

## Resumen

Se realizó el análisis retrospectivo de los datos epidemiológicos, clínicos y de funcionamiento de 164 pacientes con patología psiquiátrica severa, ingresados al Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día en sus primeros diez años. El estudio se centró en los 88 pacientes que permanecieron en el mismo durante un mínimo de seis meses. Se diseñó un protocolo para analizar las características clínicas de la población y evaluar los resultados de la intervención. La población era mayoritariamente esquizofrénica, con muchos años de evolución, y permaneció en el Programa entre 18 y 24 meses, promedialmente. La mejoría funcional fue estadísticamente significativa para toda la población siendo más marcada en el subgrupo no esquizofrénico. El 43,2% egresó con trabajo o estudio, o lo consiguió en breve tiempo. Se dejaron sentadas las bases para una evaluación prospectiva (actualmente en curso) que integrará aspectos psicopatológicos, funcionales y de calidad de vida.

## Palabras clave

Rehabilitación psicosocial  
Centro de Día  
Esquizofrenia  
Evaluación funcional

## Introducción

Los tratamientos psicosociales con orientación técnica en nuestro medio comienzan propiamente en 1972 con la creación del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, y en 1974 se agrega el Taller Protegido<sup>1</sup>. Anteriormente, en las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, habían tenido lugar experiencias de rehabilitación centradas

## Summary

164 patients with severe psychiatric pathology were admitted in the Psychosocial Rehabilitation Program of a Day Center during its first ten years of work. They were studied retrospectively from the epidemiological, clinical and functional points of view. This paper focuses on the 88 patients who assisted for 6 months or more, approaching some clinical aspects of this sample, including the assessment of outcome. Most of the patients had schizophrenics disorders, with many years of illness, and they attended this Program from 18 to 24 months. The functional improvement was statistically significant throughout the population being most noteworthy in the non-schizophrenicsubgroup. 43.2% were employed or studying at the time of dismissal, or briefly after. The basis for a prospective evaluation (on course) is settled by the authors, in order to integrate psychopathological, functional and quality of life aspects.

## Keywords

Psychosocial rehabilitation  
Day Center  
Schizophrenia  
Functional evaluation

en talleres de laborterapia<sup>2</sup>; en el Hospital Vilardebó se desarrollaron experiencias de talleres centrados en lo productivo, con un auge en la década del 30<sup>3</sup>.

P. Chanoit, en su informe de 1966, diagnostica, entre otras carencias, la de centros de salud mental, hospitales diurnos y hogares de cura consecutiva (a la hospitalización)<sup>4</sup>.

A partir de 1968, en las salas de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina en

## Autores

### Vicente Pardo

Médico Psiquiatra.  
Ex Asistente de Clínica Psiquiátrica.  
Ex Profesor Adjunto de Clínica Psiquiátrica.

### Osmio Curbelo

Médico Psiquiatra.  
Ex Asistente de Clínica Psiquiátrica.

### Renée del Castillo

Licenciada en Psicología.  
Licenciada en Enfermería con especialización en Psiquiatría.

### Susana Grunbaum

Médica Psiquiatra Pediátrica.

### Eliana Regazzoni

Licenciada en Psicología.

### Miguel Kaplan

Economista. Análisis Estadístico.

Este trabajo obtuvo el Primer Premio compartido "Sociedad de Psiquiatría 2001", en diciembre de 2001.

el Hospital Vilardebó, se desarrolló una experiencia de comunidad terapéutica basada en los principios de Maxwell Jones<sup>5</sup>.

En 1976, Valdomir y Cabrera<sup>2</sup> formulan un proyecto de rehabilitación con diseño de un organigrama de actividades centradas en la terapia ocupacional.

En la década del 80, tuvieron nacimiento varias experiencias en rehabilitación psíquica: a nivel público en el Departamento de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Musto<sup>6</sup>, y en la esfera privada, en la Clínica de Rehabilitación Psicosocial, el taller de terapias integradas “Aletheia”<sup>7</sup> y la comunidad terapéutica “Castalia”<sup>8</sup>. El Programa que da lugar al presente trabajo (Centro Psicosocial Sur Palermo) comenzó a funcionar en el año 1987.

En 1986, el Ministerio de Salud Pública (MSP) declara de interés el Programa de Salud Mental el cual, en su diagnóstico de situación, informaba que había recursos para rehabilitación tan sólo para el 0,6% de los pacientes crónicos. Dicho Programa, además de promover la regionalización y descentralización de la atención psiquiátrica, propone, entre otros, un sub-programa de Rehabilitación<sup>9</sup>.

En 1996, Palleiro publica resultados alentadores de un Grupo de Escucha para pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad<sup>10</sup>.

En la década del 90 se crearon nuevos centros de rehabilitación en el ámbito del MSP y del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. Así, en 1995, se crea el Centro Benito Menni y en el 2000 el Centro Sayago, ambos en Montevideo. Asimismo, desde fines de los años 90 y hasta el presente vienen desarrollándose diversas experiencias de rehabilitación departamentales en el interior del país<sup>11</sup>. De este modo, la rehabilitación psicosocial ha tenido en los últimos años un desarrollo significativo desde diferentes grupos de trabajo.

A nivel internacional, en las últimas décadas se han multiplicado investigaciones y revisiones sobre diferentes estrategias de rehabilitación psicosocial para pacientes mentales graves, principalmente aquellos con esquizofrenia. Se han dado significativos avances, sobre todo a nivel de los abordajes familiares y

del entrenamiento en habilidades sociales. También se han difundido modelos tales como el tratamiento comunitario asertivo (Assertive Community Treatment), los modelos de empleo con apoyo, la rehabilitación cognitiva y otros<sup>12, 13</sup>. La evaluación de dichas experiencias ha mostrado resultados positivos en diversas áreas, según el modelo propuesto. Parecería que los resultados más consistentes se lograrían con una integración de enfoques biológicos, familiares y sociales.

Si bien ha habido una aceptación progresiva de los abordajes psicosociales, también se ha realizado un cuestionamiento de su eficacia. Una de las aspiraciones más importantes es la de poder definir qué tipo de pacientes se benefician más con estas técnicas. Asimismo, la búsqueda de indicadores de mejoría que permitan realizar mejores evaluaciones del proceso de rehabilitación, se ha convertido en uno de los objetivos primordiales para el trabajo cotidiano.

El Programa de rehabilitación de este trabajo no fue originalmente diseñado con vistas a obtener datos de relevamiento estadístico y de evaluación del mismo. Decidimos utilizar la información registrada para realizar un estudio epidemiológico con carácter retrospectivo. Los objetivos fueron: a) analizar la experiencia, con miras a perfeccionar el trabajo cotidiano; b) realizar una evaluación primaria de los resultados del Programa; y c) obtener información para enmarcar adecuadamente el estudio longitudinal prospectivo, actualmente en curso, que creemos el más importante para evaluar la eficacia de las intervenciones.

La población estudiada abarca 164 pacientes ingresados en los primeros diez años de funcionamiento (1987-1997), y se centra en los 88 que permanecieron en el Programa durante un mínimo de seis meses.

No podemos obviar que se trata de una muestra seleccionada, en función de algunos factores que desarrollaremos más adelante, y que tienen que ver con los criterios de derivación y selección de los pacientes, así como de la aceptación de la propuesta por parte de este y de su familia.

El Programa se ha basado principalmente en la experiencia en el extranjero de uno de los autores y en el trabajo de R. Grimson<sup>14</sup>; se

tomaron elementos del trabajo de J. García Badaracco<sup>15</sup> y B. Linne<sup>16</sup>.

## Material y métodos

El Centro Psicosocial Sur Palermo es un centro diurno de rehabilitación psicosocial para pacientes psiquiátricos con graves problemas en su socialización. Comenzó a funcionar en diciembre de 1987 y lo ha hecho sin interrupciones hasta el presente. En este trabajo presentamos los datos estadísticos obtenidos durante los primeros diez años, considerados retrospectivamente desde diciembre de 1987 hasta mediados de 1997.

La propuesta terapéutica ha sido desarrollada en múltiples presentaciones, tanto en actividades científicas como de divulgación<sup>17</sup>.

A los efectos del presente trabajo detallamos sucintamente algunos aspectos centrales.

### Criterios de ingreso al Programa

- Edad: 15 a 45 años.
- Sexo: ambos.
- Portador de patología psiquiátrica con graves alteraciones en su funcionamiento en diversas áreas: ocupacional, social, familiar, cuidado personal, etcétera.
- En tratamiento psiquiátrico regular (el tratamiento psicofarmacológico era conducido por psiquiatras externos al Programa).
- Compromiso de colaboración de familiar(es) y/o tutor(es) con el Programa.

### Criterios de exclusión

- Diagnóstico principal de retraso mental, demencia, abuso de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad centrados en la impulsividad y/o conductas agresivas.
- Casos con deterioro severo u otras conductas que dificultaran seriamente la integración a tareas grupales.

### Propuesta terapéutica

- Planificación de objetivos terapéuticos individualizados y revisados periódicamente.

- Asistencia regular en el horario convenido con el paciente y su familia.
- Utilización de técnicas comunitarias, centradas en lo grupal (sin excluir instancias individuales y familiares). Se trabajaba con un máximo de 20 pacientes.
- Actividades grupales centradas en terapia ocupacional, organizadas en talleres (de tareas manuales, de expresión, sonorocorporales, de recreación, etc.), asambleas, entrenamiento en habilidades de la vida cotidiana.
- Instancias psicoterapéuticas grupales, y en algunos casos individuales.
- Espacio de trabajo terapéutico con el paciente y su familia (unifamiliar), con objetivos de continentación, esclarecimiento, psicoeducación, manejo del estrés del núcleo familiar, diseño de objetivos y evaluación periódica<sup>18</sup>.
- Reuniones multifamiliares.
- Duración del tratamiento ajustada a cada caso, con un promedio de 12 a 24 meses.

### Objetivos

- Disminuir la tasa de recaídas.
- Prevenir la hospitalización.
- Fortalecer los niveles de funcionamiento de los pacientes en la mayor cantidad de áreas posible de acuerdo con las modernas definiciones de la rehabilitación psiquiátrica<sup>19</sup>.

### Equipo técnico coordinador

- Psiquiatra(s), Psicólogo, Asistente Social.
- Otros técnicos: talleristas; psicoterapeutas individuales y grupales. Otros: acompañantes terapéuticos, estudiantes universitarios en régimen de pasantía.

Es justo aclarar que durante el prolongado lapso relevado hubo modificaciones en múltiples aspectos del Programa, desde la extensión horaria y el tipo de actividades, hasta la integración del equipo técnico, manteniéndose siempre la orientación de la propuesta.

El Centro Psicosocial Sur Palermo contó durante los años iniciales con una ayuda

económica parcial, proveniente de organizaciones no gubernamentales del extranjero. Esto permitió que ingresaran pacientes de bajo nivel socioeconómico; posteriormente, frente a la necesidad de autofinanciación, se trabajó con una población mayoritariamente de clase media y media alta. No es un aspecto menor la acumulación de experiencia del equipo técnico a partir de una praxis de diez años, que fue produciendo ajustes, implícitos y explícitos, en los aspectos teóricos y prácticos de la tarea.

Uno de los objetivos principales fue evitar el riesgo de dependencia institucional, tanto por parte del paciente como de la familia y, por ende, la prolongación innecesaria de los tratamientos. En tal sentido, se tendió a estimular el mayor nivel de autonomía posible en las diversas áreas.

La población ingresada al centro diurno fue discriminada en dos grupos principales: el de los pacientes que permanecieron en el Programa con continuidad durante seis meses o más (PA), y el de aquellos que permanecieron un período menor (PB).

El trabajo actual se centra en el PA ( $n = 88$ ), y siempre nos referiremos al mismo, excepto cuando se aclare expresamente lo contrario.

En cuatro casos del PA, los pacientes fueron reingresados durante el lapso mencionado, permaneciendo por períodos mayores de seis meses en ambas ocasiones. A efectos del relevamiento de datos, optamos por considerar solamente el ingreso de mayor duración.

Se diseñó un protocolo de evaluación retrospectiva, que relevaba datos epidemiológicos y de evaluación funcional al ingreso y al egreso del Programa. Se integraron datos de una investigación previa, realizada en 1993<sup>17</sup>.

Para relevar los datos fue necesario revisar los registros clínicos de los 88 pacientes del grupo A.

Dado que el diagnóstico de la mayoría de los pacientes correspondía al espectro esquizofrénico (esquizofrenias, trastorno esquizotípico, trastorno esquizoafectivo), se discriminaron los datos de la población PA estudiada en dos subgrupos: pacientes del espectro esquizofrénico (PEE) y pacientes con otros diagnósticos (POD).

Para los diagnósticos se recurrió al Capítulo F: Trastornos Mentales y del Comportamiento, de la 10ª Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS<sup>20</sup> (CIE-10). Cuando se dio el hecho de que un paciente requería más de un diagnóstico, se incluyó solamente el de mayor importancia clínica.

Al calificar el grado de instrucción del usuario al ingreso al Centro, se tuvo en cuenta el último año aprobado, sin cursos ni exámenes pendientes. Por Secundaria completa se valoró la aprobación de los seis años correspondientes, totalizando así 12 años de instrucción (6 de Primaria y 6 de Secundaria).

Varios pacientes habían cursado estudios de Enseñanza Politécnica (Universidad del Trabajo, UTU), y se registró. Cuando habían cursado además algunos años de Secundaria (liceo), se le dio prioridad a este dato.

La enseñanza terciaria abarca niveles de formación diversos. En la población estudiada, algunos pacientes habían cursado estudios universitarios, y otros de formación docente (Magisterio o docencia en primaria; Instituto de Profesores Artigas -IPA- o docencia en Secundaria).

En cuanto a los antecedentes personales psiquiátricos (APP), se consignó la existencia y el número de internaciones, sesiones de electroconvulsoterapia, intentos de autoeliminación, y tratamientos previos en otros centros de rehabilitación. El antecedente de consumo excesivo de sustancias psicoactivas fue consignado cualitativamente, pesquisándose alcohol, marihuana, cocaína (siendo éstas las de uso más frecuente en nuestro medio)<sup>21</sup>, y otras genéricamente. No fue relevado el consumo de tabaco, de alta prevalencia en esta población.

Al valorar el ítem "Tiempo de evolución de la enfermedad al ingreso" (TEEI) nos referimos a los años transcurridos desde el inicio del trastorno hasta la fecha de ingreso al Programa. La edad de inicio de la enfermedad fue obtenida sobre la base de la anamnesis de los familiares y/o las personas cercanas al paciente; se le dio menor valor a este dato cuando fue aportado por el propio paciente, por ser generalmente menos confiable.

En cuanto a los antecedentes familiares patológicos (AFP), se relevaron por anamnesis

los siguientes: esquizofrenia y otras psicosis crónicas, trastornos afectivos, trastornos de personalidad del grupo A del DSM-IV (esquizoide, esquizotípico, paranoide)<sup>22</sup>, alcoholismo y suicidio.

Para psicosis y suicidio, por tratarse de diagnósticos y situaciones vitales de gran jerarquía, se optó por incluir los datos de familiares de primer y segundo grado. Para alcoholismo, trastornos afectivos y trastornos de personalidad del grupo A, solamente se incluyeron los de primer grado (padre, madre, hermanos, hijos).

Cabe destacar que por tratarse de datos de anamnesis, hallamos gran dificultad en obtener AFP confiables en individuos que nunca fueron tratados, o de los que había pocos datos.

Se registró el tratamiento psicofarmacológico al inicio y al final de la estadía en el Programa, a efectos de pesquisar eventuales correlaciones. Se puso especial énfasis en el agregado de antipsicóticos de nueva generación.

Se realizó también una evaluación funcional de cada paciente al ingreso al Programa y al egreso del mismo. Se utilizó una Escala derivada del Inventario de Evaluación de Deterioros de la OMS (1988) (Apéndice I), que pondera cuatro áreas de funcionamiento: cuidado personal y sobrevivencia, funcionamiento ocupacional, funcionamiento con la familia y funcionamiento social. En cada caso se realizó la sumatoria de los 4 puntajes al ingreso y al egreso (puntajes totales). A los efectos del procesamiento estadístico de los mismos se efectuó un análisis para muestras independientes.

Como información adicional del funcionamiento ocupacional, se registró si el paciente había desempeñado tareas laborales anteriormente.

Durante la participación en el Programa, se registraron los siguientes ítems: internaciones y número de días de internación, intentos de autoeliminación, eventualmente suicidio y fallecimiento por otras causas, consumo de sustancias psicoactivas, otros recursos terapéuticos, y colaboración familiar con el tratamiento.

Con respecto a este último punto, no disponíamos de un instrumento específico para

calificarlo; se buscaba una evaluación práctica. Consideramos como participación “activa” aquella en la cual la familia concurría a la mayoría de las reuniones establecidas y mantenía un fluido contacto telefónico con la institución; participación “escasa/nula” implicaba una concurrencia deficitaria, con escasa comunicación. Valoramos también el nivel de “adecuación” para calificar el estilo de participación, y así considerar, entre otros aspectos: conductas disruptivas, mensajes contradictorios, desvalorización de los logros del paciente, o directamente actitudes agresivas.

A la finalización del tratamiento, se registraba si ésta era por alta, es decir, en acuerdo entre equipo técnico, el paciente y su familia; por abandono del paciente y/o su familia; o por decisión del equipo técnico por falta de logros y consecuente riesgo de institucionalización. Además, se precisaba si al egreso contaba: a) con un trabajo normalizado<sup>23</sup>, b) con un trabajo protegido o en el entorno familiar; o con horario reducido; c) cursando o retomando estudios; d) sin ocupación.

Se consignaba, asimismo, si el paciente era derivado al Programa de seguimiento del propio Centro, o a otra instancia psicosocial. El seguimiento constaba de: a) una sesión grupal por semana, basada en el apoyo y en la búsqueda de estrategias de solución de problemas; b) una entrevista individual por mes, o con mayor frecuencia; y c) una reunión multifamiliar mensual. Los objetivos eran mantener los logros obtenidos, prevenir las recaídas y optimizar la inserción social de los pacientes.

En cuanto al grupo PB (n = 76), se utilizó un protocolo más simple, a los efectos de evaluar las interrupciones precoces del tratamiento, fueran éstas por abandono del mismo, por decisión del equipo técnico o por otras razones.

## Resultados

En el período estudiado, ingresaron 164 pacientes, de los cuales 88 (PA = 53.7%) permanecieron en el Programa más de seis meses, y 76 (PB = 46,3%) un lapso menor.

El número de ingresos por año fue muy variable. Se debe tener en cuenta que dicha cifra no se correlaciona con el número real de pacientes que había en un determinado momento en el Programa de rehabilitación, ya que el tiempo de permanencia de la población que estamos estudiando (PA) osciló entre 6 y 53 meses.

**Derivación.** Dentro del grupo A, la mayoría de los pacientes ( $54/88 = 61,3\%$ ) fue derivada por médico psiquiatra; los demás, por psicólogo ( $9/88 = 10,2\%$ ), instituciones de trabajo social o asistentes sociales ( $8/88 = 9\%$ ), y otros.

**Edad al ingreso.** Al considerar los pacientes del PA, vemos que en su mayoría ( $77\%$ ) se ubican en la tercera década de la vida o, para ser más exactos, entre los 18 y los 33 años (gráficas 1a, 1b, 1c). El promedio de edad, tanto para hombres como para mujeres, es de 27,7 años.

El grupo PEE presenta una distribución uniforme, mientras que el grupo POD muestra un pico entre los 22 y los 30 años, con escasos ingresos en edades posteriores.

Revisamos, año por año, las edades promedio al ingreso del grupo PA, para ver si a lo largo del tiempo se iban manteniendo en el Programa pacientes de algún rango etario predominante. No encontramos una tendencia significativa.

**Sexo.** La relación hombre/mujer en el período estudiado fue de 2,5 a 1 (63 varones, 25 mujeres); 2,67 a 1 en el grupo PEE, y 2,14 a 1 en el POD. Al discriminar los ingresos por sexo, año por año, comprobamos que hasta 1991 el número de hombres era muy alto respecto al de mujeres (relación 7 a 1); en dicho año se ve un pico de ingresos de mujeres, llegando a superar los ingresos de hombres (7 hombres vs. 8 mujeres). Desde entonces esta relación ha sido variable, con picos de ingresos femeninos, pero globalmente en menor grado que los de hombres.

**Instrucción.** Tomando como dato el último año aprobado, obtuvimos las gráficas 2 y 3.

Como vemos en la Gráfica 2, el  $97,7\%$  ( $86/88$ ) de los usuarios del grupo PA había terminado Primaria, y el  $87,5\%$  ( $77/88$ ) al menos el primer año de Secundaria. Comprobamos un pico del último año de instrucción alcanzado, que corresponde al 4º año de Secundaria aprobado. De acuerdo con nuestra base de datos, no aparece una diferencia significativa en este aspecto entre los grupos PEE y POD. En cuanto al segundo pico, universitaria incompleta, cabe precisar que no fue desglosado por último año aprobado, por la dificultad de pesquisar los datos.

En realidad, el número total de usuarios con Secundaria completa es 27 ( $30,6\%$ ); los 7 que realizaron Secundaria completa, y 20 que accedieron al nivel terciario.

Respecto a la Enseñanza Politécnica (grupo PA), habían realizado estudios el  $29,5\%$  ( $26/88$ ), en su mayoría en forma incompleta. Se destaca el dato de que 20 pacientes ( $20/88$ , el  $22,7\%$ ) habían realizado estudios de Enseñanza Secundaria y de Politécnica (posteriormente, casi siempre), ambos en forma incompleta.

En el caso del grupo PEE, intentamos correlacionar la edad de comienzo del trastorno con el último año aprobado, obteniendo una correlación positiva baja.

En la población estudiada (PA) no había pacientes que hubieran completado su enseñanza universitaria. Había accedido a ésta el  $20,5\%$  ( $18/88$ ), sin poder completarla.

**Estado civil.** Comprobamos una abrumadora mayoría de solteros en las poblaciones estudiadas: 77 en 88 =  $87,5\%$  de la PA ( $59/66 = 89\%$  para PEE;  $18/22 = 81,8\%$  para POD). Es de destacar que del  $12,5\%$  restante de PA, aproximadamente la mitad mantenía uniones estables ( $6/11$ ,  $6,8\%$  del total), y el resto estaba divorciado ( $5/11$ ,  $5,7\%$  del total).

En el caso de los pacientes bipolares, la proporción de solteros resultó levemente menor ( $75\%$ ).

**Núcleo familiar de convivencia.** El  $46,5\%$  ( $41/88$ ) del total vivía con ambos padres, el  $26\%$  con la madre, y el  $6,8\%$  con el padre (sin tener en cuenta a los hermanos y otros familiares). Solamente el  $9\%$  de los pacientes ( $8/88$ ) vivía solo. Un  $6,8\%$  ( $6/88$ ) vivía con

pareja estable. Un 2,3% (2/88) vivía solamente con hermanos. Nueve pacientes (10,2%) tenían hijos; sólo en 3 casos vivían con ellos.

**Antecedentes familiares psiquiátricos (AFP).** Hallamos un 44,3% (39/88) de AFP dentro de las categorías que revisamos.

En familiares de primer y segundo grado:

- Suicidio 9 (10,2%)
- Psicosis crónicas 9 (10,2%)

Dentro de éstos, el AFP fue de esquizofrenia –en familiares de primer grado– en 4 pacientes (4,5%), que se ubicaban en el grupo PEE.

En familiares de primer grado:

- Alcoholismo 14 (16,0%)
- Trastornos afectivos 12 (13,6%)
- Trast. de personalidad grupo A 4 (4,5%)

[En 1 caso, trastorno esquizotípico]

En 7 casos (8%) existe superposición de antecedentes. En 44 casos (50%) no se encontraron antecedentes, o estos fueron de otras categorías. En 5 casos (5,7%) los datos son insuficientes.

Si nos detenemos a comparar los dos grandes grupos diagnósticos, obtenemos los siguientes datos:

- a) Suicidio. En el grupo POD hallamos un mayor porcentaje (4/22, el 18%, frente a 5/66 PEE, el 7,5%).
- b) Psicosis. Los pacientes en cuestión pertenecían todos al grupo PEE.
- c) Alcoholismo. 4 pacientes POD (18%), 10 PEE (15%).
- d) Trastornos afectivos. 5 POD (22.7%), 6 PEE (9.1%).
- e) Trastorno personalidad grupo A: 4 PEE. (Tabla 1).

Los grupos POD y PEE aparecen como dos poblaciones de distinto perfil en cuanto a los AFP.

Antecedentes personales psiquiátricos (APP)

**Internaciones previas.** Como se desprende de la Tabla 2, el 85% (75/88) del total de

los pacientes del grupo A había tenido al menos una internación antes de su ingreso al Programa.

En cuanto a los subgrupos diagnósticos, el 83% (55/66) de los pacientes PEE había sido internado, con un promedio de 2,8 internaciones por paciente. Las formas clínicas más frecuentes, F20.0 (esquizofrenia paranoide), F20.3 (esquizofrenia indiferenciada) y F20.5 (esquizofrenia residual), tuvieron un porcentaje ligeramente mayor, con un alto promedio de internaciones por paciente (3,37; 3,28 y 3,5). Los pacientes con trastorno esquizotípico (F21) registraron un 33%.

Del grupo POD, el 91% (20/22) había sido internado por lo menos en una oportunidad. El 100% de los pacientes con trastorno bipolar había sido internado, teniendo, además, el más alto promedio de internaciones por paciente: 4,33.

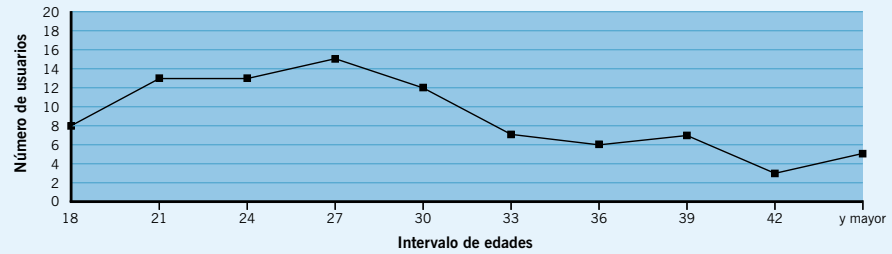
Al recabar los datos del número de días totales de internación por paciente, las dificultades fueron importantes. En varios casos, el número obtenido fue tan sólo una aproximación, dado que ni el paciente ni sus familiares podían aportar datos precisos. Con todo, parece de interés comentar que 17 pacientes del grupo A sumaban 100 o más días de internación cada uno (14 de ellos antes del año 1992); se trataba de 12 PEE, 4 POD bipolares y 1 retraso mental.

**Electroconvulsoterapia (ECT).** 59% del total de pacientes (52/88) había recibido con seguridad tratamiento electroconvulsivo con anterioridad. El grupo PEE recibió ECT en un 63,6% (42/66); no la recibieron 15 pacientes, y no disponemos del dato en 9 de los restantes. El grupo POD recibió ECT en un 45% (10/22), y dentro de aquel, el trastorno bipolar en un 58%.

Intentos de autoeliminación (IAE). 36% del total de pacientes (32/88), y el mismo porcentaje en los grupos PEE (24/66) y POD (8/22), habían realizado con seguridad uno o más intentos de autoeliminación con anterioridad.

Los porcentajes eran algo mayores para: trastorno bipolar (50%), esquizofrenia paranoide (41%) y esquizofrenia indiferenciada (43%). Los pacientes con esquizofrenia residual registraron un porcentaje muy bajo: 10%.

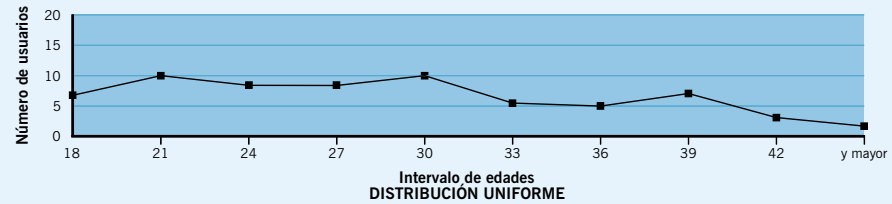
1a



Gráfica 1a

PA: Número de ingresos por edad al ingreso

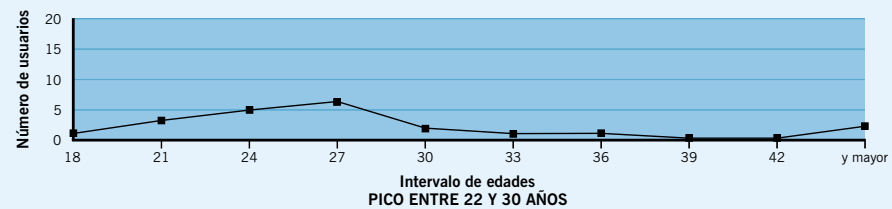
1b



Gráfica 1b

PEE: Número de ingresos por edad al ingreso

1c

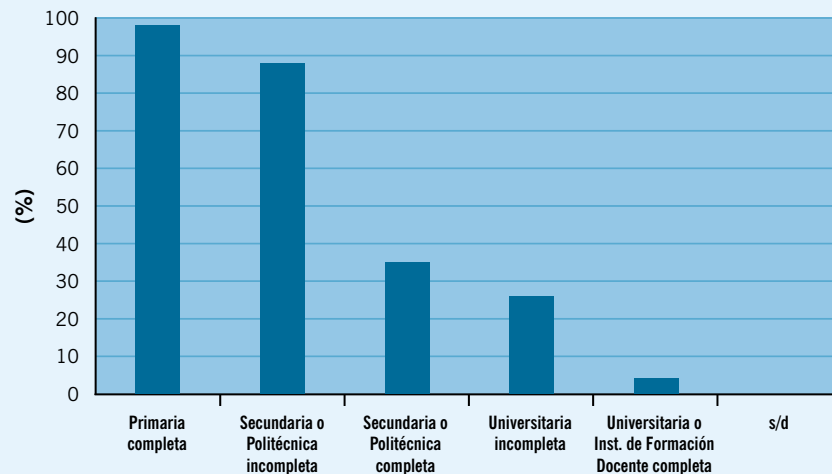


Gráfica 1c

POD: Número de ingresos por edad

Gráfica 2

PA Nivel de instrucción alcanzado



	Frecuencia	Porcentaje	Desacumulado
Primaria incompleta	2	2.3	100%
Primaria completa	9	10.2	97.7%
Secundaria o Politécnica incompleta	47	53.4	87.5%
Secundaria o Politécnica completa	7	8.0	34.1%
Universitaria incompleta	20	22.7	26.1%
Univ. o Inst. de Formación Doc. completa	3	3.4	3.4%

	POD		PEE	
	Nº de casos	% s/total	Nº de casos	% s/total
Suicidio	4	18.2	5	20
Psicosis	0	0	9	36
Alcoholismo	4	18	10	40
Trastornos afectivos	5	22.7	6	24
Trastornos de personalidad A	0	0	4	16
<b>Total con antecedentes</b>	<b>13</b>	<b>58.9</b>	<b>34</b>	<b>136</b>

Tabla 1

Antecedentes familiares psiquiátricos

PEE	Internaciones		E.C.T	Int. de autoelimin.		Cons. sust.	Rehab.	Tr. Ps. In.	T.E.E.I.
	Ptes.	Nº Pr.	Ptes.	Ptes.	Nº Pr.	Ptes.	Ptes.	Ptes.	Pr. años
F20.0	25	3.37	18	11	1.50	8	5	1	8.70
F20.1	2	1.00	3	1	0.67	0	0	2	3.47
F20.2	1	3.00	1	0	0.00	0	0	0	8.00
F20.3	12	3.28	9	6	1.64	4	3	3	8.10
F20.4	1	1.00	1	1	2.00	0	1	0	10.00
F20.5	9	3.50	7	1	0.40	1	2	0	11.10
F20.6	2	0.67	2	1	0.67	0	1	2	11.00
F20.8	1	3.00	1	1	2.00	0	0	1	6.00
F21	2	0.50	0	2	0.83	0	0	2	6.50
<b>Totales</b>	<b>55</b>	<b>Pr. 2.8</b>	<b>42</b>	<b>24</b>		<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	
POD									
T. bipolar	12	4.33	7	6	1.33	5	2	2	6.87
T. de pers.	5	1.33	1	2	0.33	2	1	2	3.50
Otros	2	n/c	2	0	0.00	0	0	2	17.80
S/diag. F	1	1	0	0	0.00	0	0	0	4.00
<b>Totales</b>	<b>20</b>		<b>10</b>	<b>8</b>		<b>7</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	

E.C.T.: Electroconvulsoterapia; Tr.Ps.In.:Trastornos psiquiátricos en la infancia; T.E.E.I.: Tiempo de evolución de la enfermedad al ingreso; Ptes.: Pacientes; Pr.: Promedio; n/c: No contabilizado

Tabla 2

Antecedentes personales psiquiátricos - Resultados

Esquizofrenia	Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
F20.0 Esquizofrenia paranoide	27	40.9	22	33.3	5	7.6
F20.1 Esquizofrenia hebefrénica	3	4.5	1	1.5	2	3.0
F20.2 Esquizofrenia catatónica	1	1.5	0	0.0	1	1.5
F20.3 Esquizofrenia indiferenciada	14	21.2	11	16.7	3	4.5
F20.4 Depresión postesquizofrénica	1	1.5	0	0.0	1	1.5
F20.5 Esquizofrenia residual	10	15.1	7	10.6	3	4.5
F20.6 Esquizofrenia simple	3	4.5	3	4.5	0	0.0
F20.8 Otra esquizofrenia	1	1.5	0	0.0	1	1.5
Otros trastornos del espectro esquizofrénico						
F21 Trastorno esquizotípico	6	9.1	4	6.1	2	3.0
<b>Total espectro esquizofrénico</b>	<b>66</b>	<b>99.8</b>	<b>48</b>	<b>72.7</b>	<b>18</b>	<b>27.1</b>
Pacientes con otros diagnósticos (POD)						
Trastorno bipolar	12	54.6	8	36.4	4	18.2
Trastorno de personalidad	6	27.3	5	22.7	1	4.5
Trastorno de ansiedad	1	4.5	1	4.5	0	0.0
Retraso mental	1	4.5	1	4.5	0	0.0
Trastorno generalizado del desarrollo	1	4.5	0	0.0	1	4.5
Sin diagnóstico "F"	1	4.5	0	0.0	1	4.5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>99.9</b>	<b>15</b>	<b>68.1</b>	<b>7</b>	<b>31.8</b>

Tabla 3

Diagnósticos

**Consumo de sustancias psicoactivas.** El 23% del total de pacientes (20/88) tenía entre sus antecedentes haber consumido sustancias psicoactivas en repetidas ocasiones. En el caso del alcohol, dada la alta frecuencia de consumo social, sólo se registró cuando éste fue evaluado retrospectivamente al menos como perjudicial (F10.1), de acuerdo con las pautas de la CIE-10.

**Antecedentes de otro tratamiento de rehabilitación.** El 17% del total de pacientes (15/88) había pasado anteriormente por otro centro de rehabilitación de nuestro medio.

**Trastornos psiquiátricos en la infancia.** La obtención de estos datos fue de confiabilidad relativa. En las entrevistas iniciales se interrogaba sobre consultas psiquiátricas o psicológicas en la infancia, dificultades de aprendizaje, síntomas de ansiedad, control esfinteriano, rasgos de personalidad, etcétera.

Cuando el dato, habitualmente aportado por los familiares, resultó dudoso, no lo consignamos. En el 19% de los pacientes del grupo A (17/88) se registró datos entendidos como confiables. En algunos casos había más de un antecedente en un mismo paciente.

Una conducta marcada de aislamiento, sugerente de personalidad esquizoide, fue registrada en 6 casos, todos ellos del grupo PEE: 3 mujeres y 3 varones. Diversos tipos de dificultades del aprendizaje se registraron en 7 casos, 4 del grupo PEE y 3 del POD.

Otros fueron: enuresis (3 casos); intentos de suicidio en la infancia (2 casos: 1 PEE, 1 POD); ansiedad y fobias (2 casos); trastornos de conducta (2 casos); conducta homosexual (1 caso).

**Tiempo de evolución de la enfermedad al ingreso (TEEI).** Ubicar el inicio de la enfermedad, sobre todo para la esquizofrenia, es un tema altamente controvertido, como comentaremos más adelante. Para los propios pacientes resulta particularmente difícil precisar el comienzo de sus trastornos. Ante tal dificultad, nos basamos en la reconstrucción biográfica que se realizaba sistemáticamente en las entrevistas iniciales. Como criterio para ubicar el inicio del trastorno, tomamos la aparición de síntomas prodrómicos (de acuerdo, sobre todo, con el relato de los familiares, por ser el dato más confiable). En

tal sentido, pesquizamos cambios deficitarios en la evolución del paciente: interrupción o marcada disminución del rendimiento en los estudios o en el funcionamiento laboral; aislamiento social; trastornos de conducta; modificación llamativa de la expresión emocional y de los vínculos afectivos; “cambio de carácter”<sup>24</sup>; síntomas delirantes y alucinatorios a bajo ruido.

En otros pacientes esquizofrénicos, el inicio coincidía con el primer episodio psicótico agudo.

Para el total de pacientes, se obtuvo un promedio de 8,26 (entre 4,6 y 14,3) años de TEEI: 8,58 para PEE, y 7,3 para POD.

Dentro del grupo PEE la cifra más alta correspondió a la forma de esquizofrenia residual (F20.5), con 11 años de promedio. La forma paranoide (F20.0) registró 8,7 años, y la indiferenciada 8,1. Para F21, trastorno esquizotípico, fue de 6,5. Los datos de las otras formas clínicas se refieren a un número muy bajo de pacientes (Tabla 2).

Dentro del grupo POD, el trastorno bipolar registró un promedio de 6,87 años de evolución, y los trastornos de personalidad 3,5.

## Diagnóstico

Como vemos en la Tabla 3, la relación PEE/POD es de 3 a 1 (72.7% y 27.3%, respectivamente).

En el grupo PEE hay un marcado predominio de la forma de esquizofrenia paranoide (40,9%), seguido de la esquizofrenia indiferenciada (21,2%) y de la forma residual (15,1%). El trastorno esquizotípico comprendió el 9,1% de la población PEE (Gráfica 4).

Para este trabajo no consignamos el quinto carácter (cuarto dígito) de la CIE-10, que para la esquizofrenia señala las formas de evolución. Destacamos, sin embargo, la existencia de dos casos de esquizofrenia con remisión completa (2/66 = 3%).

En un 10,6% (7/66) de los casos del grupo PEE se consignó un segundo diagnóstico. En este sentido, se encontraron 5 casos de trastorno mental debido al consumo de sustancias psicoactivas, y 2 casos de retraso mental leve.

En el grupo POD predominaron los pacientes con trastorno bipolar (54,5%, 12/22), seguidos de los trastornos de personalidad (27,2%, 6/22). En los primeros, encontramos que solamente en un caso se dio el ingreso fuera de la remisión.

Un segundo diagnóstico en los pacientes bipolares se obtuvo en 4 casos (33%): 3 con trastorno de personalidad, 1 con retraso mental leve.

Respecto a los trastornos de la personalidad –como primer diagnóstico–, fueron 6 casos: F60.3 trastorno de inestabilidad emocional, en 4 casos; F60.4 trastorno histriónico de la personalidad, en 2.

#### Tiempo de tratamiento en la Institución

El mayor porcentaje de los usuarios de la población PA (58% → 51 PA: 35 PEE y 16 POD) permaneció en el Programa entre 9 y 18 meses; se correspondieron con 27 altas, 14 abandonos, 8 egresos por falta de mejoría y 2 fallecimientos (Tabla 4).

Un 11,4% (10 PA, 8 PEE, 2 POD) estuvo de 6 a 8 meses. Al revisar sus datos, hallamos 4 altas, 5 abandonos y 1 egreso por falta de mejoría.

El 30,6% restante estuvo en el Programa más de 18 meses (27 PA: 23 PEE y 4 POD). En estos pacientes, hallamos 10 altas, 2 abandonos y 15 egresos por falta de mejoría.

#### Tratamiento psicofarmacológico

Fue difícil correlacionar los datos, por múltiples razones, como la polifarmacia frecuente y los cambios en las indicaciones a lo largo del período de tratamiento.

En nuestro medio los pacientes provenían de diferentes sistemas de atención (MSP, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, práctica privada, etc.), lo cual derivaba en planes de tratamiento farmacológico altamente individualizados, de gran diversidad. Esto dificultó, por ejemplo, los intentos de conversión de diferentes familias de antipsicóticos clásicos a una misma droga de referencia. Además, durante el período de realización de este estudio comenzaron en nuestro medio las indicaciones de antipsicóticos de nueva generación (“atípicos”)<sup>25</sup>; de los pacientes

estudiados, 3 llegaron a recibir clozapina y 7 risperidona.

A ello debemos agregar la asociación, cada vez más frecuente, de reguladores del humor y antidepresivos del espectro de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

Evolución durante el tratamiento en el programa. Algunos aspectos clínicos

**Internaciones.** Durante el período estudiado fueron internados 23 pacientes del grupo A (26,1%): 16 PEE (una internación cada uno) y 7 POD (3 de ellos con más de una internación). Dos de los del grupo PEE eran pacientes jóvenes que no habían sido internados anteriormente.

**Intentos de autoeliminación.** 10 pacientes del grupo A (11,3%) realizaron IAE durante su estadía en el Programa: 6 PEE (5 con antecedentes de IAE) y 4 POD (3 con antecedentes de IAE). Uno de estos últimos se suicidó.

**Consumo de sustancias psicoactivas.** 17 pacientes del grupo A (19,3%) consumieron sustancias psicoactivas en algún momento durante el período estudiado: 9 PEE y 8 POD. El consumo mayor fue el de alcohol (13 pacientes) y de marihuana (10 pacientes). Es de destacar que este consumo, en la gran mayoría de los casos, tuvo un carácter episódico.

**Utilización de recursos psicoterapéuticos adicionales durante el tratamiento.** Se utilizaron diversas técnicas, tanto a nivel intrainstitucional como extrainstitucional, en 64 pacientes (73%) del grupo A: psicoterapia individual (53 pacientes); acompañamiento terapéutico (15 pacientes); psicoterapia familiar (6 pacientes); alojamiento en hogar terapéutico (externo a la institución, 2 pacientes); estrategias de reinserción laboral: empleo con apoyo, proyecto productivo artesanal (4 pacientes).

**Participación familiar en el tratamiento.** De acuerdo con los parámetros descritos en la Introducción, se valoró la participación de los familiares en el tratamiento, desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo.

Así, se consideró activa en 46 pacientes (52,3%), mediana en 24 pacientes (27,3%),

y escasa o nula en 18 pacientes (20,4%). Se evaluó como adecuada en 31 pacientes, intermedia en 25 pacientes, e inadecuada en 32 pacientes.

**Evaluación funcional.** Se llevó a cabo utilizando el Inventario de Evaluación de Deterioros de la OMS (1988) al ingreso y al egreso del Programa. Se registraron los resultados de acuerdo con las áreas de dicha escala: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, con la familia y social, y una puntuación total resultante de la sumatoria de las anteriores (Tabla 5), y se separaron los datos de PEE y POD.

Se desprende de los resultados que, desde el punto de vista funcional, se trata de dos poblaciones con deterioro significativo en su funcionamiento psicosocial en diferentes áreas al momento del ingreso, sin mayores diferencias entre ambas.

Al egreso vemos que las evoluciones son diferentes, evidenciándose disminuciones de puntaje más significativas en la población POD que en la PEE. Al considerar las diferencias en los puntajes totales, notamos que los tres grupos estudiados mostraron una mejoría estadísticamente significativa, siendo  $p < 0.001$  para los grupos PA y PEE, y  $p < 0.05$  para el grupo POD (Gráfica 5).

Intentamos correlacionar los niveles de mejoría funcional con el tipo de egreso. Como se desprende de la Tabla 6, los pacientes del grupo PEE que tuvieron más puntos de mejoría, egresaron por alta en su casi totalidad. A medida que la mejoría en puntos totales comienza a decrecer, los egresos por falta de mejoría y por abandono aumentan. Esto último también se da en los pacientes que empeoran.

En el grupo POD vemos que la totalidad de los pacientes que tuvieron más puntos de mejoría egresó por alta.

Mientras que el 24,2% (16/66) del grupo PEE mejoró entre 4 y 9 puntos y lo hizo en un lapso promedio de 18 meses, el 54,5% (12/22) del grupo POD mejoró entre 4 y 11 puntos y lo hizo en un lapso promedio de 12 meses.

**Condiciones ocupacionales al egreso.** El 17% (15/88) (7 PEE y 8 POD) egresó con una actividad laboral “normalizada”<sup>23</sup>, es decir, en un ambiente laboral común (o estándar).

Es de destacar que solo 2 pacientes del total de 88, tenían actividad laboral al momento del ingreso al Programa, siendo ambos del grupo POD. El 11,3% (10/88) (5 PEE y 5 POD) egresó con un trabajo que nunca antes había desempeñado. El 5,7% (5/88) (2 PEE y 3 POD) retomó un trabajo anterior. En este subgrupo están incluidos los 2 pacientes POD que ingresaron con empleo y que lo mantuvieron durante su estadía en el Programa y también posteriormente.

El 5,7% (5/88) del grupo PEE egresó con un trabajo “protegido”, es decir, en una empresa familiar, en una ocupación de baja carga horaria o en un ambiente laboral preparado para recibir al paciente. Uno de estos pacientes consiguió posteriormente un trabajo “normalizado”.

El 9,1% (8/88) (6 PEE y 2 POD) egresó sin trabajo pero lo consiguió a los pocos meses. Se trató de 6 trabajos “protegidos” y 2 trabajos “normalizados”. Es de señalar que 6 de estos pacientes tuvieron una estrategia de seguimiento y apoyo individual y grupal.

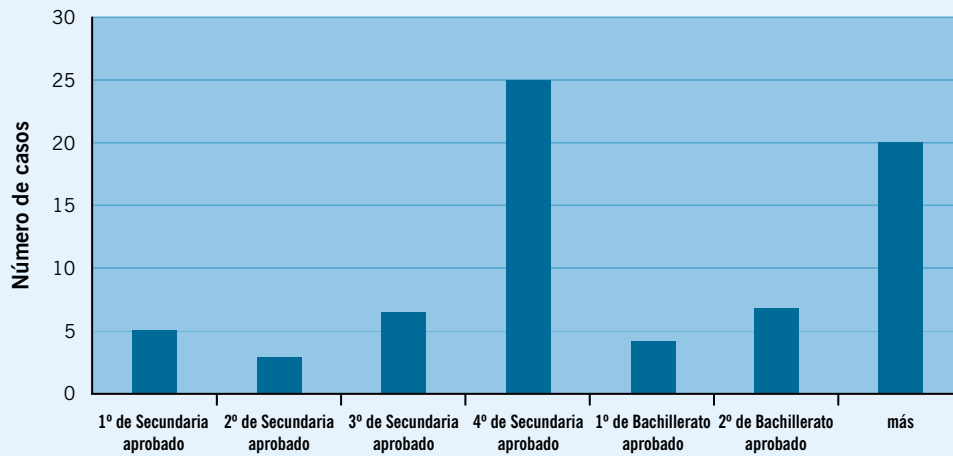
Sumando estos 3 subgrupos: un 31,8% (28/88) (18 PEE y 10 POD) del grupo PA pudo obtener algún tipo de actividad laboral coincidiendo con el egreso del Programa o en los meses siguientes al mismo.

El seguimiento de los casos nos permitió averiguar que 16 (16/88 = 18%) de los 28 pacientes que habían conseguido trabajo lo pudieron mantener por un lapso de al menos 2 años.

Un 15,9% (14/88) (8 PEE y 6 POD) egresó con una actividad de estudios, en su mayor parte retomando Enseñanza Secundaria. Cuatro pacientes de este subgrupo consiguieron trabajo al momento del egreso o lo hicieron posteriormente.

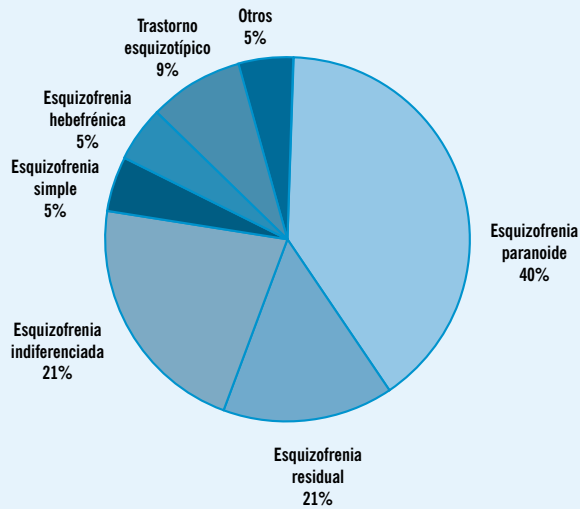
En suma: un 43,2% (38/88) de los pacientes que permanecieron 6 meses como mínimo en el Programa, egresó con este tipo de actividad ocupacional o la consiguió después de un breve lapso.

**SEGUIMIENTO.** 31,8% (21/66) de los PEE y 54,5% (12/22) de los POD se incorporaron a la propuesta de seguimiento luego de culminada su estadía en el Programa. La duración fue variable, oscilando entre pocos meses y algunos años. La duración promedio para los PEE fue de 28,8 meses y para los POD de 21,8 meses.



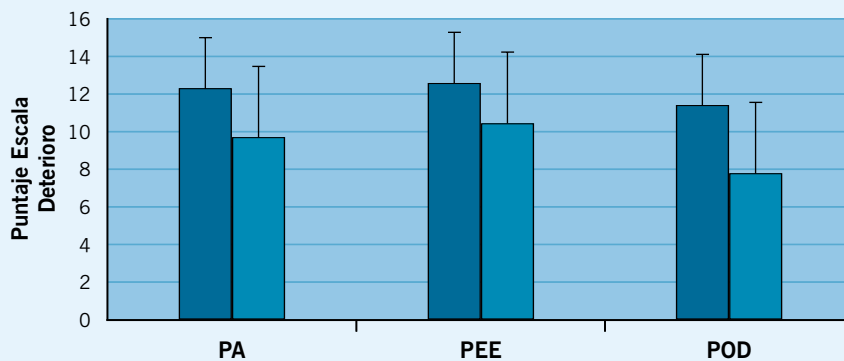
**Gráfica 3**

Último año de instrucción alcanzado



**Gráfica 4**

Distribución según forma clínica de los pacientes del espectro esquizofrénico



**Gráfica 5**

Puntaje de Escala de Deterioro de OMS. (Ingreso vs. Egreso)

Para PA y PEE:  $p < 0.001$   
 Para POD:  $p < 0.05$

■ Ingreso ■ Egreso

**Tabla 4**

Tiempo de tratamiento en la institución. Resultados

	6 a 8 meses		9 a 18 meses		> 18 meses		Total	
PA	10	11.4%	51	58.0%	27	30.7%	88	100%
PEE	8	12.1%	35	53.0%	23	34.8%	66	100%
POD	2	9.1%	16	72.7%	4	18.2%	22	100%
PEE	2	altas	15	altas	8	altas	25	altas
	5	abandonos	12	abandonos	2	abandonos	19	abandonos
	1	egreso p.f.m.	7	egreso p.f.m.	13	egreso p.f.m.	21	egreso p.f.m.
	2	altas	1	fallecimiento			1	fallecimiento
POD			12	altas	2	altas	16	altas
			2	abandonos			2	abandonos
			1	egreso p.f.m.	2	egreso p.f.m.	3	egreso p.f.m.
			1	suicidio			1	suicidio

p.f.m.: por falta de mejoría

**Tabla 5**

Evaluación funcional

		Cuidado personal (media)	Funcionamiento ocupacional (media)	Funcionamiento con la familia (media)	Funcionamiento social (media)	Media del puntaje total
INGRESO En puntos del Inventario de Deterioros de la O.M.S	PEE	2.29	3.91	2.85	3.67	12.71
	POD	2.32	3.82	2.59	3.18	11.91
EGRESO En puntos del Inventario de Deterioros de la OMS	PEE	1.98	3.12	2.36	2.94	10.41
	POD	1.50	2.09	2.14	2.05	7.77
DIFERENCIA En puntos del inventario de Deterioros de la O.M.S	PEE	0.31	0.79	0.49	0.73	2.30
	POD	0.82	1.73	0.45	1.13	4.14

**Tabla 6**

Correlación de mejoría funcional con el tipo de egreso

	Nº de pacientes	Puntos de mejoría (inventario O.M.S)	Altas	Egresos p.f.m.	Abandonos	Fallecidos
PEE	16	entre +4 y +9	15	1	0	1 (accidente)
	13	3	6	4	3	
	13	2	2	6	4	
	8	1	1	3	4	
	8	0	1	0	7	
	8	entre -1 y -3	0	5	3	
POD	12	entre +4 y +11	12	0	0	1 (suicidio)
	2	3	2	0	0	
	4	2	1	1	1	
	4	1	1	2	1	

p.f.m.: por falta de mejoría

**Tabla 7**

Diagnósticos del grupo PB (Espectro esquizofrénico)

Esquizofrenia	Nº de casos	
F20.0 Esquizofrenia paranoide	11	19%
F20.1 Esquizofrenia hebefrénica	5	8.6%
F20.2 Esquizofrenia catatónica	3	5.2%
F20.3 Esquizofrenia indiferenciada	19	32.8%
F20.4 Depresión postesquizofrénica	1	1.7%
F20.5 Esquizofrenia residual	2	3.4%
F20.6 Esquizofrenia simple	8	13.8%
F20.9 Esquizofrenia sin especificación	5	8.6%
Otros trastornos del espectro esquizofrénico		
F21 Trastorno esquizotípico	1	1.7%
F25 Trastorno esquizoafectivo	2	3.4%
F28 Otro trastorno psicótico no orgánico	1	1.7%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.0%</b>

## GRUPO B. Algunos datos

El grupo B (PB), o sea, el que permaneció en el Programa durante menos de 6 meses, alcanzó la cifra de 76 pacientes, algo menor a la del grupo PA ( $n = 88$ ). En el 89,5% (68/76) de los casos se trató de abandonos. El 10% restante se dividió en: 6,6% (5/76) egresos por alta y 3,9% (3/76) suicidios. El 81,6% (62/76) permaneció en el Programa menos de 4 meses y el 51,3% lo hizo durante un lapso igual o menor a 1 mes.

En lo referente a la edad al momento del ingreso, el 84,2% (64/76) estuvo comprendido entre los 18 y los 33 años. El promedio de edad al ingreso fue de 27,13 años.

En cuanto al sexo, se trató de 49 varones y 27 mujeres; la relación hombre/mujer fue de 1,8 a 1.

El 76,3% (58/76) correspondió al espectro esquizofrénico (PEE-B) y el 23,7% a otros diagnósticos (POD-B). Las formas clínicas del subgrupo PEE-B se detallan en la Tabla 7.

En cuanto a las formas clínicas del subgrupo POD, los 18 pacientes se repartieron en 8 categorías diagnósticas muy variadas. Es de destacar el bajo porcentaje de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar: 11,1% (2/18); los trastornos de personalidad alcanzaron un 22,2% (4/18).

Con relación al nivel de instrucción, se recabaron datos de 63 pacientes (83%). El 52,6% (40/76) de ellos tenía Enseñanza Secundaria incompleta, con un pico significativo de pacientes con 4º año de liceo terminado. Es de destacar que 19,7% (15/76) tenía Secundaria completa, 18,4% (14/76) tenía estudios universitarios incompletos y 6,6% (5/76) había culminado sus estudios universitarios. En cuanto a los pacientes del PEE-B de quienes se poseía información, el 26,3% (20/76) tenía Secundaria completa.

El tiempo de evolución promedio de la enfermedad sólo pudo ser calculado para el 53,9% (41/76) del grupo PB, alcanzando un promedio de 12,5 años.

## Discusión

### Edad al ingreso

La diferencia en la distribución de la edad al ingreso de los grupos PEE y POD es más notoria después de los 30 años, donde los ingresos de pacientes del PEE se mantienen constantes, descendiendo, en cambio, los del grupo POD. Nos planteamos varias posibles explicaciones. Una de ellas sería que frente a la escasez de propuestas de rehabilitación (u otras estrategias adicionales), muchas de las derivaciones iniciales fueron de pacientes psicóticos crónicos “mayores”. Otra posibilidad sería que a pesar de ser pacientes de este grupo etario, igual eran enviados con el fin de combatir la inactividad derivada de los síntomas negativos.

Por otra parte, el pico entre 22 y 30 años en los POD, podría deberse a que el psiquiatra y la familia del paciente habrían buscado para la población de este rango etario una estrategia adicional, ante la no estabilización del cuadro clínico. Este recurso quizá no habría sido tenido en cuenta para pacientes POD de más edad, ya sea por el logro de cierta estabilización con el tiempo, o por pérdida de las expectativas de mejoría (en trastornos, en definitiva, menos incapacitantes que los del espectro esquizofrénico).

Nos preguntamos, particularmente en el caso de los pacientes del espectro esquizofrénico, si la edad al ingreso había ido disminuyendo a lo largo del tiempo, y para ello consultamos los datos más actuales, posteriores a 1997 (trabajo en procesamiento). Las cifras indican, contrariamente a la que era nuestra impresión clínica, que la edad al ingreso continúa manteniéndose entre 26 y 30 años, promedialmente.

### Sexo

La relación de 2,5 a 1 entre pacientes hombres y mujeres podría deberse a razones socioculturales. Podemos postular una mayor expectativa respecto al varón, en cuanto a la realización socio laboral, y una mayor tolerancia en la mujer del mantenimiento de un rol pasivo, que bajo la forma de apragmatismo vemos muchas veces en patologías psiquiátricas graves.

Por otra parte, nuestra población tenía, mayoritariamente, el diagnóstico de esquizofrenia. Algunos estudios<sup>26</sup> establecen que este trastorno, en la mujer, comienza 4 a 5 años más tarde que en el hombre, y tiene una mejor evolución funcional. Esto podría derivar en una menor demanda de servicios de rehabilitación.

Los datos que tenemos de la evaluación prospectiva en curso (1998 al presente) apuntan a una relación hombre/mujer cercana a 1 a 1 en los ingresos.

### Instrucción

Surge de los datos que la gran mayoría de los usuarios había tenido un desempeño al menos aceptable en Primaria. Son pocos los que solamente la completaron, sin realizar estudios ulteriores (9/88 = 10,2%).

Llamaría la atención el pico del último año de instrucción alcanzado, que corresponde al 4º año de Secundaria aprobado. Este hecho es conocido desde hace tiempo por los autores, quienes han notado una detención frecuente en el progreso académico durante el 5º año de Secundaria. (Gráfica 3). Esto podría explicarse por el mayor grado de exigencia que implica el 5º año de Enseñanza Secundaria. No aparece una diferencia significativa entre los grupos PEE y POD.

Respecto al 30% que completa Secundaria, no llama la atención comprobar que no completan estudios terciarios (excepto en dos casos de formación docente), por el tipo de pacientes que ingresan al Programa. Su diagnóstico, como se verá, es mayoritariamente del espectro esquizofrénico, y de otras patologías graves; estos trastornos en general comienzan en la adolescencia y juventud, e interfieren con el funcionamiento ocupacional y académico<sup>27</sup>.

Respecto a la correlación entre edad de comienzo de la enfermedad y último año aprobado, que evaluamos en PEE, esperábamos hallar que cuanto más precoz fuera el comienzo, con mayor anterioridad se detendría el progreso académico. En cambio, el resultado fue una correlación positiva débil. Podríamos postular que algunos pacientes, a pesar de la irrupción de la enfermedad, pueden continuar avanzando curricularmente, aunque sea en forma más lenta.

La instalación de la sintomatología característica en el grupo PEE<sup>28</sup> podría incidir en grado importante sobre la continuidad en los estudios. Los déficit cognitivos, los síntomas delirantes, la desorganización del pensamiento y la severidad de los síntomas negativos, tienen una influencia perjudicial en esta área, en grado muy variable según el individuo afectado, ya desde el período prodrómico de la enfermedad. A esto habría que sumarle los efectos, tanto beneficiosos como secundarios, de los tratamientos biológicos instituidos.

En 20 casos (22,7% del PA) evidenciamos que, además de haber realizado estudios secundarios incompletos, habían cursado enseñanza politécnica, también en forma incompleta. Esto nos permite plantear como hipótesis que tras un fracaso curricular en Enseñanza Secundaria, este subgrupo habrá realizado un nuevo intento de prosecución de estudios en un nivel de exigencia que probablemente consideraba inferior, fracasando nuevamente. Constituiría un intento frustrado de adaptación al déficit.

### Estado civil

Al alto porcentaje de solteros habría que sumarle el hecho de que muy pocos de estos tenían pareja o la habían tenido recientemente. Este dato, si bien no lo relevamos en este estudio, lo conocemos, y creemos que apunta al hecho de que nuestros pacientes han visto detenido su proceso de adquisición de logros tendientes a una vida autónoma.

### Núcleo familiar de convivencia

Un alto porcentaje de los pacientes tiende a continuar viviendo con sus familiares, sobre todo con sus padres. La convivencia prolongada con los familiares suele darse sin lograr niveles mínimos de independencia y autonomía<sup>29</sup>.

Casi la mitad de los pacientes vivía con ambos padres, y casi tres de cada cuatro vivían al menos con la madre, la que aparece como la figura de apoyo fundamental en estos pacientes<sup>30</sup>. Podríamos preguntarnos si esto se relacionó con el nivel de compromiso asumido por los núcleos familiares respectivos, posibilitando la permanencia en el Programa.

Los pacientes que vivían solos presentaban un alto nivel de dependencia económica y muy baja autonomía.

### Antecedentes familiares

Aun tratándose de una muestra limitada, y de confiabilidad relativa (los datos fueron obtenidos del relato de los familiares), es de destacar la ausencia de AFP de psicosis y de trastornos de personalidad del grupo A en el grupo POD.

En el grupo PEE encontramos AFP de psicosis y de trastornos de personalidad del grupo A con un bajo porcentaje absoluto de esquizofrenia en familiares directos ( $4/66 = 6\%$ ). Algunos autores opinan que la vulnerabilidad familiar para esquizofrenia no es específica de esta enfermedad, sino que lo es también para los trastornos de personalidad esquizotípico y paranoide (entendidos con criterios de DSM-IV), y tal vez de otras psicosis. En este sentido, se ha postulado que los trastornos de personalidad del grupo A del DSM pertenecen a un continuum de trastornos esquizofrenosímiles<sup>31</sup>. McGlashan y Johannessen sostienen que en el 85% de las personas que desarrollan esquizofrenia, no se encuentran familiares de primer grado con dicho trastorno<sup>32</sup>.

En los POD, en tanto, hallamos porcentajes mayores de AFP de suicidio y de trastornos afectivos. No había en ellos AFP de psicosis, y por ende tampoco de esquizofrenia. Contrariamente a lo que esperábamos, no hay una diferencia significativa en el porcentaje de AFP de alcoholismo, comparando ambas poblaciones.

### Antecedentes personales psiquiátricos (APP)

Como se señaló, la mayoría de los pacientes que habían acumulado más de 100 días de internación previo al ingreso al Programa, ingresó durante la primera mitad del período estudiado. Nos preguntamos si esto se debió a que inicialmente nos eran derivados pacientes con una historia psiquiátrica más “pesada”, como un recurso terapéutico adicional, en un intento de mejorar en algo la evolución de los mismos. Otra posibilidad es que hubiera operado en la dirección del Programa un

criterio de admisión más amplio en dicho período, ajustándose los criterios de selección posteriormente, apuntando a una población psiquiátrica menos evolucionada, en aras de lograr una rehabilitación con mejores resultados.

Los pacientes con trastorno esquizotípico registraron un índice de internaciones previas sensiblemente inferior (un 33%) que los demás pacientes PEE. Más allá de tratarse de una muestra pequeña de pacientes, esta cifra concuerda con el hecho de que el trastorno esquizotípico no sería tan disfuncional como la esquizofrenia<sup>33</sup>.

En cuanto al grupo POD, destacan los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, que en su totalidad habían tenido mayor frecuencia de internaciones por paciente. Nuevamente, podría plantearse que eran derivados al Programa pacientes que no evolucionaban bien, más allá de que su diagnóstico no fuera el de una psicosis crónica.

La mayoría de los pacientes había recibido electroconvulsoterapia anteriormente. Esto no llama la atención, ya que en nuestro país hay una vasta experiencia en la utilización de este tipo de tratamiento para patologías psiquiátricas severas<sup>34</sup>.

El alto porcentaje de IAE previos se corresponde con una población con trastornos psiquiátricos severos; esto es más claro en los pacientes con trastorno bipolar y con esquizofrenia (paranoide e indiferenciada). Las cifras de IAE en población esquizofrénica en algún momento de la enfermedad varían, según informes publicados revisados por Roy, en un amplio rango, de 18 a 55,1%<sup>35</sup>.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, como vimos, las cifras están condicionadas por el método de selección de los ingresos. Nuestra impresión clínica es que, con cierta frecuencia, los pacientes esquizofrénicos tienen un consumo de sustancias –quizás en parte dirigido al alivio de síntomas– durante el período inicial de la enfermedad, principalmente.

Las cifras internacionales sobre comorbilidad entre esquizofrenia y abuso de sustancias son altas. Un conocido estudio, llevado a cabo por el área de captación epidemiológica (ECA) del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de EE.UU. en la década de los 80, destacó la alta

prevalencia (47%) de abuso-dependencia de alcohol y drogas en esquizofrénicos. Tomada la población de adictos y dependientes, se halló una prevalencia proporcional de esquizofrénicos cercana al 6%<sup>36</sup>.

Nos hemos preguntado si tiene sentido que los pacientes con trastornos psiquiátricos graves repitan la experiencia de rehabilitación psicosocial. Para algunos autores, esto propendería a una mayor dependencia institucional, reforzando la asunción del “rol de paciente crónico”<sup>37</sup>.

Pensamos que suelen ser las expectativas de mejoría por parte de la familia, a menudo más que las del propio paciente, las que impulsan la búsqueda de alternativas terapéuticas.

Nuestro país carece mayormente de alternativas psicosociales distintas de los Centros de Día, tales como hospitales de día y de noche, casas de medio camino, pisos protegidos, programas de capacitación y reinserción laboral<sup>38, 4</sup>; por ello muchas familias recurren a sucesivos pasajes por centros en realidad similares entre sí.

Sería discutible la pertinencia de la repetición de propuestas de rehabilitación de similar estructura y objetivos en un mismo paciente; algunos autores plantean el concepto de Rehabilitación Psicosocial Integral, que despliega una serie de recursos comunitarios integrados, cada uno de ellos adecuado a los diferentes momentos del proceso de rehabilitación<sup>39</sup>.

Respecto a los antecedentes psiquiátricos en la infancia, la pequeñez de la muestra impide extraer mayores conclusiones. De todos modos, en el 9% de los pacientes del grupo PEE se registraron pautas sugerentes de personalidad esquizoide premórbida. Podemos citar los trabajos de Jones y Cannon en el sentido de que en estudios de cohorte muchos de los niños que en el futuro desarrollan un trastorno esquizofrénico tienen un menor ajuste social y tendencia a jugar en solitario<sup>40</sup>.

Podríamos detenernos a pensar sobre el criterio usado para determinar el “inicio” de la enfermedad esquizofrénica. Muchos autores, como Häfner y col., han demostrado que dicho trastorno suele comenzar algunos años antes del primer contacto con los servicios asistenciales, teniendo en el 73% de los casos una fase prodrómica de varios años que

comienza por síntomas depresivos y negativos. Para estos autores, en un 57% de los casos, la discapacidad social comienza de 2 a 4 años antes de la primera admisión<sup>28, 32</sup>; fue éste el criterio utilizado al registrar los datos.

De acuerdo con los resultados, la población que ingresó y se mantuvo en el Programa más de seis meses tenía, promedialmente, varios años de evolución de la enfermedad.

Para algunos autores, como Blasi, la rehabilitación en Centros de Día debería reservarse para pacientes con muchos años de evolución, dejando para los “más nuevos” alternativas como el Hospital de Día. Estas buscarían –mediante programas más intensos– una reinserción social, familiar y laboral más precoz, para evitar la institucionalización, la que se vería fomentada por el contacto cotidiano con pacientes más cronificados<sup>23</sup>.

Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad de los pacientes del grupo A al ingreso, conjeturábamos que aquel había ido disminuyendo con el correr de los años, indicando con ello una derivación progresivamente más precoz y/o una aceptación de pacientes más “jóvenes” por parte del Programa. Como se vio, los resultados no corroboraron esta hipótesis, oscilando la edad promedio de evolución entre 4,6 y 11,4 años, con una media de 8,26.

Debido a que el número de pacientes ingresados por año ha sido sumamente variable, relativizamos en parte dichos valores.

## Diagnóstico

Al hablar de diagnóstico en referencia a esta población, cabe recordar los criterios de selección de los pacientes ingresados al Programa. No se buscaban pacientes con un determinado diagnóstico clínico, sino que se ponía énfasis en el deterioro en diversas áreas de funcionamiento. Los criterios de exclusión explican el bajo porcentaje de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, o retraso mental, entre otros.

Notamos un franco predominio de pacientes del espectro esquizofrénico, llegando a un 75% en el grupo PA. Este porcentaje es, en principio, coincidente con las cifras de Bastos, Benia, González Regadas y Pampillon, en nuestro medio, con 47 pacientes durante diez

años en el Centro Diurno “Castalia”<sup>41</sup>. Sabemos que la esquizofrenia es una enfermedad deteriorante en alto grado, en un amplio rango de funciones psicosociales (ocupación, logro de autonomía, vida social y familiar)<sup>29</sup>. Esta enfermedad suele hacer irrupción en la adolescencia y juventud, impidiendo el normal desarrollo de logros de vida, y generando un alto nivel de dependencia, así como elevados costos, tanto económicos o sociales<sup>42</sup>, como en el ámbito familiar<sup>30</sup>. Esta situación genera, en muchos familiares, una ingente búsqueda de recursos y de alternativas terapéuticas, entre ellas las de rehabilitación<sup>43</sup>.

Por otra parte, un aspecto de la propuesta que posiblemente resultó atrayente para muchos familiares, fue el espacio dedicado a reuniones con la familia –tanto en lo individual como en lo grupal–, que incluía aspectos terapéuticos y de psicoeducación, que complementaban necesidades quizás poco atendidas en nuestro medio en el período estudiado.

Estudios comparativos de funcionamiento psicosocial marcan un deterioro significativamente mayor para la esquizofrenia que para los trastornos afectivos<sup>27</sup>; esto podría explicar la franca mayoría de pacientes esquizofrénicos respecto a otros diagnósticos, a pesar de que los trastornos afectivos tienen una mayor prevalencia en la población general<sup>44</sup>.

Respecto a las formas clínicas del espectro esquizofrénico, es de destacar el alto porcentaje de la esquizofrenia paranoide, considerada de mediana evolutividad, y la más frecuente<sup>45, 46</sup> con una carga menor de síntomas negativos y un mejor “contacto vital con la realidad”<sup>47</sup>. Esto puede haber posibilitado una mejor adhesión al Programa, siempre y cuando los síntomas positivos no significaran un obstáculo importante para la integración grupal.

El segundo lugar fue ocupado por la forma indiferenciada, 21,2% del espectro, y el tercer lugar por la residual, 15,1%. La determinación de la forma clínica de la esquizofrenia es un tema más opinable que el diagnóstico de la enfermedad en sí. Además, hay que tener en cuenta que más allá de los criterios diagnósticos validados en Manuales como el DSM-IV y el Cap. F de la CIE-10, la forma diagnosticada depende de ciertas tendencias relacionadas con escuelas determinadas, hábitos o estilos que caracterizan a ciertas corrientes de pensamiento

psiquiátrico, que pueden diferir de una región a otra. Así, en nuestro medio, por ejemplo, es relativamente infrecuente el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. En la literatura moderna, sobre todo norteamericana, no se pone énfasis en las formas clínicas clásicas de la esquizofrenia, dado que se cuestiona la estabilidad clínica de éstas<sup>48</sup>, sino en los denominados “dominios de la psicopatología”: síntomas psicóticos, de desorganización, negativos, a los que últimamente se les han agregado los de déficit cognitivo<sup>49, 50</sup>.

Las formas clínicas tradicionales fueron consideradas siempre como intercambiables entre sí y no como compartimentos estancos<sup>51, 52</sup>. Podríamos preguntarnos en qué medida la medicación neuroléptica –y sobre todo los antipsicóticos de nueva generación– puede contribuir a cambios en dichas presentaciones clínicas al cambiar la historia natural de la enfermedad<sup>53</sup>.

El trastorno esquizotípico sigue en frecuencia a las tres formas anteriores. La CIE-10 ubica a este trastorno dentro de F2, juntamente con esquizofrenia y trastornos de ideas delirantes<sup>20</sup>. El DSM-IV, en cambio, lo ubica en los trastornos de personalidad del grupo A, adjudicándole una prevalencia del 3% de la población general<sup>22</sup>. Los pacientes de este grupo que ingresaron al Programa, padecían de un severo deterioro en su funcionamiento psicosocial.

Dentro del grupo POD englobamos una serie de trastornos diversos. Los pacientes con trastorno bipolar, que constituían la mayoría, ingresaban cuando la evolución no era la esperada, por ejemplo, por la repetición de los episodios afectivos, o la pérdida de vínculos familiares y sociales. Los pacientes con trastorno de la personalidad pertenecían a lo que el DSM-IV ha denominado “Trastornos de la personalidad del grupo B”, caracterizados por ser “dramáticos, emotivos o inestables”<sup>22</sup>, con repercusiones importantes a nivel familiar y social.

#### Tiempo de tratamiento en la Institución

Comprobamos que hay una diferencia notoria en el tiempo de estadía y las condiciones del egreso entre los grupos PEE y POD.

El grupo POD, a pesar de su heterogeneidad clínica, registró una elevada tasa de altas en el

plazo de 9 a 18 meses ( $12/22 = 54,5\%$ ), lapso concordante con las pautas de duración del tratamiento previstas en el Programa.

Tomando el mismo intervalo, el grupo PEE registró una tasa de altas sensiblemente menor ( $15/66 = 22,7\%$ ). Los usuarios de este grupo tendieron a permanecer más tiempo en el Programa, a pesar de lo cual el número de altas fue siempre menor que la suma de las otras causas de egreso. Si contabilizamos el tiempo promedio de tratamiento de la población PEE que fue dada de alta ( $25/66 = 37,9\%$ ), la cifra es de 18,5 meses. Al hacerlo con aquellos que egresaron por falta de mejoría ( $21/66 = 31,8\%$ ), llega a 24,4 meses. Los PEE parecen requerir más tiempo, aun para evaluar si el grado de mejoría resulta insuficiente para las expectativas del Programa.

No debemos olvidar que el egreso en muchos PEE se postergaba, a fin de que pudieran llegar a condiciones de egreso por alta. Pasados los 18 meses, algunos permanecían en el Programa en espera de una mejoría eventual, o por falta de alternativas terapéuticas que posibilitaran el egreso (como fue el caso de quienes tuvieron las estadías más prolongadas); varios egresos por falta de mejoría se decidieron en base al objetivo de evitar la institucionalización.

También es de destacarse la alta tasa de abandonos de los PEE ( $19/66 = 29\%$ ).

Evolución durante el tratamiento en el programa. Algunos aspectos clínicos

**Internaciones.** Aproximadamente uno de cada cuatro de los pacientes del grupo A fue internado durante su estadía; se trató en general de internaciones breves, de 10 a 15 días. Anteriormente había sido internado alguna vez el 85% de la población estudiada; no se dispuso de datos detallados como para intentar establecer una relación entre la frecuencia antes del ingreso y luego del mismo. El seguimiento posterior al egreso por alta parece indicar una franca tendencia a la disminución de la frecuencia de internaciones.

**Intentos de autoeliminación.** Aproximadamente el 10% del grupo A realizó IAE durante su estadía. Se trató probablemente de un subgrupo de alto riesgo, ya que el 80% de ellos había realizado con anterioridad al

menos un IAE, mientras que el promedio global para PA era de 36%.

Sólo un paciente cometió suicidio.

**Consumo de sustancias psicoactivas.** El consumo fue realizado por un porcentaje de pacientes similar (alrededor del 20%) al que tenía antecedentes en esta área. Como se dijo, fue esporádico, y clínicamente poco significativo.

**Utilización de recursos psicoterapéuticos adicionales durante el tratamiento.** Como vimos, la mayoría de los pacientes (73%) recibió por lo menos un tratamiento psicosocial adicional, tanto a nivel institucional como extrainstitucional. Esto habla del perfil del Programa, en un doble sentido: a) la tendencia a mantener los recursos psicoterapéuticos con los que el paciente contaba al momento de su ingreso; b) la apertura del Programa a la integración de nuevos recursos terapéuticos. La intención del Programa fue la de sumar, como lo dice Grimson, “un conjunto de técnicas integradas (...) que se aplican en una institución tendiendo a permitir y obtener el máximo de participación por parte de los pacientes...”<sup>14</sup>.

**Participación familiar en el tratamiento.** Este aspecto, central en la propuesta terapéutica, no fue un objetivo fácil de conseguir, y menos aun de evaluar. La concurrencia a las reuniones uni y multifamiliares se lograba mediante un activo esfuerzo por parte del equipo técnico, y se llegó a dar en un nivel realmente satisfactorio en la mitad de los casos.

Evaluación funcional al egreso

Se desprende de los resultados que los pacientes del grupo POD mejoran más significativamente en el puntaje total de la Escala de Deterioros de la OMS que los del grupo PEE. Podría argumentarse, razonablemente, que la mejoría diferenciada se debiera más a aspectos vinculados a la evolución natural de los pacientes POD (en su mayoría bipolares y trastornos de la personalidad); sin embargo, cabe destacar que se trataba de una población de mala evolución y/o de difícil manejo, con un grado de deterioro social suficientemente importante como para ser derivados al Programa.

El Programa resultó de utilidad en el funcionamiento ocupacional para el 43,2% del grupo PA (31,8% a nivel laboral). Pensamos que las técnicas psicosociales utilizadas en el Programa jugaron un rol muy importante en tal sentido, ya que tan solo un 2,3% (2/88) ingresó al mismo con una actividad ocupacional formal.

Sólo el 37,5% del total del grupo PA se incorporó a la propuesta de seguimiento, muchos de ellos por breves lapsos. Esto impidió evaluar con exactitud la tasa de recaídas. Los pacientes del grupo POD aceptaron el seguimiento en una proporción sensiblemente superior a los del grupo PEE. Esto podría indicar una tendencia más clara de los POD en cuanto a mantener los logros obtenidos, así como también la dificultad de los PEE (y quizás de sus familias) en integrarse a una propuesta nueva, de menor carga horaria. En todo momento se intentó evitar la dependencia institucional.

Analizando los subgrupos PA y PB se dan una serie de datos con un alto grado de coincidencia, sobre todo con relación a edad al ingreso y nivel de instrucción. En cuanto al sexo, el grupo B tuvo una mayor proporción de mujeres que el grupo A.

En lo referente a los diagnósticos, el 75% de los pacientes del grupo PB pertenecía al espectro esquizofrénico (PEE), coincidiendo con la cifra del grupo PA. Analizando con profundidad las diferentes formas clínicas, vemos algunas diferencias. En el grupo PB hay mayor proporción de la forma hebefrénica (F20.1), catatónica (F20.2) y simple (F20.6), lo que daría una pauta de formas de mayor gravedad evolutiva. El hecho de que además haya menos formas paranoide (F20.0) y de trastorno esquizotípico (F21), habitualmente formas del espectro esquizofrénico más “benignas”, va en el mismo sentido<sup>44, 52</sup>. La mayor proporción de esquizofrenia indiferenciada (F20.3) y la menor proporción de esquizofrenia residual (F20.5) en el grupo PB, apuntaría hacia formas menos severas.

Resulta significativa la baja proporción de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en el grupo PB. Dada la mejor evolución que tuvieron los pacientes con este diagnóstico en el grupo PA, esto podría ser un indicador de

que los pacientes con dicho trastorno tienden a aceptar más este tipo de propuestas.

Los pacientes que ingresaron al Programa tenían muchos años de evolución tanto en el grupo PA como en el PB.

## Conclusiones

En total, 164 pacientes ingresaron al Programa durante el período 1987-1997; 88 de ellos permanecieron en el mismo durante 6 meses o más (grupo PA), y el presente trabajo se refiere fundamentalmente a este grupo. Muchos de sus datos han sido discriminados de acuerdo con el diagnóstico: espectro esquizofrénico (grupo PEE), y otros diagnósticos (grupo POD).

El promedio de edad de los pacientes ingresados en estos diez años fue de 27,7 años, una cifra más alta que la esperada. Los ingresos han sido mayoritariamente de hombres, con una progresiva tendencia a la equiparación con los de mujeres. Nos preguntamos si este cambio se debe a un aumento creciente en la aspiración de realización socio laboral en la mujer con patología mental severa.

La instalación de la sintomatología incide, en grado importante y variable, según el individuo afectado, sobre todo en la población PEE, ya desde el período prodrómico. Comprobamos una detención frecuente del progreso académico, predominantemente durante el 5º año de Secundaria. Algunos pacientes intentan luego la enseñanza politécnica, con escaso éxito.

La gran mayoría de los pacientes no ha logrado constituir una pareja estable al momento de ingreso al Centro. Pensamos que también en esta área la enfermedad interrumpe el proceso normal de adquisición y/o mantenimiento de logros.

En la población que requiere rehabilitación psiquiátrica en un Centro de Día como el del presente estudio, el nivel de autonomía es muy bajo. Un alto porcentaje de los pacientes tiende a continuar viviendo con sus familiares, sobre todo con sus padres, con la madre como figura central. El porcentaje de pacientes que vive solo o con pareja estable es muy escaso.

Se obtuvo un bajo porcentaje de antecedentes familiares de esquizofrenia, que fue exclusivo del grupo PEE. Las familias de los POD tuvieron un mayor porcentaje de suicidios y de trastornos afectivos que las PEE. Estos datos nos estarían sugiriendo la influencia de la carga familiar en este tipo de afecciones. La prevalencia similar del alcoholismo en los familiares de ambos grupos de pacientes nos estaría hablando de un componente más general.

Al estudiar los antecedentes personales psiquiátricos (APP) del grupo A, surge un perfil que caracteriza a la mayoría de los pacientes que permanecieron más de seis meses en el Programa de rehabilitación propuesto. Nos encontramos con una población de varios años de evolución –con pocas excepciones–, con muchas internaciones previas, con muchos años de psicofarmacoterapia, que en su mayoría había recibido electroconvulsoterapia, con un alto porcentaje de antecedentes de intentos de suicidio. A todo lo anterior se suma la cifra baja, pero no desdeñable, de pacientes que ya habían tenido experiencias de rehabilitación. Esto nos hablaría del carácter persistente de estos trastornos, así como de la carencia en nuestro medio de propuestas alternativas dirigidas a los pacientes psiquiátricos crónicos, al menos durante el período estudiado<sup>55</sup>. Ya establecimos que el informe de Chanoit de 1966 y el Programa de Salud Mental de 1986 diagnosticaron enormes carencias en rehabilitación psicosocial<sup>4,9</sup>.

Por lo antedicho, concluimos que no se trató de una experiencia de rehabilitación precoz, más allá de que ésta era una de las aspiraciones del equipo coordinador del Programa: ofrecer rehabilitación psicosocial al paciente que recién comenzaba con sus trastornos psiquiátricos, con el objetivo de reducir al mínimo el deterioro funcional evolutivo.

En estos primeros diez años ingresó al Programa un porcentaje significativamente mayoritario de pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico. Pensamos que esto se debió, en parte, al importante grado de deterioro psicosocial que estos trastornos conllevan, así como al espacio específico terapéutico y psicoeducativo con el núcleo familiar del Programa. La forma clínica predominante fue la paranoide, seguida de la indiferenciada y la residual.

Dentro de los pacientes con otros diagnósticos, predominaron los bipolares y los trastornos de personalidad, generalmente con marcado déficit en su funcionalidad.

Los criterios de exclusión explican el bajo porcentaje de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, o retraso mental, entre otros.

El tiempo de duración del tratamiento fue variable. Los pacientes del grupo PEE necesitarían más tiempo para llegar al egreso, sea éste por alta o por falta de mejoría; los tratamientos en este grupo son más prolongados.

La mejoría funcional fue estadísticamente significativa al momento del egreso en el grupo PA. Una mayor proporción de pacientes POD mejoró más notoriamente y en menor tiempo que los PEE.

Quizá el impacto más importante del Programa esté dado por el hecho de que un 34,1% de la población egresó con actividad laboral o de estudio y un 9,1% lo obtuvo poco tiempo después. Respecto a la evolución de los pacientes durante su asistencia al Programa, comprobamos un número relativamente bajo de internaciones, IAEs y consumo de sustancias psicoactivas. La disminución en la tasa de recaídas no pudo ser evaluada con exactitud ya que la estrategia de seguimiento no logró ser aplicada en una proporción significativa del total de los pacientes.

En la institución se utilizaron diversos recursos terapéuticos adicionales.

Los resultados del funcionamiento ocupacional, medido cualitativamente por la actividad laboral y/o de estudios en el momento del egreso, permiten inferir que los resultados en esta área fueron favorables; más aun si tenemos en cuenta que se trató de una población promedialmente con muchos años de enfermedad.

El mantenimiento de los logros de los pacientes psiquiátricos graves luego de la realización de diversos tipos de estrategia psicosocial, es un tema que está en discusión a nivel internacional<sup>12</sup>. Esto trae a colación el tema de las actividades psicosociales de mantenimiento de logros y de seguimiento, y por ende de la duración global de este tipo de abordajes.

Futuras evaluaciones de las estrategias en rehabilitación psicosocial deberían incluir otro tipo de evaluación adicional en las diferentes áreas de funcionamiento, así como también la opinión de los propios pacientes. Actualmente se tiende a valorar el grado de bienestar subjetivo del usuario, a través de la aplicación de escalas de calidad de vida<sup>56, 57</sup>. Las estrategias de seguimiento parecen ser de gran importancia en los casos de pacientes psiquiátricos con patologías y discapacidades persistentes, en cuanto al mantenimiento (o nueva adquisición) de los logros tanto en las diferentes áreas de funcionamiento como en lo psicopatológico. Diseñar abordajes longitudinales, que estimulen el mayor grado de autonomía, con una continua prevención de las recaídas, parece ser un desafío crucial en este sentido. El seguimiento permitiría además la evaluación de las estrategias psicosociales más intensivas, en cuanto a la duración y la persistencia de los logros obtenidos<sup>12</sup>.

El porcentaje total de abandonos fue de 54,3% (21/88 en PA y 68/76 en PB). Esto apunta en la dirección de la dificultad significativa que tuvieron muchos pacientes con patología mental grave y con tendencia al deterioro social para mantenerse en un programa de rehabilitación psicosocial intensivo de estructura grupal. El análisis de los abandonos se ofrece como una dirección para futuras investigaciones. Muchos factores pueden incidir en las dificultades de integración de pacientes graves a un programa tal. Aspectos psicopatológicos, funcionales, de disfunción cognitiva<sup>58</sup>, de conciencia de enfermedad<sup>59</sup>, de colaboración familiar con el tratamiento y factores culturales, posiblemente influyan de modo importante y deben ser estudiados. La convicción y el apoyo por parte del psiquiatra tratante podría también constituir otro factor significativo.

Diversos elementos vinculados a la experiencia, como la calidad de la relación del equipo técnico con los pacientes y sus familias<sup>60</sup>, la oportunidad (timing) de ingreso de los pacientes, las actividades psicoterapéuticas y laboroterapéuticas de las propuestas de rehabilitación, la importancia de las estrategias de psicoeducación, la determinación de indicadores de mejoría, constituyen aspectos pasibles de ser investigados en el futuro, en

el área de las estrategias psicosociales para pacientes psiquiátricos graves.

Pensamos que las escalas psicopatológicas basadas en las modernas dimensiones de la psicopatología esquizofrénica, como es el caso del PANSS<sup>61</sup>, pueden permitir una mejor aproximación a la gravedad de los síntomas del espectro esquizofrénico, que la que se deriva de las formas clínicas clásicas.

Para evaluar más ajustadamente si existe otro tipo de beneficios con estos tratamientos, pareció necesario seguir más de cerca el proceso de rehabilitación, con evaluaciones sistemáticas, periódicas y contemporáneas al mismo, así como valorar otras dimensiones de mejoría más subjetivas. A partir de la fecha de corte del presente estudio, y en concordancia con líneas de evaluación de servicios de salud mental más modernas<sup>62, 63</sup>, en el Programa se pasó a valorar al ingreso, y luego, semestralmente, a todos los pacientes con la Escala derivada del Inventario de Evaluación de Deterioros de la OMS (1988), la escala PANSS y el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida<sup>64</sup>; este trabajo será objeto de una próxima presentación. El informe que hemos presentado permitió reformular la dirección de la tarea de investigación dirigida a evaluar los resultados de la propuesta.

Como reflexión final, entendemos que este Programa está inscrito dentro de los “nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes...”<sup>65</sup>, que apuntan en la dirección de los objetivos del Programa Nacional de Salud Mental, hacia la reintegración de los pacientes psiquiátricos a la sociedad.

## Agradecimientos

Un especial agradecimiento al Dr. Federico Dajas por las correcciones realizadas luego de la premiación y que permitieron mejorar este trabajo.

## Referencias bibliográficas

1. **Martínez Tehaldo R.** Creación, Evolución y Funcionamiento de una Institución de Rehabilitación Psíquica Extrahospitalaria. Cuadernos de Rehabilitación, Nº 3: 11-30, 1992.
2. **Valdomir de Gallero Zoe, Cabrera Jorge.** Elementos para la asistencia integral del paciente psiquiátrico. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol.41 (242):11-37,1976.
3. **Murguía DL.** Comunicación personal, 2001.
4. **Chanoit P** Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. Oficina Sanitaria. Panamericana. OMS. Noviembre 1966.
5. **Ramírez F, Steiner MD, Henderson S, Alterwain P, Seigal J, Trenchi HM, Magariños JA, Pérez de Plá E, Gaspar E y Rossi Laures L.** La Comunidad Terapéutica. Segundas Jornadas Uruguayas de Psiquiatría e Higiene Mental, Tomo II. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay: 164-195. 24-26 de Abril de 1969.
6. **Bertrán G, Baccelli R, Fernández A.** El valor de la experiencia vivencial y la participación activa como fundamento de una teoría en rehabilitación. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 51. (305-306):260-265,1986.
7. **Sintes R, Moreno R, Monné L, Martínez AM y Füllgraff ME.** Taller de terapias integradas "Aletheia". I. Conceptos sobre comunidad terapéutica y II. Taller sobre comunidad terapéutica y terapia familiar. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 51 (303-304):159-181,1986.
8. **Freire de Garbarino M, González Regadas E, Pampillon de González S, Soca JJ y Vaczy M.** Castalia: una aproximación terapéutico-comunitaria de la psicosis. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 51 (303-304):182-197,1986.
9. **Programa de Salud Mental.** Ministerio de Salud Pública. 1986.
10. **Palleiro E.** Alternativas técnicas y observaciones psicopatológicas en la psicosis. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 60 (332):7-32,1996.
11. **Martínez Tehaldo R.** Creación, Evolución y Funcionamiento de una Institución de Rehabilitación Psíquica extrahospitalaria. Cuadernos de Rehabilitación, Nº 8:3-7,1997.
12. **Bellack AS, Mueser KT.** Psychosocial Treatment for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin Vol. 19, (2):317-336,1993.
13. **Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ.** The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. American Journal of Psychiatry 158:2, 163-175,2001.
14. **Grimson RW.** La Cura y la Locura. Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, 1983.
15. **García Badaracco JE.** Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Tecnipublicaciones S.A., Buenos Aires, 1990.
16. **Linne B.** Una experiencia en Psiquiatría Comunitaria en Buenos Aires. En: Avances Terapéuticos en Psiquiatría, Ed. H. Puppo y A. Bianchi Saus: 217-222, Montevideo, 1985.
17. **Curbelo O, del Castillo R, Deleo A, Grunbaum S, Pardo V.** Evaluación de los resultados del tratamiento en una Comunidad Terapéutica Diurna. Datos preliminares. Jornadas Científicas de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Montevideo. Octubre, 1993.
18. **Anderson C, Reiss D, Hogarty G.** Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1988.
19. **Anthony W, Cohen M, Farkas M.** Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Sargent College of Allied Health Professions, 1990.
20. **CIE 10.** Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Madrid, 1992.
21. **Contera M, Benia W, Echeveste L.** Consumo de sustancias psicoactivas en el Uruguay. Perfil epidemiológico de los consumidores de drogas en centros de tratamiento. Montevideo, 1998. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de drogas. 1999.

22. **DSM-IV.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión española de la cuarta edición. Masson, S.A. Barcelona, 1995.
23. **Blasi Ras R.** La rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad. ARAPDIS. 1999.
24. **Pereyra C.** Esquizofrenia. Demencia precoz. Editorial Salerno. Buenos Aires, 1965.
25. **Csernansky JG.** Psychopharmacologic Treatment of Schizophrenia. En: Psych Cl. of North America. Annual of Drug Therapy. Vol. 5:161-182,1998.
26. **Häfner H.** Epidemiología de la esquizofrenia. Esquizofrenia primera parte. Triángulo. Revista Sandoz de Ciencias Médicas. Vol. 32 (1):11-33,1994.
27. **Marneros A, Deister A, Rohde A.** Comparison of long-term outcome of schizophrenic, affective and schizoaffective disorders. British Journal of Psychiatry. Vol. 161 (suppl 18):44-51,1992.
28. **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. 100:105-118,1999.
29. **Tsuang MT, Woolson RF, Fleming, JA.** Long-term Outcome of Major Psychoses. Archives of General Psychiatry. Vol 36:1295-1301,1979.
30. **Cabrera I, de los Campos H, Cabrera V.** Investigación del Grupo de la Esperanza. Montevideo, 2000.
31. **Siever LJ, Kalus OF, Keefe RSE.** The Boundaries of Schizophrenia. The Psychiatric Clinics of North America. 16 (2):217-244,1993.
32. **McGlashan Th H, Johannessen JO.** Early detection and intervention with Schizophrenia: Rationale. Schizophrenia Bulletin 22(2):201-222,1996.
33. **Gunderson JG, Phillips KA.** Cap. 25: Trastornos de la Personalidad. En: Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría 6ª Ed., Vol. 3: 1347-1381. Editorial Inter-Médica, Bs As 1997.
34. **Pyke A, Otegui J, Savi G, Fernández M, Arigón M.** Tiempo de cambio: Electroconvulsoterapia (ECT) en el Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 58 (328):23-29,1994.
35. **Roy A.** Depression, Attempted Suicide, and Suicide in Patients with Chronic Schizophrenia. The Psychiatric Clinics of North America. Vol. 9 (1):193-206,1986.
36. **Jaffe JH.** 13.1 Introducción y generalidades. De: Cap. 13: Trastornos relacionados con sustancias. En: Kaplan HI, Sadock BJ, Tratado de Psiquiatría. 6ª Ed. Vol. 2:715-732. Editorial Inter-Médica, Buenos Aires, 1997.
37. **Harding CM, Zubin J, Strauss JS.** Chronicity in Schizophrenia: revisited. British Journal of Psychiatry. Vol 161 (suppl 18):27-37,1992.
38. **Ryan P, Valencia M, Núñez M, González NR, Rascon L.** Alternativas para el Hospitalismo. Salud Mental. México Vol. 5 (3):8-15,1982.
39. **Blasi R.** La Rehabilitación Psicosocial Integral en la Comunidad y con la Comunidad. Vol. 1. Nº 4-5-6, Número Monográfico, Barcelona, 2000.
40. **Jones P, Cannon M.** The new epidemiology of schizophrenia. The Psychiatric Clinics of North America. Vol 21 (1):1-25. March 1998.
41. **Bastos A, Benia W, González Regadas E, Pampillon Acevedo S.** Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol 60 (334):31-40,1996.
42. **Rupp A, Keith SJ.** The Costs of Schizophrenia: Assesing the Burden. En: The Psychiatric Clinics of North America. Vol.16 (2):413-423,1993.
43. **Lehman AF.** Public policy, community services, and outcomes for patients with schizophrenia. En: The Psychiatric Clinics of North America. Vol 21 (1):221-231,1998.
44. **Blazer II, DG.** Cap. 16.2 Trastornos del Estado de Ánimo: Epidemiología. En: Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. 6ª Ed. Vol. 2. Ed. Inter-Médica, Bs. As., 1997.

45. **Ey H, Bernard P, Brisset Ch.** Tratado de Psiquiatría. 8ª Edición, de la 5ª edición francesa. Toray-Masson, S.A. Barcelona 1980. Pp:518.
46. **Cusmanich S, Casarotti H.** Formas evolutivas del autismo. En: Casarotti H, Leite Gastal F. Psicosis y modelo órgano-dinámico de Henri Ey. Editora da Universidade Católica de Pelotas, 1989.
47. **Minkowski.** La Esquizofrenia. Paidós. 1ª reimpresión. Buenos Aires, 1980.
48. **Fenton WS, McGlashan TH.** Natural History of Schizophrenia Subtypes. I. Longitudinal Study of Paranoid, Hebephrenic, and Undifferentiated Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. Vol 48:969-977,1991.
49. **Fenton WS, McGlashan TH.** Natural History of Schizophrenia Subtypes. II. Positive and Negative Symptoms and Long-term Course. Archives of General Psychiatry. Vol 48:978-986,1991.
50. **Buchanan RW, Carpenter WT.** Domains of Psychopathology. An Approach to the Reduction of Heterogeneity in Schizophrenia. J Nerv Ment Dis. Vol 182:193-204,1994.
51. **Kraepelin E.** La Demencia precoz. 1ª parte. Colección Clásicos de la Psiquiatría 1ª edición en castellano. Editorial Polemos S.A. Buenos Aires, 1996.
52. **Bleuler Eugen.** Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. Ediciones Hormé. Buenos Aires, 1960.
53. **Wyatt RJ.** Neuroleptics and The Natural Course of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. Vol.17 (2):325-351,1991.
54. **Ey H.** Texte XV. Formes évolutives. Rémissions. Formes terminales. Probleme du pronostic des schizophrénies. En: Ey H. Encycl. Med. Chir. Psychiatrie. 33285 A 10. 1955.
55. **Arduino M, Porciúncula H, Ginés A.** La reforma psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa de Salud Mental en Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 64 (2):302-316,2000.
56. **Becker M y Diamond R.** Nuevos avances en la medición de la calidad de vida en la esquizofrenia. Capítulo 10:115-128. En: Katschnig H, Freeman H y Sartorius N. Calidad de vida de los trastornos mentales. Masson, SA. Barcelona, 2000.
57. **Bobes J y González P.** Calidad de vida en la esquizofrenia. Capítulo 13:157-169. En: Katschnig H, Freeman H y Sartorius N. Calidad de vida de los trastornos mentales. Masson, SA. Barcelona, 2000.
58. **Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J.** Neurocognitive Deficits and Functional Outcome: Are We Measuring the "right Stuff"? Schizophrenia Bulletin, 26 (1):119-136,2000.
59. **Curbelo O, Pardo Martínez V.** Conciencia de enfermedad en la esquizofrenia. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol 60(334):21-29,1996.
60. **Goering PN, Stylianos SK.** Exploring the helping relationship between the schizophrenic client and rehabilitation therapist. American Journal of Orthopsychiatry. Vol 58 (2):271-280,1988.
61. **Kay SR.** Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia: Assessment and Research. Brummer/Mazel, New York, 1991.
62. **Saraceno B, De Luca L, Montero Barquero F.** Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol XII, Nº 40, pp:3-8,1992.
63. **Vázquez C, Muñoz M, Muñoz E, López B, Hernangómez L, Díez M.** La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XX (74):207-228,2000.
64. **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. 27 (1):8-13,1999.
65. **Ginés A.** Hacia una renovación permanente de nuestra joven y centenaria Psiquiatría. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 63. Nº 1:27-43,1999.

## Apéndice I

Escala derivada del Inventario de Evaluación de Deterioros de la OMS (1988)

### Áreas de funcionamiento

A. Cuidado personal y sobrevivencia.

B. Funcionamiento ocupacional: performance en el papel esperado como trabajador remunerado, estudiante, o trabajador en el hogar.

C. Funcionamiento con la familia: relación con el cónyuge, los padres, los hijos y otros familiares.

D. Funcionamiento social: relación con otros individuos y con la comunidad en sentido general, actividades placenteras.

### Escala

0. No disfunción: El funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural.

1. Disfunción mínima: Existe una desviación de la norma en una o más actividades/papeles. Los trastornos son menores pero persisten la mayor parte del período de tiempo.

2. Disfunción evidente: La desviación de la norma es evidente y las disfunciones interfieren con el ajuste social. La disfunción en una actividad/papel persiste casi todo el tiempo.

3. Disfunción severa: Las desviaciones de la norma son marcadas en la mayor parte de las actividades/roles y persisten así más de la mitad del tiempo.

4. Disfunción muy severa: Las disfunciones en todas las áreas son muy severas y persisten casi todo el tiempo. Pueden necesitarse acciones por parte de otros para remediar o controlar la disfunción.

5. Disfunción máxima: La desviación de la norma ha llegado al punto crítico. Puede haber un claro riesgo para la existencia del propio paciente o para la vida social y/o las vidas de otros. Es necesaria alguna forma de acción o intervención social.

9. No aplicable.