º usuarios con internaciones (n.º total de usuarios)	n.º promedio	n.º usuarios	n.º usuarios	n.º promedio	n.º usuarios	n.º usuarios	años (promedio)	
<b>PEE*</b>									
Esquizofrenia paranoide (F20)	14 (17)	2,21	7	5	2,2	11	8	8,2	
Esquizofrenia hebefrénica (F20.1)	1 (3)	2,00	0	0	-	2	2	4,7	
Esquizofrenia indiferenciada (F20.3)	22 (35)	2,77	19	9	1,7	15	13	12,6	
Esquizofrenia residual (F20.5)	9 (15)	1,33	9	0	-	4	6	6,2	
Esquizofrenia simple (F20.6)	1 (5)	1,00	0	1	1,0	0	2	8,8	
Trastorno esquizotípico (F21)	2 (4)	3,00	1	1	6,0	0	2	14,8	
Trastorno esquizoafectivo (F25)	2 (2)	7,00	1	0	-	0	1	8,0	
<b>Totales</b>	<b>51 (81)</b>	<b>2,49</b>	<b>37</b>	<b>16</b>	<b>2,06</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>10,1</b>	
<b>POD**</b>									
T. bipolar (F.31)	6 (11)	2,67	5	0	-	1	2	6,46	
T. pers.	7 (8)	7,57	2	6	8,83	1	3	17,00	
Otros	3 (8)	4,33	2	2	4,50	1	4	22,00	
<b>Totales</b>	<b>16 (27)</b>	<b>5,13</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7,75</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>13,04</b>	

\* PEE: pacientes con diagnóstico del espectro esquizofrénico. \*\* POD: pacientes con otro diagnóstico.

**Medicación.** Al ingreso al programa un 79 % de los pacientes del grupo PEE recibía al menos un antipsicótico de nueva generación; al egreso, el 86 %. El 38 % de la población PEE estuvo en tratamiento con clozapina, ya sea desde el inicio del programa o prescrita durante su transcurso.

#### 4.2. Proceso de rehabilitación en el programa CD

**Tiempo de tratamiento.** La media de tiempo de permanencia en el CD fue para el grupo PEE de 484 días (16 meses) y para el grupo POD 482 días.

**Hospitalizaciones e intentos de autoeliminación (IAE).** El 17,5 % del total de pacientes fueron hospitalizados durante su estadía en el programa. Solo 2 pacientes del grupo PEE realizaron IAE durante su estadía.

**Datos de egreso.** Del total de los 81 PEE, 41 pacientes (52 %) egresaron por alta. Para el grupo POD hubo un 66,6 % de altas. Casi el 6 % del total de la población PEE (50 en 81) egresó con algún tipo de actividad laboral o curricular, siendo en el 72 % de los casos (36 en 50) de nivel protegido o con apoyo. De los 23 usuarios que egresaron con trabajo, 3 lo hicieron con un trabajo normalizado, 4 con trabajos esporádicos, 7 en la modalidad de empleo con apoyo en una empresa de distribución de correspondencia y cadetería dependiente del CRPSP<sup>32</sup> y 9 en otras modalidades de empleo con apoyo. En un seguimiento posterior se constató que de los 16 egresados con empleo con apoyo, 6 consiguieron un trabajo normalizado. De este modo, 9 de 81 pacientes PEE (11 %) lograron a la postre un trabajo normalizado. Asimismo, 7 personas egresaron con una actividad de estudio normalizado, y 20 lo hicieron con un tipo de educación protegida.

#### 4.3. Evolución de síntomas, funcionamientos y calidad de vida

**Evolución de los síntomas.** Se halló una mejoría significativa en las puntuaciones de las subescalas PANSS de síntomas positivos y negativos para los pacientes del espectro esquizofrénico. En la subescala de síntomas positivos la mejora fue de 1.21 puntos de media ( $p=.020$ ). Se detectó mejoras en el 51.9 % de los pacientes con un rango comprendido entre 1 y 14 puntos. En la subescala de síntomas negativos la mejora fue de 1.06 puntos ( $p=.013$ ) en el 59.3 % de los pacientes con un rango entre 1 y 10 puntos.

**Evolución de los funcionamientos.** En cuanto a la mejoría de los diferentes niveles de funcionamiento medida por la IEDOMS para la subpoblación PEE, se obtuvo un puntaje significativo de 0.35 puntos de media en cuidado personal y sobrevivencia ( $p=.005$ ), funcionamiento ocupacional con 0.36 puntos ( $p=.002$ ) y funcionamiento social con 0.82 puntos de mejoría media ( $p=.000$ ). Para el grupo POD se registró puntajes significativos en IEDOMS para los funcionamientos ocupacional y social con una media de 0.69 ( $p=.031$ ) y 0.577 ( $p=.033$ ), respectivamente.

**Funcionamiento global (EFG).** Para PEE se obtuvo una mejoría significativa de 5.63 de media ( $p=.000$ ). Al ingreso se obtuvo una mediana de 35 puntos y al egreso de 40 puntos. En las mejorías del funcionamiento global al inicio y al final del programa para la subpoblación PEE se obtuvo los siguientes puntajes promedio: 58 % mejoró 5 puntos o más, 8.7 % mejoró menos de 5 puntos y un 33,3 % permaneció igual o empeoró. Los puntajes de la población POD fueron algo superiores con una mediana de 43 y 49,5 puntos al ingreso y egreso, respectivamente.

**Evolución de la calidad de vida.** No se evidenciaron diferencias significativas en las puntuaciones de CSCV.



Además, se halló que el mayor nivel de mejoría sobre la mejoría total alcanzada en los pacientes del espectro esquizofrénico se obtuvo en los primeros 6 meses de tratamiento: los síntomas positivos disminuyen un 66 % en los primeros 6 meses de tratamiento, el funcionamiento social obtiene una mejoría del 78 % en el primer semestre, hay un 67 % de mejoría en cuidado personal y sobrevivencia, y un 47 % para funcionamiento ocupacional. En EFG se encontró un 60 % de mejoría en los 6 meses iniciales. Para el grupo POD no se pudo establecer un patrón evolutivo.

#### 4.4. Análisis comparativo entre aspectos sociodemográficos/clínicos y la evolución funcional y sintomática durante el tratamiento para PEE

**Antecedentes de estudio y laborales.** Diferenciada la muestra entre los que habían completado el bachillerato (12 años) y los que no, se encontró que los primeros estaban, al ingreso al programa, 4 puntos promedio por encima en EFG. De todos modos, la mejoría total alcanzada de ambos grupos fue muy similar. Además, los que tenían antecedentes laborales comenzaron con 2 puntos promedialmente por encima en la escala EFG, en comparación con los que carecían de esos antecedentes, pero al finalizar el programa el grado de mejoría fue muy similar.

**Edad y sexo.** Al ingreso al programa se comprobó que los menores de 16 años llegaron con aproximadamente 3 puntos menos en la escala EFG (o sea, algo peor funcionalmente). En la evolución la mejoría entre menores y mayores de 16 años es prácticamente similar: 5 puntos en los menores y 6 puntos en los mayores de 16 años, diferencia que no es estadísticamente significativa. Tampoco se constató diferencias significativas al discriminar por sexos.

**Antecedentes de significativo aislamiento social en la infancia.** Se comprobó que inicialmente no había diferencias significativas en sintomatología o funcionamientos según

presentaran antecedentes de aislamiento social en la infancia o no. Al egreso, en cambio, los que no tenían antecedentes de aislamiento social en la infancia mejoraron promedialmente 6 puntos en la escala EFG, contra 3,5 puntos de los que tenían dicho antecedente.

**Formas clínicas.** Se estudió los parámetros evolutivos según las formas clínicas de trastorno esquizofrénico y se observó que la forma clínica con mejores resultados fue la de esquizofrenia paranoide, seguida por la esquizofrenia indiferenciada. En funcionamiento global los pacientes con esquizofrenia paranoide presentaron una mejoría promedio de 9 puntos; la esquizofrenia indiferenciada tuvo casi 6 puntos y la esquizofrenia residual alcanzó los 2,2 puntos de mejoría.

**Pacientes medicados con antipsicóticos de nueva generación y con neurolépticos.** Se comprobó que los pacientes tratados con antipsicóticos de nueva generación tienen una significativa mejor evolución que los que fueron tratados con neurolépticos, en todas las áreas (funcionales y sintomáticas) menos en el funcionamiento social, que mejora indistintamente en ambos casos.

#### 4.5. Análisis correlacional entre los aspectos sociodemográficos/clínicos y los aspectos funcionales y sintomáticos para PEE

Se analizó exclusivamente los coeficientes (Spearman) de correlación cuyos valores tienen una significación mayor al 99 % y se encontró correlaciones significativas.

La edad de ingreso al programa se correlaciona positivamente con el número de días de tratamiento ( $r=0.41$ ;  $p<0.01$ ), y de forma negativa con el nivel de síntomas negativos al ingreso al programa ( $r= - 0.30$ ;  $p<0.01$ ). Los antecedentes de consumo de sustancias se asocian con el nivel de síntomas positivos ( $r=0.30$ ;  $p<0.01$ ). El vivir solo en el momento de ingreso al programa y la mejoría funcional total (suma de las escalas IEDOMS) se correlacionan de forma negativa ( $r= - 0.32$ ;  $p<0.01$ ); del

mismo modo lo hacen la colaboración familiar y el nivel de deterioro en el funcionamiento social en IEDOMS ( $r = -0.38; p < 0.01$ ). Como se vio, un mayor número de años de instrucción se correlaciona positivamente con el nivel inicial de funcionamiento medido por EFG ( $r = 0.32; p < 0.01$ ). Por último, se encontró una asociación significativa entre la administración de antipsicóticos atípicos con el nivel de mejoría en EFG ( $r = 0.29; p < 0.01$ ).

#### 4.6. Estudio de correlaciones entre los indicadores de mejoría (PANSS, IEDOMS, EFG) en PEE

Como se aprecia en la tabla 4 existe una asociación estadísticamente significativa entre las escalas de síntomas y de funcionamientos tanto al inicio como al final del tratamiento, siendo en el final del tratamiento algo más fuerte dicha asociación en muchas de las dimensiones.

Además se halló una correlación significativa entre el funcionamiento global (EFG) al inicio del tratamiento y los niveles de mejoría en EFG ( $r = -0.22; p = < 0.05$ ) y en algunas áreas de IEDOMS: cuidado personal y sobrevivencia ( $r = 0.20; p = < 0.05$ ), funcionamiento con la familia ( $r = 0.37; p = 0.01$ ). No se detecta correlaciones significativas con las mejoras en los indicadores de síntomas (PANSS). Esto implica que a mayores valores en la puntuación en EFG al inicio del tratamiento, luego de este las mejorías en las otras dimensiones son menos importantes y llegan a ser no significativas en las áreas ocupacional, social y sintomática. Profundizando este punto y analizando caso a caso, se advierte que mejorías en EFG de magnitud (más de 7 puntos) van asociadas a no deterioros en otras escalas funcionales y sintomáticas (o mejoran o permanecen iguales). Mejorías de 7 puntos o menos en la EFG son compatibles con desmejoras en los otros indicadores pero también con mejoras. Algo similar ocurre en la subescala de psicopatología general del PANSS.

**Tabla 4 | Correlaciones entre las medidas iniciales y finales de las escalas de funcionamiento, síntomas y calidad de vida (PEE)**

Variable	INICIO		FINAL	
	EFG	PANSS_PG	EFG	PANSS_PG
PANSS_P.	-0.40**	0.53**	-0.52**	0.65**
PANSS_N.	-0.37**	0.33**	-0.71**	0.70**
PANSS_PG.	-0.64**	-----	-0.77**	-----
IED OMS_CPySOB	-0.58**	0.56**	-0.59**	0.39**
IED OMS_F. OCUP	-0.62**	0.40**	-0.66**	0.42**
IED OMS_F. FAM	-0.39**	0.45**	-0.41**	0.37**
IED OMS_F. SOCIAL	-0.53**	0.33**	-0.73**	0.66**

Correlaciones (coeficientes de Spearman): \* Significativo al 95 % \*\* Significativo al 99 %

## 5. Discusión

Este es un estudio longitudinal prospectivo de la evolución psicopatológica y funcional de un grupo de pacientes con TMGP que realizaron un tratamiento integral con un enfoque de rehabilitación intensiva y abordaje familiar durante el lapso de 10 años, el primero en nuestro medio.

Los datos sociodemográficos iniciales conforman un perfil de paciente esquizofrénico concordante con las muestras de otros países: predominantemente varón, soltero, sin trabajo ni ocupación y viviendo en un entorno familiar.<sup>33</sup> Estudios epidemiológicos muestran que los hombres tienen un riesgo de esquizofrenia más elevado a lo largo de la vida.<sup>34</sup> En el grupo POD hay una predominancia de mujeres y un promedio de edades mayores. Hay, además, antecedentes de mayor número de internaciones y de IAE que quizás se expliquen por la mayoritaria presencia de personas con diagnósticos de trastorno del humor y trastorno de personalidad. En ambos grupos muy pocos pacientes realizaron estudios terciarios, lo cual es compatible con que las personas con TMGP ven interrumpidos sus desarrollos vitales en su juventud a partir de la irrupción de los procesos deficitarios de la enfermedad. En cuanto a antecedentes de consumo de sustancias, se halló un 40 % en la población PEE. Si bien se indica una alta comorbilidad del diagnóstico de esquizofrenia con el de consumo de sustancias psicoactivas,<sup>35</sup> en esta muestra esta cifra contrasta con el hecho de que solo un 10 % de los pacientes admitió un doble diagnóstico, lo cual lleva a pensar que los pacientes esquizofrénicos consumen sustancias sobre todo en los períodos previos a la estabilización en el cumplimiento de la medicación antipsicótica. Existió una correlación entre antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas y mayores valores en la subescala PANNS de síntomas positivos, al igual que otros aportes de la literatura.<sup>36</sup>

Un hecho destacado es que los pacientes tenían una larga historia evolutiva, es decir que, lejos

de ser casos de «reciente comienzo», más bien eran formas evolucionadas. Contrariamente a lo esperado, estos resultados coinciden con los obtenidos en nuestro estudio retrospectivo anterior (período 1987-1997).<sup>16</sup> Se suponía que 10 años más tarde se encontraría derivaciones más precoces; sin embargo, sigue habiendo una alta tasa de ingresos «tardíos». Esto lleva a plantear la hipótesis de que el recurso de la rehabilitación puede ser pensado por parte de los equipos de nuestro medio como uno de los últimos, tras varios años de tratamiento, en la espera de encontrar una mejoría mayor. Autores dedicados al estudio del curso y la evolución de la enfermedad esquizofrénica<sup>22</sup> jerarquizan el desfasaje en el tiempo entre el inicio de la enfermedad, insidioso en el 75 % de los casos con predominio de sintomatología deficitaria<sup>37</sup> y su franca objetivación clínica en vistas al tratamiento. Otra lectura surge de la «perspectiva del desarrollo adulto» realizada por el Group for the advancement of Psychiatry.<sup>38</sup> Sostiene que los pacientes con esquizofrenia, que cumplen adecuadamente con el tratamiento farmacológico, después de los 30 años de edad, y tras haber pasado los iniciales y más tumultuosos años de la enfermedad, es decir, los 3 a 5 primeros años tras el diagnóstico,<sup>39</sup> entran en una etapa de mayor estabilidad que puede permitirles comprometerse de mejor manera con programas de rehabilitación (u otros tratamientos más o menos exigentes). Este pensamiento está en la misma línea que los postulados de Strauss, Breier y McGlashan, en el sentido de que un número significativo de pacientes con esquizofrenia atraviesa tres fases de la enfermedad: la primera, de los primeros 5 años, con marcado deterioro psicosocial y la necesidad de adaptación a muchas pérdidas; una segunda, de *plateau* o estabilización prolongada y finalmente, la última con una mejoría lenta.<sup>40-42</sup> El hecho de que una mayor edad al ingreso estuviera asociada con un tratamiento más prolongado podría apuntar en este sentido, aunque no podemos descartar la presencia de personas con formas muy cronicadas que pudieran

haber permanecido más tiempo por carecer de opciones de actividad cotidiana.

El 62 % del total de la población PEE egresa con algún tipo de actividad laboral o curricular, lo cual impacta como un resultado en principio satisfactorio. En este punto es significativo que un número importante de pacientes lo hiciera en un ambiente laboral o de estudios con carácter protegido y/o de apoyo. Esto nos habla del alto nivel de vulnerabilidad que esta población mantuvo aún luego de cumplir un programa de rehabilitación intensivo. En países desarrollados la tasa de empleo competitivo para pacientes esquizofrénicos no alcanza el 20 % y además la duración de la ocupación suele ser de unos pocos meses.<sup>43</sup> Estrategias internacionales de empleo con apoyo muestran que el mantenimiento laboral sigue siendo un desafío muy difícil para pacientes esquizofrénicos.<sup>44</sup> El hecho de que el 11 % de la población PEE lograra a la postre un trabajo normalizado es una cifra magra pero acorde a los datos señalados.

Para el grupo PEE en la gran mayoría de los aspectos funcionales y sintomáticos se halló mejorías estadísticamente significativas. Para el grupo POD se encontró que las puntuaciones en el funcionamiento global inicial y final son algo mejores que en pacientes esquizofrénicos, lo cual coincide con otros estudios, en el sentido de que los pacientes con esquizofrenia tienen un peor grado de funcionamiento en relación con pacientes con otros diagnósticos compatibles con TMGP.<sup>20, 45</sup> Recuérdese, además, que en PEE el 52 % egresó por alta y en POD lo hizo casi el 70 %. De todos modos, se debe relativizar este hallazgo dada la diferencia numérica y de distribución por sexos que tienen ambos subgrupos.

Uno de los hallazgos más contundentes es que en los primeros 6 meses de tratamiento se define el potencial de mejoría funcional y sintomática de los pacientes del espectro esquizofrénico. Al respecto cabría preguntarse acerca de las razones para continuar la permanencia de los pacientes en el Programa CD. Una de ellas sería el objetivo de consolidar las mejorías, así como responder a la percepción

de pacientes, familiares y del propio equipo técnico acerca de los potenciales beneficios, a efectos de mantener los logros obtenidos. A ese respecto, algunos autores postulan que los tratamientos psicosociales de breve duración parecen no ser suficientes para impactar positivamente en el funcionamiento psicosocial y en la colaboración con el tratamiento.<sup>46</sup> Brekke et al. sostienen que la intensidad y continuidad longitudinal de los servicios, entre ellos los de rehabilitación psicosocial, son cruciales para obtener buenos resultados en cuanto a menor número de hospitalizaciones y en los dominios social, vocacional y de vida independiente.<sup>47</sup>

Esta investigación no demostró ningún cambio de significación en la calidad de vida medida por el CSCV, que, si bien es de autoaplicación, muchos de los pacientes debieron ser ayudados dadas las dificultades de jerarquización de las consignas al realizarlo. Se comprobó que pacientes muy deteriorados o con marcada sintomatología deficitaria y/o delirante comunicaban buenas y hasta muy buenas performances. En más de una oportunidad nos preguntamos si esas calidades de vida «satisfactorias» podían corresponder a una adaptación o conformidad a la escasez de logros. En este sentido, más de un estudio señala que una disminución del *insight* (o conciencia de enfermedad) puede limitar la utilidad del autorreporte como metodología para evaluar la calidad de vida de muchos pacientes con esquizofrenia.<sup>48, 49</sup>

En cuanto a la evolución de las puntuaciones en la evaluación del funcionamiento global, los estudios de seguimiento a largo plazo de pacientes con esquizofrenia muestran medianas de entre 42,1 (Alemania), 51,5 (Manchester), 60 (Nottingham).<sup>20</sup> En el presente estudio, las medianas no superan los 40 puntos. Esto podría indicar que una parte de la población PEE era más o menos grave o con menor respuesta al tratamiento farmacológico. La alta tasa de pacientes medicados con clozapina podría apuntar a la existencia de formas resistentes.

En suma, estos resultados de evolución sintomática y funcional podrían calificarse de

mejorías modestas aunque estadísticamente significativas, de igual modo que lo publicado por otros autores acerca de los impactos de los abordajes psicosociales en este tipo de población.<sup>50</sup> Valiente y Sechrest establecen que las enfermedades mentales crónicas tienden a ser «estables y difíciles de cambiar».<sup>51</sup> Uno de los objetivos de la rehabilitación es el de ayudar a personas con trastornos graves a desarrollar las habilidades necesarias para poder vivir y trabajar en la comunidad, en un ámbito en lo posible de su elección, con el menor apoyo profesional permanente.<sup>8, 52</sup> Actualmente, hay una tendencia creciente al énfasis en las nociones de remisión y recuperación en la bibliografía desde los diferentes enfoques psicosociales basados en evidencias.<sup>53, 54</sup> Mientras la remisión se concibe como el mantenimiento de unos niveles mínimos en la sintomatología esquizofrénica en las dimensiones psicótica, desorganizada y negativa, la recuperación apunta más bien a la mejoría funcional, la autonomía y hasta la esperanza.<sup>55</sup> Es aquí donde toman una gran significación los valores fundamentales de la moderna rehabilitación psiquiátrica: la relación social, la esperanza, la consideración prioritaria de los puntos fuertes e intereses del individuo y una orientación hacia la obtención de resultados concretos.<sup>56</sup> Conceptos novedosos como el de la «motivación intrínseca»,<sup>57</sup> o aún no del todo ponderados como el efecto de la «persona» del sujeto actuando sobre la enfermedad, de Strauss,<sup>58</sup> se ofrecen como prometedores en cuanto a la creación de nuevas herramientas psicosociales para combatir la marcada refractariedad de los síntomas negativos.

Al realizar las asociaciones y comparaciones por grupo, entre los datos sociodemográficos y clínicos del paciente y su evolución sintomática y funcional, con la finalidad de identificar eventuales factores diferenciales se halló (siempre nos referimos al grupo PEE) en primer lugar que una de las correlaciones significativas más importantes fue la que discriminó una menor mejoría funcional en aquellos pacientes que vivían solos. Concomi-

tantemente, el mayor grado de colaboración de la familia con el tratamiento estuvo asociado a un menor deterioro social al egreso, lo cual indica la importancia de la familia como sostén y apoyo. La presencia de los padres y muy especialmente de la madre como figura de soporte al paciente es un hecho muy remarkable en nuestro medio. Al día de hoy surge con adecuado poder probatorio la conclusión de que el apoyo social por parte del entorno del paciente es el factor de mayor importancia para potenciar su recuperación.<sup>59</sup>

Se constató además que el 25 % de la población tuvo el antecedente de significativo aislamiento social en la infancia, lo cual fue un factor predictivo de peor evolución funcional (EFG). Desde hace años se conoce que un porcentaje significativo de niños que luego devienen esquizofrénicos tiene durante su infancia una tasa más alta de algunas alteraciones conductuales no específicas, como las alteraciones en el desarrollo motor, problemas en el habla, rendimientos inferiores en la escuela y la preferencia por juegos solitarios.<sup>60</sup> Estos y otros hallazgos han llevado a conceptualizar la esquizofrenia como producto de un trastorno del neurodesarrollo.<sup>61</sup>

Una de las hipótesis previas del presente estudio era que las formas de esquizofrenia de inicio precoz, por su mayor gravedad evolutiva, tendrían una peor evolución funcional.<sup>62</sup> Nuestros resultados no apuntan en tal sentido, dado que en esta muestra las mejorías funcionales entre los mayores y los menores de 16 años son muy similares. La edad al ingreso al programa no sería un dato predictivo de la evolución y los resultados. Una menor edad al ingreso se correlacionó con una mayor sintomatología negativa al inicio. Esto podría ser explicado por el hecho de que las formas de esquizofrenia de comienzo temprano suelen estar ligadas a una mayor carga sintomática deficitaria.<sup>63</sup>

El hecho de que la forma clínica que mostró mejores resultados de mejoría funcional fuera la paranoide está en consonancia con datos internacionales confiables en el sentido de



que los síntomas positivos tienen un menor impacto en el funcionamiento global.<sup>42</sup>

El haber completado la enseñanza secundaria y el tener antecedentes laborales podrían tomarse como indicadores de buen nivel de funcionamiento previo a la irrupción de la enfermedad, o sea, de ajuste premórbido y, por ende, ser pronóstico de un mejor resultado. Pero dichos factores no resultaron ser predictivos de una evolución diferencial: de algún modo en el contacto clínico resulta desalentador percibir que los pacientes esquizofrénicos funcionan como si perdieran toda la acumulación de experiencia ocupacional anterior. Además, de modo distinto a lo esperado, no se halló diferencias a nivel psicopatológico entre hombres y mujeres en el sentido de una peor evolución en varones esquizofrénicos, como es ya clásico afirmar.<sup>64</sup>

En último término, se cotejó los resultados con lo expuesto por varios autores. Bromet et al. plantean que los diferentes dominios sintomáticos y funcionales están significativamente fuertemente relacionados unos con otros en el trastorno esquizofrénico.<sup>20</sup> Por su parte, Strauss y Carpenter sostienen que las mejorías en los dominios de resultado no están altamente correlacionadas, llegando a postular una relativa independencia entre ellos.<sup>65</sup> Un primer análisis indica que tal como se plantea en primera instancia, efectivamente se podría decir que existe una relación entre los síntomas y los funcionamientos tanto al inicio como al final del tratamiento. Sin embargo, esto no permite afirmar que en cada uno de los niveles de mejoría hallados exista un proceso recíproco. Es decir, que mejoren conjuntamente los síntomas con cada una de las áreas funcionales. Nos preguntamos si los valores iniciales de funcionamiento global están relacionados con las mejorías (postratamiento) en las distintas áreas. Y si los que obtienen buenos resultados en el funcionamiento global (mejoran más de 7 puntos) evolucionan de igual manera en las otras dimensiones de funcionamiento y de síntomas. Se comprobó que la asociación entre el funcionamiento global al inicio y las mejorías luego del tratamiento

en las áreas de funcionamiento específicas son menos importantes, llegando incluso a ser no significativas en funcionamiento ocupacional y social y en todas las dimensiones sintomáticas. Los que comienzan mejor funcionalmente tendrían menos margen para lograr una mejoría adicional, tanto en las áreas específicas de funcionamiento como a nivel sintomático. Asimismo, se halló que las mejorías de magnitud (mayores a 7 puntos) a nivel funcional se asocian con no desmejoras en las otras escalas de resultados funcionales y sintomáticas. En cambio, mejoras de 7 puntos o menos en la EFG son compatibles tanto con desmejoras como con mejorías, es decir, admitirían variaciones mayores. De modo tal que aunque haya zonas grises o de matices, en líneas generales, cuando las mejorías son de considerable magnitud los indicadores van en la misma dirección aunque no necesariamente la importancia del cambio es similar.

En suma, estos resultados apuntan más a un nivel intermedio entre las hipótesis mencionadas: ni marcada homogeneidad ni relativa independencia entre las diferentes dimensiones de mejoría. Más bien se destaca una significativa heterogeneidad en la evolución de los pacientes con trastorno esquizofrénico concordante con la literatura internacional.<sup>66</sup>

En cuanto a las debilidades de este trabajo se destaca tanto la falta de un grupo control apareado en cuanto a edad y sexo, como la dificultad para un estudio comparativo fiable entre PEE y POD por la importante diferencia de ambos grupos. Hay autores que sostienen que la evaluación de programas en salud mental raramente permite efectuar diseños experimentales con un adecuado grado de control, dado que se alterarían las condiciones asistenciales de los servicios. Este trabajo busca ser el reflejo de la aplicación de un programa de rehabilitación intensivo en las condiciones naturales de asistencia en nuestro país. Además, la búsqueda de la efectividad de los tratamientos psicofarmacológico y psicosocial implicaría tomar grupos controles a los que habría que negarles (no ofrecerles) una de



las dos opciones, lo cual trae aparejada una obvia y muy seria objeción ética.<sup>21</sup>

Finalmente, dado el avance actual en el conocimiento de la esfera cognitiva, en tanto sintomatología deficitaria en la esquizofrenia<sup>67, 68</sup> y el conocimiento de su impacto en las diversas áreas de funcionamiento, se plantea como fundamental incluir en próximos estudios dicho aspecto.

## Conclusiones

Los resultados de este trabajo pueden considerarse aceptables en cuanto a las mejoras en los niveles de funcionamiento social, con mejorías algo menores en las otras áreas funcionales y sintomáticas.

En cuanto a las necesidades percibidas tanto por los pacientes como por sus familiares, las de conseguir y mantener un empleo se ofrecen como las más acuciantes. En tal sentido las cifras de actividad ocupacional obtenida, si bien se podrían catalogar en principio como buenas, tuvieron un porcentaje significativo de actividades protegidas. Frente a la creciente complejidad y exigencia del mundo sociolaboral en el que vivimos, las personas con enfermedades mentales encuentran aun más difícil su inserción socio-ocupacional. Hay cifras internacionales de por sí elocuentes de la gran exclusión laboral y social que esta población padece. Nuestra realidad, a pesar de la ausencia de datos estadísticos, parece no ser muy diferente. Los abordajes integrales que combinan tratamientos psicofarmacológicos y psicosociales para personas con TMGP —más allá de que los resultados puedan llegar a interpretarse como aún insuficientes— se justifican plenamente en términos de investigación, humanísticos y éticos. Y si bien podemos sentirnos lejos aún del logro de mejorías que puedan llegar a hacernos sentir plenamente satisfechos como técnicos, el desafío de mejorar la teoría y práctica de la rehabilitación es un imperativo inexcusable para llegar a la máxima recuperación posible y que al decir de Patricia Deegan permita al

paciente «encontrar un nuevo sentido del sí mismo y de su propósito dentro y más allá de los límites de la minusvalía».<sup>69</sup>

## Referencias bibliográficas

1. **Tsuang MT, Woolson RF, Fleming, JA.** Long-term outcome of major psychoses. *Arch Gen Psychiatr* 1979; 36:1295-1301.
2. **Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ.** The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry* 2001; 158:163-175.
3. **Cook JA, Razzano L.** Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr Bull* 2000; 26:87-103.
4. **Torres González F.** «Los cuidados comunitarios: una psiquiatría de nueva generación.» *Monografías de Psiquiatría*, 2002. Disponible en: <www.grupoaulamedica.com>. (Consulta: dic. 2012.)
5. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría: Programa institucional «la esquizofrenia abre puertas». Disponible en: <www.esquizofreniabrelaspuertas.com>. (Consulta: dic. 2012.)
6. **Lehman AF.** Public health policy, community services and outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am* 1998; 21:221-231.
7. **Ginés A, Porciúncula H, Arduino M.** El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Rev Psiquiatr Urug* 2005; 69:129-150.
8. **Anthony W, Cohen M, Farkas M.** *Psychiatric rehabilitation*, 1<sup>st</sup> ed, Boston University, Sargent College of Allied Health Professions; 1990.
9. **Bobes J, González P.** Calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds.). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2000, capítulo 13, pp. 157-169.
10. **Kanas N.** *Group therapy for schizophrenic patients*. *Clinical practice* 39, 1<sup>st</sup> ed. Wash-

- ington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
11. **Grimson RW.** La cura y la locura. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda; 1983.
  12. **García Badaracco JE.** Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. Buenos Aires: Tecnipublicaciones; 1990.
  13. **Carpenter WT.** Thoughts on the treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1986; 12:527-539.
  14. **Anderson C, Reiss D, Hogarty G.** Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1988.
  15. **Blasi Ras R.** La rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad. Barcelona: ARAPDIS; 1999.
  16. **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.
  17. **Bellack AS, Mueser KT.** Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993; 19:317-336.
  18. **Hogarty GE, Ulrich RF.** The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *Journal Psychiatr Research* 1998; 32:243-250.
  19. **Saraceno B, De Luca L, Montero Barquero F.** Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1992; XII (40):3-8.
  20. **Bromet EJ, Naz B, Fochtmann LJ, Carlson GA, Tanenberg-Karant M.** Long-term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005; 31:639-649.
  21. **Vázquez C, Muñoz M, Muñiz E, López B, Hernangómez L, Díez M.** La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2000; XX(74):207-228.
  22. **Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, Van der Heiden W.** Depression, negative symptoms, social stagnation, and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:105-118.
  23. **Peralta V, Cuesta MJ.** Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1994; 22:171-177.
  24. **Kay SR.** Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research. New York: Brunner/Mazel; 1991.
  25. **Casarotti H.** Aplicación multiaxial del capítulo F de la CIE-10 del Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey. Montevideo; 1992.
  26. **DSM-IV.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.ª ed. en esp. Barcelona: Masson; 1995.
  27. **Giner J, Ibáñez E, Cervera S, Leal C, Baca E, Bobes J.** El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: perspectiva histórica de su instauración. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27:8-13.
  28. **Manual del paquete SPSS 16.0;** 2007.
  29. **Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P.** Metodología de la investigación. México: MacGraw-Hill; 1991.
  30. **Snedecor, GW, Cochran WG.** Métodos estadísticos. México: CECSA; 1980. 703pp.
  31. **Armitage P, Berry G, Matthews JNS.** Statistical methods in medical research, 4<sup>th</sup> ed. Massachusetts: Blackwell Science; 2009.
  32. **Pardo V, del Castillo R, Blanco M, Etchart M.** Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente. *Rev Psiquiatr Urug* 2005; 69(2):111-128.
  33. **Baca Baldomero E, Leal Cercós C, Varela C, Riesgo Y, Roca M.** Diagnóstico y manejo de la esquizofrenia en España: el

- proyecto ACEE. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34(4):224-230.
34. **Messias EL, Chen Ch, Eaton WW.** Epidemiología de la esquizofrenia: revisión de los hallazgos y los mitos. *Psychiatr Clin N Am* 2007; 29:323-338.
  35. **Bellack AS, Gearon JS.** Substance abuse treatment for people with schizophrenia. *Addictive Behaviors* 1998; 23:749-766.
  36. **May W, Degenhardt L.** Uso de cannabis y riesgo de desarrollar un trastorno psicótico. *World Psychiatry (Ed Esp)* 2008; 6:68-71.
  37. **Häfner H, an der Heiden W.** Course and outcome. In: Mueser KT, Jeste DV (eds). *Clinical handbook of schizophrenia*, 1<sup>st</sup> ed. New York: The Guilford Press; 2008, pp. 100-113.
  38. GAP: Group for the advancement of Psychiatry. *Beyond symptom suppression*, 1<sup>st</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992.
  39. **McGorry PD, Killackey E, Yung A.** Intervención precoz en la psicosis: conceptos, evidencias y direcciones futuras. *World Psychiatry* 2008; 7(3):148-156.
  40. **Strauss JS, Hafez H, Lieberman P, Harding C.** The course of the psychiatric disorders III: longitudinal principles. *Am J Psychiatr* 1985; 142:289-206.
  41. **Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Piccar D.** Course of illness and predictors of outcome in chronic schizophrenia: implications for pathophysiology. *Br J Psychiatry* 1992; 161 (suppl 18):38-43.
  42. **McGlashan T.** Psychosocial treatments of schizophrenia: the potential of relationships. In: Nancy Andreasen (ed). *Schizophrenia from mind to molecule*, 1<sup>st</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994, pp. 189-215.
  43. **Lindenmayer JP, Harvey PD, Khan A, Kirpatrick B.** Esquizofrenia: determinaciones de la psicopatología. *Psychiatr Clin N Am* (ed. en español) 2007; 29:339-363.
  44. **Lieberman RP.** Puntualizaciones respecto a la rehabilitación psiquiátrica. *World Psychiatry (Ed Esp)* 2006; 4:158-159.
  45. **Harrow M, Grossman LS, Jobe TH, Herbener ES.** Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophr Bull* 2005; 31:723-734.
  46. **Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD, Clemmensen K, Misfelt S, Espensen B.** Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:287-294.
  47. **Brekke JS, Ansel M, Long J, Slade E, Weinstein M.** Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services* 1999; 50:248-256.
  48. **Doyle M, Flanagan S, Browne S et al.** Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99:466-472.
  49. **Amador XF, Strauss DH.** Poor insight in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly* 1993; 64:305-318.
  50. **Cancro R, Meyerson AT.** Prevention of disability and stigma related to schizophrenia: a review. In: Maj M, Sartorius N (eds). *Schizophrenia Vol 2*. Chichester: John Wiley & Sons, WPA series; 1999, pp. 243-278.
  51. **Valiente C, Sechrest L.** Evaluación de la efectividad de programas de rehabilitación psicosocial. En: Aldaz JA, Vázquez C. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, 1.<sup>a</sup> ed. Madrid: Siglo XXI; 1996, pp. 341-373.
  52. **Anthony W, Cohen M, Farkas M et al.** *Psychiatric rehabilitation*, 2<sup>nd</sup> ed. Boston Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University; 2002.
  53. **Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al.** Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002; 53:1272-1284.
  54. **Ciudad A, Bobes J, Álvarez E, San L, Novick D y Gilaberte I.** Resultados

clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Rev Salud Ment (Barc.)* 2011; 4:53-65.

55. **Fischer BA, Carpenter WT Jr.** Remission In: Mueser KT, Jeste DV (eds). *Clinical handbook of schizophrenia*, 1<sup>st</sup> ed. New York: The Guilford Press; 2008, pp. 559-565.
56. **Farkas M.** Definición de las intervenciones de rehabilitación psiquiátrica: una práctica basada en la evidencia y en valores. *World Psychiatry (Ed Esp)* 2006; 4:161-157.
57. **Saperstein AM, Fiszdon JM, Morris DB.** Intrinsic motivation as a predictor of work outcome after vocational rehabilitation in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199:672-677.
58. **Strauss JS.** The person with schizophrenia as a person II: approaches to the subjective and complex. *Br J Psychiatr* 1994; 164(suppl 23):103-107.
59. **Corrigan PW, Slopen N, Gracia G et al.** Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews. *Commun Ment Health J* 2005; 41(6):721-735.
60. **Jones P, Cannon M.** The new epidemiology of schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am* 1998; 21:1-25.
61. **Obiols JE.** El nuevo paradigma etiológico. En: Obiols JE (ed.). *Neurodesarrollo y esquizofrenia. Aproximaciones actuales*, 1.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ars Medica; 2001, pp. 1-8.
62. **Schulz SC, Findling RL, Wise A, Frieman L, Kenny J.** Child and adolescent schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am* 1998; 21:43-56.
63. **Cottone JG, Kumra S.** Children and adolescents. In: Mueser KT, Jeste DV (eds). *Clinical handbook of schizophrenia*, 1<sup>st</sup> ed. New York: The Guilford Press; 2008, pp. 481-490.
64. **Häfner H.** Epidemiología de la esquizofrenia. Esquizofrenia: primera parte. En: Triángulo. *Revista Sandoz de Ciencias Médicas* 1994; (1)32:11-33.
65. **Carpenter WT, Strauss JS.** The prediction of outcome in schizophrenia. IV. Eleven-year follow-up of the Washington IPSS Cohort. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:517-525.
66. **Jobe TH, Harrow M.** Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry* 2005; 50(14):892-900.
67. **Rund BR, Borg NE.** Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100(2):85-95.
68. **Pardo V.** Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Rev Psiquiatr Urug* 2005; 69:70-83.
69. **Deegan PE.** Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988; 11:11-19.