

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.

Tesis
Para Obtener el Diploma de Especialización en Psiquiatría.

Título:
Funcionamiento y discapacidad en la vida cotidiana de internos/pacientes con Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI).

Autor:
Dr. Erik Rodrigo López Huerta.

Tutor Teórico:
Dr. Fernando López Munguía.

Tutor Metodológico:
Dr. Francisco Franco López Salazar

México D.F. septiembre de 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Tabla de contenido

Introducción	4
Marco Teórico	5
Justificación	13
Planteamiento del problema	13
Hipótesis	14
Objetivo	14
Material y método	14
Resultados	17
Discusión	22
Conclusión	23
Referencias	25

Funcionamiento y discapacidad en la vida cotidiana de internos/pacientes con Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI)

Resumen

Introducción. La rehabilitación psicosocial (RPS) ha demostrado en países desarrollados que el enfermo psiquiátrico tiene la capacidad de integrarse o reintegrarse a un núcleo social, laboral o familiar, permitiéndole ser independiente, responsable y autónomo, lo que al final se traduce en una mayor calidad de vida. En México, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI) cuenta con un sistema de rehabilitación dirigido a mejorar el nivel de funcionamiento y discapacidad de pacientes psiquiátricos que incide en las áreas de comunicación y comprensión, cuidado personal, capacidad para moverse en el entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana, y entendimiento del entorno con los otros. Estas áreas se evalúan con métodos creados en el mismo Centro de Rehabilitación con resultados satisfactorios. No obstante, se consideró necesario realizar una cohorte con la finalidad de evaluar los resultados del programa en los términos de la Escala de Nivel de Funcionamiento y la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS-II) debido a que se trata de un instrumento estandarizado y validado que mide globalmente el nivel de funcionamiento y la discapacidad.

Diseño: Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de 21 internos/pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos del CEFEREPSI a quienes se les aplicó la Escala de Nivel de Funcionamiento y Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS II) al cumplir sus primeros treinta días de internamiento, con dos aplicaciones subsecuentes, a los sesenta y noventa días, comparando los resultados obtenidos entre cada aplicación.

Instrumentos de medición clínica: Escala de Nivel de Funcionamiento y Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS-II) versión autoaplicable de 12 ítems.

Resultados. En cada una de las áreas evaluadas: comunicación y comprensión, cuidado personal, capacidad para moverse en su entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana, y capacidad de relacionarse con los otros, se obtuvo una diferencia numérica tendiente a la mejoría entre las tres aplicaciones de la escala y estadísticamente significativa en las áreas de comunicación y comprensión ($p=.01$), cuidado personal ($p=.01$), participación en sociedad ($p=.01$), actividades de la vida cotidiana ($p=.05$), capacidad de relacionarse con los otros ($p=.01$). El área de la capacidad para moverse en su entorno no presentó una diferencia estadísticamente significativa.

Conclusion. Los internos/pacientes del CEFEREPSI con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos obtienen mejoría de su sistema de rehabilitación en la funcionalidad y discapacidad, mejoría estadísticamente significativa en las áreas de comunicación y comprensión, cuidado personal, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y capacidad de relacionarse con los otros, y no estadísticamente significativa en la capacidad para moverse en su entorno.

Introducción

La rehabilitación psicosocial (RPS) ha demostrado en países desarrollados que el enfermo psiquiátrico tiene la capacidad de integrarse o reintegrarse a un núcleo social, laboral o familiar, permitiéndole ser independiente, responsable y autónomo, lo que al final se traduce en una mayor

calidad de vida. Es por esta razón que es necesario establecer en nuestro país sistemas eficaces de rehabilitación que integren a los pacientes psiquiátricos a una función global.

Diversas instituciones en México, como el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, y asociaciones civiles como la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE), cuentan con sistemas de rehabilitación que hasta el momento han resultado insuficientes por circunstancias como falta de recursos financieros, pobre red de apoyo familiar y social fuera del hospital psiquiátrico, el estigma sobre la enfermedad mental, carencia de instructores especializados en las instituciones para el desarrollo en habilidades que el enfermo potencialmente podría desempeñar en una actividad remunerada, abandono del programa por parte del paciente o por falta de seguimiento de los pacientes que concluyen con sus programas de rehabilitación. Sin embargo, contamos con un sistema que no presenta estas limitantes debido a su diseño, estructura, recursos humanos, dirigido a un tipo de población con características específicas, el Centro Federal de Rehabilitación Psicossocial (CEFEREPSI), que brinda atención psiquiátrica al paciente que ha delinquido.

Este proyecto se encuentra delimitado en un primer plano al contexto nacional dentro del territorio geográfico y fronteras políticas de México, tal y como hasta ahora se le conoce internacionalmente; su fin será exclusivamente académico y su motivación principal es obtener el diploma en la especialización en Psiquiatría, contando con la autorización de la sede hospitalaria del investigador, Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, y de las autoridades del CEFEREPSI. El trabajo estará enmarcado en el contexto del CEFEREPSI, que se trata de un sistema penitenciario integral, estructurado, seguro y controlado de rehabilitación, y estudiará a pacientes con Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Esta aclaración se hace en virtud de que el sistema de rehabilitación y los internos/pacientes del CEFEREPSI tienen peculiaridades que no se encuentran en ninguna otra institución del país y por lo tanto su abordaje diagnóstico y terapéutico también es particular.

El sistema de rehabilitación del CEFEREPSI va dirigido a mejorar el nivel de funcionamiento y discapacidad en áreas de entendimiento y comunicación, cuidado personal, entendimiento del entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y entendimiento del entorno con los otros; aspectos que se evalúan con métodos diseñados en el mismo Centro de Rehabilitación observando resultados satisfactorios. No obstante, se consideró necesario realizar una cohorte con la finalidad de evaluar los resultados del programa en los términos de la Escala de Nivel de Funcionamiento y la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS-II) debido a que se trata de un instrumento estandarizado y validado que mide globalmente el nivel de funcionamiento y discapacidad.

Durante el desarrollo del presente documento se plantea el problema de la Investigación así como la formulación del mismo. Se hace mención del objetivo general y objetivos específicos del proyecto de una forma detallada y accesible aun para quien no es especialista en el tema. Posteriormente se

abordan la justificación del estudio, se delimita el contexto sobre el cual se desarrollará la investigación, y así mismo se tratarán los detalles técnicos que limitaron el proceso del estudio. En el Marco Teórico se hace referencia de los antecedentes publicados en la literatura en relación con el tema de investigación del presente trabajo. Posteriormente se describen las características del Proyecto, el diseño de la investigación, se plantea la hipótesis y la metodología donde se enuncian los criterios de inclusión y exclusión así como la descripción detallada del proceso del estudio. Finalmente, se presentan, analizan, discuten los resultados obtenidos, y se enuncian las conclusiones del trabajo.

Marco Teórico

La RPS es un proceso que brinda la posibilidad de que personas disminuidas, discapacitadas o impedidas por un trastorno mental alcancen su nivel óptimo de funcionamiento independiente y/o autónomo en la comunidad. Supone mejorar las competencias individuales y a la vez introducir cambios en el entorno (OMS 1995). La RPS es un proceso integral. El término se aplica a sujetos con algún impedimento físico ó mental y consiste en el uso racional de procedimientos basados en la evidencia como son las medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales que tienen por objetivo adiestrar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo de acuerdo a sus posibilidades reales a los niveles más altos de capacidad funcional. La Norma Oficial Mexicana NOM 025-SSA-1995, define a la RPS como un conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad; tiene el objetivo de promover en el paciente el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas.

Las estrategias de RPS varían según las necesidades de los consumidores, el contexto de la rehabilitación (hospitalario o comunitario) y las condiciones culturales y socioeconómicas del país. La vivienda, el empleo y las redes de apoyo social son otros tantos aspectos de la RPS. Sus objetivos principales son habilitar a los consumidores, reducir la discriminación y el estigma, mejorar la competencia social de la persona y crear un sistema de apoyo social duradero. La RPS es uno de los componentes de la atención de salud mental comunitaria integral. Permite que muchas personas adquieran o recuperen las aptitudes prácticas necesarias para vivir e integrarse en la comunidad y les enseña a hacer frente a sus discapacidades. Incluye asistencia para el desarrollo de aptitudes sociales, intereses y actividades de ocio que proporcionen un sentimiento de participación y valía personal. También desarrolla aptitudes para la vida cotidiana, como son las relacionadas al régimen de alimentación, la higiene personal, cocinar, comprar, presupuestar los gastos, ocuparse de la casa y utilizar distintos medios de transporte. Sin embargo, los resultados de las estrategias de rehabilitación actuales son insuficientes para generar la oferta de empleos remunerados así como para crear nuevos servicios de rehabilitación para personas en edad laboral (menos de 65 años), por ejemplo, se tiene estimado que menos del 25% de esta población recibe terapia ocupacional (Lehman, 1996).

Reconociendo esta limitante en los servicios de rehabilitación como un problema de gran relevancia algunos investigadores como Lehman en 1998, realizó el estudio “Equipo de Investigación de Pacientes Esquizofrénicos Ambulatorios” donde se hace referencia a la necesidad de ofertar

servicios de rehabilitación a personas con Esquizofrenia que: a) Deseen tener un empleo b) Hayan laborado en el pasado c) Hayan tenido pocas hospitalizaciones psiquiátricas y d) Tengan adecuadas habilidades para trabajar. La rehabilitación tiene múltiples beneficios como disminución en internamientos psiquiátricos, estructura externa, aumento en la valía y responsabilidades sociales, mayor socialización, y mayor oportunidad de aplicar las habilidades (Bond et.al, 2000; Clarck et.al, 1998; Cook and Razzano, 2000; Drake et.al, 1999; Mueser et.al, 1997). La meta de la Rehabilitación no es, de primera intención, la reducción de sintomatología psiquiátrica, sino disminuir la discapacidad, alcanzar metas de vida y disminuir el costo para la sociedad.

Los Programas de Rehabilitación que han demostrado mayor eficacia dirigidos a personas con trastornos mentales severos son los talleres, la RPS y los empleos de soporte (Bond y Boyer, 1998). En los talleres, el paciente trabaja con otros pacientes generalmente en un sistema tipo fábrica (por ejemplo ensamblando o empacando algún producto). Entre las principales limitantes de este sistema se encuentran que el enfermo no convive con compañeros no enfermos y no considera los intereses individuales de cada uno. Además, el paciente no desarrolla habilidades que mejoren su funcionamiento en la comunidad. Se estima que menos del 5% de los “egresados” de estos sistemas adquieren un empleo en la comunidad.

Los programas de RPS se caracterizan por impartir cursos pre-vocacionales (enseñar habilidades para laborar), encontrar empleos temporales o transitorios pero, tienen la desventaja de que no mantienen al paciente a largo plazo en el empleo adecuado (Corrigan, 2001; Lehman, 1998).

Los programas de empleos con soporte ubican al enfermo rápidamente y lo entrenan en el trabajo, sitúan al paciente en un contexto laboral integral, es decir que convive con gente no enferma, se consideran los intereses del paciente, se brinda soporte laboral ilimitado, cuenta con un equipo terapéutico que interactúa con los compañeros de trabajo y supervisores no enfermos. La definición federal de los programas de Empleos con soporte es “Trabajo competitivo en un contexto laboral integral consistente en las fuerzas, recursos, prioridades, habilidades, capacidades, intereses y libre elección informada del individuo, para el individuo con mayor discapacidad congénita o adquirida” (Rehabilitation Act Amendment, 1998).

Los resultados de un sistema de rehabilitación se verían reflejados en la sociedad como ilustra el estudio de la Dra. Patricia Brennan y cols. (2000), que consistió en determinar el número de nacimientos entre 1944 y 1947 excluyendo a aquellas personas que para el año 1991 hubiesen muerto o emigrado. De estos registros se conocía además género, trabajo, estado civil, número de hijos, etc. Posteriormente se tuvo acceso a los archivos policíacos, donde todo quien delinque está registrado y del mismo modo ocurre con quien es internado en instituciones psiquiátricas. Se hizo la comparación entre las tres bases de datos. Como resultado obtuvieron que el 2.2% de los hombres del total de la cohorte fueron hospitalizados por algún trastorno psiquiátrico mayor (Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos, Psicosis orgánicas y afectivas) y que el 10% de los delitos cometidos con

violencia por hombres habían sido efectuados por pacientes que se encuentran en ese 2.2%. En el caso de las mujeres el 2.6% del total de la cohorte requirió hospitalización y el 16% de los delitos con violencia fueron cometidos por mujeres hospitalizadas con anterioridad. Por otro lado, Hodgins (2004) estudió a 232 varones con diagnósticos pertenecientes al espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos (esquizofreniforme, esquizoafectivo) donde compara los registros de pacientes en un hospital psiquiátrico general y en pacientes internados en una institución psiquiátrica forense. Los resultados señalan que el 77.8% de los pacientes del hospital forense habían tenido internamientos previos en el hospital psiquiátrico general y que el 24.3% de los pacientes del hospital psiquiátrico general tenían antecedentes penales. Los delitos habían sido cometidos por el 39.8% de los pacientes del hospital forense y 10.8% de los pacientes del hospital psiquiátrico general antes de su primer ingreso, y después de éste 59 pacientes cometieron 195 delitos no violentos y 59 violentos. Lo que deja manifiesto la necesidad de implementar servicios eficaces de rehabilitación en instituciones psiquiátricas forenses y generales.

Lo anterior, hace evidente la necesidad de sistemas de RPS dirigidos a cada población y en estos casos a la población de pacientes psiquiátricos tendientes a delinquir, como lo es la población objeto de estudio del presente trabajo, circunstancias para lo que la OMS recomienda (OMS 2001):

1. Tratamiento Ambulatorio en el establecimiento penitenciario. En este modelo, el paciente psiquiátrico permanece en el centro penitenciario recluido en celdas convencionales y acude al consultorio de enfermería para recibir atención.
2. Alojamiento en pabellones especiales del establecimiento penitenciario. Los pacientes son trasladados a pabellones especiales dentro del establecimiento penitenciario durante la manifestación o exacerbación de síntomas, o bien durante todo el periodo de encarcelamiento.
3. Hospitales de seguridad especializados (Hospitales penitenciarios). Los internos cursan en estos todo el periodo de reclusión.
4. Establecimiento de convenios con instituciones externas al sistema penitenciario. Los pacientes son trasladados a estos hospitales durante los episodios de enfermedad.
5. Castigos comunitarios forenses. Se realizan los esfuerzos necesarios para que el paciente no ingrese al sistema penitenciario, o bien si ha salido de la cárcel, no vuelvan a ella.

Independientemente del sistema, los objetivos de la rehabilitación psiquiátrica son equivalentes en áreas como la comunicación y comprensión, cuidado personal, capacidad para moverse en su entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana, y capacidad de relacionarse con los otros (OMS, 2001) y pueden evaluarse con la WHODAS II, como ha sucedido en diversos estudios realizados por Philip D. Harvey y cols. (2006) para medir las limitaciones físicas asociadas a los efectos secundarios de antipsicóticos atípicos, para medir la discapacidad previa y posterior al

tratamiento del trastorno de pánico (Peter Roy-Byrne y cols. 2006), evaluar el impacto de los síntomas negativos en pacientes con Esquizofrenia (Christopher R. Bowie y cols. 2006), o para determinar la funcionalidad global de pacientes con Esquizofrenia (Keefe et.al 2006).

México cuenta con el antecedente del sistema de rehabilitación denominado Programa de Rehabilitación Integral para Pacientes Esquizofrénicos (PRIE) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (Díaz, 2005). Este sistema, está dirigido al paciente Esquizofrénico. Se trata de un comparativo entre dos grupos integrados por 39 pacientes con esquizofrenia cada uno, un grupo control que recibía atención psiquiátrica habitual y un grupo experimental que además de recibir la misma atención psiquiátrica se integraba a un sistema de rehabilitación por espacio de un año. La eficacia del programa se evaluó a través de: a) severidad de los síntomas psiquiátricos b) apego terapéutico c) desempeño cotidiano d) funcionamiento psicosocial e) actividades ocupacionales dentro del hogar f) emoción expresada g) pautas de comunicación con la familia. Los instrumentos de medición fueron: Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANNS), Entrevista y expediente clínico para determinar si hubo recaída u hospitalización, Escala de desempleo cotidiano, Escala de desempeño psicosocial, Escala de evaluación global, Cuestionario de evaluación y seguimiento, Escala de desempeño laboral del paciente, Cédula de Evaluación de la Conducta (SBAS), Escala de Emoción expresada (FMSS), Lista de verificación del desempeño del paciente esquizofrénico y Escala de síntomas extrapiramidales. Los resultados manifiestan mejoría significativa en el desempeño cotidiano del grupo experimental en el 75% de las áreas evaluadas.

En el caso del CEFEREPSI, hospital psiquiátrico forense, cuyo objetivo es proporcionar atención individualizada secuencial e interdisciplinaria de tercer nivel a los enfermos mentales privados de su libertad de todo el país, en un régimen de estancia a corto y mediano plazo en el periodo agudo del trastorno psiquiátrico se considera como prioridad la rehabilitación integral del paciente mediante un procedimiento de selección y clasificación basado en el diagnóstico multiaxial del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM-IV TR). Los antecedentes de esta institución se remontan al año de 1993, año en que se promovió la creación del Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la Población Penitenciaria, que más tarde formaría el "Sistema Nacional de atención Psiquiátrica para enfermos mentales en Reclusión" como plan rector nacional, concretándose con la edificación del CEFEREPSI. Esta institución da tratamiento a pacientes psiquiátricos internos en un sistema penitenciario dentro de un programa de atención dirigido a mejorar su nivel de funcionamiento y discapacidad. Aspectos que se han evaluado con métodos creados en el mismo Centro de Rehabilitación y observando resultados cualitativos satisfactorios.

El proceso de ingreso al programa de rehabilitación del CEFEREPSI implica la participación de diversas áreas. Al ingreso se realiza el certificado médico de lesiones y toxicológico, identificación antropométrica y dactiloscópica. Posteriormente los interno/pacientes se ubican en el área de ingresos y en los casos en que se detecta algún proceso mórbido grave, se procede a ubicarlos

directamente en la unidad hospitalaria. En las primeras 72 hrs. de ingreso se integra un diagnóstico presuntivo, con la intervención y evaluación de las siguientes áreas a fin de determinar la ubicación del interno/paciente en alguno de los siete módulos: Psiquiatría valora para determinar el diagnóstico de ingreso del interno/paciente y ante la presencia de sintomatología psiquiátrica prescribirá tratamiento farmacológico inicial y determina la factibilidad de que se realice la valoración integral por las áreas técnicas. Medicina general realiza el examen físico general del interno/paciente y, en caso necesario, prescribe tratamiento. Psicología entrevista al paciente para explorar las características de personalidad. Trabajo Social obtiene información de su grupo familiar y red social de apoyo, a efecto de notificar su ingreso al Centro e informa al interno/paciente de sus derechos y obligaciones durante su estancia en el mismo. Criminología interroga al interno/paciente y consulta expediente jurídico y técnico para conocer la trayectoria intrainstitucional del centro de procedencia a fin de determinar los radicales criminológicos que junto con funcionalidad biopsicosocial de los interno/pacientes y, posterior al análisis del caso en el Comité de Tratamiento y Rehabilitación, se propone el módulo en que se ubicará al interno/paciente. Posteriormente, se presenta el caso ante el Consejo Técnico Interdisciplinario, quien avala la propuesta de ubicación.

Un diagnóstico confirmatorio se elabora durante los 20 días posteriores al ingreso del interno/paciente, con la intervención y evaluación de las áreas involucradas en el diagnóstico presuntivo y se incluye la información proporcionada por la Subdirección de Seguridad y Vigilancia respecto a la conducta observada del interno/paciente. Psiquiatría realiza valoración para confirmar o modificar el diagnóstico emitido conforme a los criterios del DSM-IV-TR, así como el tratamiento farmacológico inicial. Medicina general efectúa el examen físico e historia clínica del interno/paciente a efecto de confirmar o modificar el diagnóstico o tratamiento inicial apoyándose en estudios de gabinete y laboratorio. En caso necesario se realiza interconsulta con otras especialidades. En esta etapa se incluye la evaluación de terapia física para determinar la condición física y el tipo de actividades deportivas en las que podrá participar el interno/paciente. Psicología entrevista, aplica, interpreta e integra batería de pruebas, sugiere una dinámica y determina las características de personalidad del interno/paciente. Las baterías de pruebas Psicológicas que se aplican son: Proyectivas como H.T.P, Machover, T.A.T. , Sacks. Pruebas de Organicidad como Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender. Pruebas de Inteligencia como el Army Beta, los Dominóes, el test de inteligencia de Raven, Escala de Weshler. Personalidad: MMPI. Establece el diagnóstico de personalidad conforme a los criterios del DSM-IV-TR, y propone la inclusión en las diferentes modalidades de psicoterapia: cognitivo conductual, conductual, de corte analítico, y en dos modalidades: Individual y grupal. Trabajo Social realiza una entrevista de investigación con el interno/paciente, familiares y/o representante legal a fin de integrar el estudio psicosocial. En los casos necesarios continúa con el proceso de localización de redes de apoyo, y con base en la ubicación en módulo determinará el modelo de intervención social y familiar.

El conjunto de las evaluaciones determina las actividades que ejecutará el interno/paciente en los ejes biológico, psicológico y social, tendientes a mantener, promover o desarrollar sus áreas sanas. El área de Pedagogía lleva a cabo la entrevista y se aplican pruebas de conocimientos generales del sistema de educación para adultos para conocer las capacidades cognitivas y conocimientos generales. El área de terapia ocupacional investiga la trayectoria laboral del interno/paciente y evalúa su habilidad psicomotora. Con la información de estas 2 áreas, se establece el perfil académico laboral y se determina la inclusión del interno/paciente en los programas académicos, ocupacionales y de rehabilitación psicosocial. El área de recreación y cultura evalúa las capacidades y habilidades tales como procesos de socialización, interacción e integración, así como posibilidades de participación lúdica, recreativa y repertorio sociocultural. El área deportiva determina las capacidades y habilidades físicas, principalmente de coordinación corporal y condicionales así como hábitos deportivos y de promoción para la salud. Las posibilidades de participación en juegos organizados y de conjunto. Criminología analiza e integra la información documental de las diferentes áreas para confirmar o modificar los radicales criminológicos.

Al término de las evaluaciones y clasificación, el interno/paciente se integra a alguno de los siguientes programas, actividades y talleres:

1. Programas

1. Farmacodependencia
2. Familia
3. Salud Mental
4. Violencia familiar
5. Comunicación y comprensión
6. Proyecto de vida
7. Autoestima
8. Reinserción sociofamiliar
9. Reinserción laboral
10. Sexualidad.

2. Actividades

A. Psicopedagógicas

1. Programa de actividades psicopedagógicas
2. Programa de apoyo pedagógico
3. Programa de lectoescritura
4. Programa de preescritura
5. Primaria (1ª y 2ª parte)
6. Secundaria
7. Preparatoria
8. Mundo Actual
9. Taller Literario
10. Salas de Lectura.

B. Actividades de Terapia ocupacional

1. Estimulación Cognitiva y Motriz.

2. 1er.Nivel (Básico)
3. 2do. Nivel (intermedio)
4. 3er. Nivel (Funcional)

C. Actividades deportivas y recreativas

1. Biblioteca
2. Deportes: Fútbol, basquetbol, torneos.
3. Videoteca
4. Ludoteca

3. Talleres

A. Capacitación laboral

1. Capturista
2. Computación
3. Técnicas Agrícolas
4. Tecnología de Alimentos
5. Elaboración con Joyería de Fantasía

B. Talleres culturales.

1. Música
2. Teatro
3. Lectura
4. Danza

Evaluación del Sistema de Rehabilitación.

El sistema de rehabilitación se evalúa en tres áreas: Psicopedagógica, de Terapia ocupacional, de Cultura, recreación y deportes.

1. Psicopedagogía: Participa en el programa de actividades psicopedagógicas correspondientes al módulo, para que por medio de tareas específicas, estimule motricidad fina, establezca periodos de atención-concentración al efectuar una actividad. Asimismo, ejercite comprensión y seguimiento de instrucciones verbales precisas y se propicie el acatamiento de normas y reglas dentro del área de trabajo.

2. Terapia ocupacional: Se incluye en el nivel de Estimulación Cognitiva y Motriz, con la finalidad de propiciar adherencia a las actividades ocupacionales. Para alcanzar dicho objetivo será indispensable intervenir con tácticas de sensibilización, así como con inducción, guía, asesoría y supervisión directiva estrecha; con ello puede beneficiarse en su tratamiento ocupacional.

Los niveles de estimulación Cognitiva y Motriz a los que se integra al interno/paciente dependiendo de sus habilidades son:

1er. Nivel: Trazo libre, calcado e iluminado de dibujos, modelado de plastilina, decorado de figuras con semillas, decorado de figuras con papel crepé, lijado de madera, manualidades en madera, pirograbado, juguetería de peluche, juguetería de fieltro y viveros.

2do. Nivel: Calcado e iluminado, trazo libre y técnicas de iluminado, juguetería de peluche, juguetería de fieltro, pirograbado, decorado de madera, técnica de pintura acrílica, decorado de cerámica, calado de madera, y viveros.

3er. Nivel: Técnicas de iluminado, madera tallada, tarjetería española, taller de joyería de fantasía.

En la capacitación laboral, hay talleres dirigidos a la obtención de habilidades en el campo laboral.

3. Cultura, Recreación y Deportes: Se integra a los programas de estimulación perceptiva motriz para incrementar primeramente su capacidad de movimiento mediante experiencias motrices básicas. Juegos Recreativos para estimular y mantener repertorios básicos (atención y seguimiento de instrucciones), establecer y mantener repertorios de sociabilización mínimos (contacto visual y saludo verbal).

Se realizan revaloraciones mensuales y por periodos que abarcan del primer mes del año al actual para conocer la evolución y respuesta al tratamiento integral instaurado al interno/paciente, a fin de ratificar o modificar las medidas terapéuticas o aplicar la reubicación en módulos y niveles de rehabilitación de acuerdo a los resultados obtenidos y considerar el egreso del interno/paciente por máximo beneficio institucional. Estas evaluaciones se llevan a cabo desde dos perspectivas diferentes: La de alcanzar metas de un número determinado de internos/pacientes en el plazo de un año integrados a actividades o talleres, y de las habilidades que adquiere o recupera el interno/paciente. En el primer caso, se presenta al inicio de cada año un programa para internos/pacientes a rehabilitar en cada actividad y taller, mismo que es evaluado mensual y

periódicamente para medir el progreso y tendencia de los programas de actividades hacia la meta propuesta. La información se vacía y almacena en hojas de cálculo y bases de datos. Mientras que en el segundo caso, se aplican mediciones creadas en la institución por cada servicio.

Justificación

La RPS es un proceso que brinda la posibilidad de que personas disminuidas, discapacitadas o impedidas por un trastorno mental alcancen su nivel óptimo de funcionamiento independiente y/o autónomo en la comunidad. Supone mejorar las competencias individuales y a la vez introducir cambios en el entorno (OMS 1995).

Conociendo el nivel de rehabilitación adquirido durante la hospitalización de nuestra población, se pueden pronosticar necesidades de los servicios de salud mental, tiempo de hospitalización, desarrollo de habilidades posteriores a la hospitalización y funcionalidad en la vida laboral.

Por otro lado, el conocer el grado de discapacidad ha de permitir al profesional encargado de dirigir los servicios de salud mental a tomar decisiones políticas y administrativas que optimicen los recursos humanos y materiales, tal es el caso de la identificación de necesidades de su establecimiento, la sincronía de tratamientos e intervenciones terapéuticas, la medición de resultados y efectividad, e identificar prioridades o recursos con el objetivo de alcanzar las metas establecidas.

Planteamiento del problema

Los internos/pacientes del CEFEREPSI con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, obtienen mejoría en la funcionalidad y discapacidad de su sistema de rehabilitación en las áreas de comunicación y comprensión, cuidado personal, capacidad para moverse en su entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y capacidad de relacionarse con los otros. Sin embargo, esta mejoría no ha sido medida con un instrumento estandarizado.

Formulación del problema

¿Cuál es la mejoría en la funcionalidad y discapacidad obtenida del sistema de rehabilitación del CEFEREPSI en internos/pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en las áreas de comunicación y comprensión, cuidado personal, capacidad para moverse en su entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y capacidad de relacionarse con los otros?

Hipótesis

La mejoría en la funcionalidad y discapacidad obtenida del sistema de rehabilitación del CEFEREPSI en internos/pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en las áreas de comunicación y comprensión, cuidado personal, capacidad para moverse en su entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y capacidad de relacionarse con los otros, es cuantificable y estadísticamente significativa.

Objetivos

Objetivo General.

Medir cuál es la mejoría en la funcionalidad y discapacidad obtenida del sistema de rehabilitación del CEFEREPSI en internos/pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Objetivos Específicos.

Mediante la aplicación de la Escala de Nivel de Funcionamiento y la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS-II), medir cuál es la mejoría en la funcionalidad y discapacidad obtenida del sistema de rehabilitación del CEFEREPSI en internos/pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en las áreas de comunicación y comprensión, cuidado personal, capacidad para moverse en su entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y la capacidad de relacionarse con los otros.

Material y Método

Diseño: Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de 21 internos/pacientes con Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos del CEFEREPSI a quienes se les aplicó la WHODAS II al cumplir sus primeros treinta días de internamiento, con dos aplicaciones subsecuentes de la escala a los sesenta y noventa días posteriores a la inicial.

Sujetos: Se seleccionaron a 21 internos/pacientes con Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos que cumplieran con los criterios de inclusión a quienes se les invitó a participar en la investigación y a firmar un consentimiento informado. Posteriormente, se le aplicó a cada uno de ellos en el consultorio de su módulo correspondiente (en compañía de personal de seguridad) la WHODAS-II en una valoración inicial y en dos posteriores, a los sesenta y noventa días.

La información referente al diagnóstico así como datos demográficos (edad, nivel socio económico, religión, estado civil, delito) se obtuvo del expediente clínico.

Criterios de inclusión: Participantes varones internos/pacientes del CEFEREPSI con 30 días de internamiento, entre 18 y 55 años, con diagnóstico de Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR, con el mismo tratamiento farmacológico, sin otro trastorno psiquiátrico en eje I excepto consumo de sustancias, cursando su primer ingreso en el Centro y sin diagnóstico ni tratamiento psiquiátrico previo.

Criterios de exclusión: Participantes con cualquier trastorno mental que no sea Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos, trastornos puros de la personalidad y abuso de sustancias únicos.

Material:

Escala de Nivel de Funcionamiento y la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS II): La WHODAS-II, ha sido desarrollada para medir las limitaciones en la actividad y restricciones en participación experimentadas por un individuo, independientemente de su diagnóstico clínico.

Los sujetos estudiados son interrogados respecto al nivel de dificultad que experimentan por padecer su enfermedad, trastorno o condición en las siguientes áreas:

1. Comunicación y comprensión
2. Cuidado personal
3. Capacidad para moverse en su entorno
4. Participación en sociedad
5. Actividades de la vida cotidiana
6. Capacidad de relacionarse con los otros

La WHODAS II, como se conoce hoy día, tuvo su más reciente publicación en el año 2001, y es el resultado de la colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) así como de instituciones especializadas de Estados Unidos de Norteamérica como el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), El Instituto Nacional de abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA). Este proyecto es conocido como el WHO/NIH Proyecto de Medida y clasificación de Discapacidad.

La WHODAS-II es un instrumento para medir el funcionamiento y discapacidad conceptualmente compatible con la revisión más reciente de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2001). Evalúa el funcionamiento diario en seis áreas de actividad desde una doble perspectiva, cuantitativa y de interferencia con la vida: comunicación y comprensión, cuidado personal, capacidad para moverse en su entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y capacidad de relacionarse con los otros. Los resultados se calculan de acuerdo a una escala tipo Likert, en la cual se califica la dificultad de ejecución en cinco grados (1=nada, 5= extremadamente) como se muestra la siguiente figura.

Figura 1

Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/No puede hacerlo
1	2	3	4	5

Escala de 5 grados que evalúa la WHODAS II.

Existen las versiones en forma de entrevista semiestructurada de 12, 24+12, y 36 ítems nucleares, y de cuestionarios de 12 ítems autoaplicable con el siguiente marco conceptual de referencia:

Grado de dificultad. Durante la entrevista el paciente es interrogado respecto al grado de dificultad que encuentra en la ejecución de una tarea determinada. Para la WHODAS II, tener dificultad en la ejecución de una actividad significa: aumento en el esfuerzo, dolor o molestia, lentitud, cambio en la forma de realizar la tarea.

Condición física. Los participantes son instruidos para responder si la dificultad para realizar una acción se debe a alguna condición física. Condición física significa: enfermedades, trastornos o cualquier problema de salud; heridas, problemas mentales o emocionales, problemas con el consumo de alcohol o drogas. Además debe descartarse cualquier circunstancia externa que pudiera modificar la respuesta del entrevistado.

Por ejemplo si se interroga: ¿Cuánta dificultad encuentra en lavar todo su cuerpo? Si responde regular porque es un baño frío, este déficit no es por ningún problema físico o de salud; en este caso deberá calificarse 1.

Hay que enfatizar que se entrevista sobre las habilidades de los pasados 30 días, lo cual es el marco temporal de la WHODAS II, e indagar sobre días buenos y malos. Algunas preguntas en la escala podrían cambiar en su respuesta y ejecución dependiendo del sentir específico del entrevistado en un día determinado. En este caso ha de preguntarse el promedio o generalidad del grado de dificultad que implica la tarea, es decir, cómo se ejecuta por lo general la actividad. Esto hace referencia a que algunas personas requieren cotidianamente de la ayuda de algún asistente, mismo que ha de considerarse como elemento accesorio pero intrínseco a la habilidad para realizar tareas. Por ejemplo, si se interroga: ¿Cuánta dificultad encuentra en lavar todo su cuerpo? Si esta pregunta se dirige a una persona con sección medular antigua, ha de calificarse con 1, si es que no ha aumentado su discapacidad con la ayuda de su auxiliar. Si en algún momento se interroga algún ítem en el que el paciente no tenga esta actividad como cotidiana, como una actividad física o particularidades con sus usos y costumbres se ha de calificar como N/A (no aplica) y se anula esa pregunta.

La WHODAS II proporciona un perfil del funcionamiento en las seis áreas evaluadas y una puntuación global de discapacidad. Las puntuaciones directas de cada área se transforman en una escala estándar de 0 a 100.

Definición de las Variables:

Variable independiente: Número de días en el Sistema de Rehabilitación.

Variable dependiente: Nivel de funcionamiento y discapacidad en las áreas de comunicación y comprensión, cuidado personal, capacidad para moverse en su entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y capacidad de relacionarse con los otros.

Instrumentos de medición clínica: Escala de Nivel de Funcionamiento y la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS-II) versión autoaplicable de 12 ítems.

Análisis

Se utilizaron medidas de resumen (media, desviación estándar) y para prueba de hipótesis se aplicaron ANOVA y prueba Pos Hoc de Bonferroni.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 21 sujetos que ingresaron al Sistema de Rehabilitación del CEFEREPSI que fueron evaluados en los tiempos establecidos.

En la muestra se obtuvo una media de edad de 37 años, el 85% tiene un nivel básico de escolaridad, el 90% tiene un oficio, 90% es católico, el 52% cuenta con pareja (33% casados, 19% unión libre), 76% procede del centro del país, 14% procede del norte y 10% del sur. El delito más cometido fue el homicidio con 53% seguido de la violación con 19% y el robo con 13% (Cuadro 1).

El 52% de la muestra contaba con diagnóstico de otros trastornos psicóticos (esquizofreniforme orgánico, esquizoafectivo) y el 48% con diagnóstico de Esquizofrenia. El 52% de la muestra tenía antecedente de abuso de sustancias, 23% de traumatismo craneo encefálico, 14% de distocia, y 5% epilepsia. El 67% no tiene comorbilidad con enfermedades no psiquiátricas, el 23% padece enfermedad crónico degenerativa (hipertensión arterial), mientras el 5% cursaba con enfermedad infecciosa que cabe señalar es VIH (Cuadro 2).

En cada una de las áreas evaluadas: comunicación y comprensión, cuidado personal, capacidad para moverse en su entorno, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y capacidad de relacionarse con los otros, se obtuvo una diferencia numérica y es estadísticamente significativa entre la primera y segunda aplicación, así como entre la primera y la tercera en las áreas de comunicación y comprensión ($p=0.01$), cuidado personal ($p=0.01$), participación en sociedad ($p=0.01$), actividades de la vida cotidiana ($p=0.05$), capacidad de relacionarse con los otros ($p=0.01$). Sin embargo, el área de Capacidad para moverse en su entorno no presentó una diferencia estadísticamente significativa (Cuadro 3).

Cuadro 1.- Características sociodemográficas de los sujetos estudiados (n=21)

		n	%		
Sexo	Masculino	21	100		
Edad		min 26 años	max 55 años	media 37	ds 8.17
Estado Civil	Soltero	10	48%		
	Casado	7	33%		
	Unión Libre	4	19%		
Escolaridad	Analfabetismo	1	5%		
	Básica	18	85%		
	Media	1	5%		
	Superior	1	5%		
Ocupación	Si (Oficio)	19	90%		
	No	2	10%		
Religión	Católica	16	76%		
	Cristiana	3	14%		
	Ninguna	2	10%		
Origen	Norte	3	14%		
	Centro	16	76 %		
	Sur	2	10%		
Delito	Homicidio	11	53%		
	Violación	4	19%		
	Robo	3	13%		
	Lesiones	1	5%		
	Daño a propiedad ajena	1	5%		
	Cohecho	1	5%		

Cuadro 2.- Descripción de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes estudiados (n=21)

		n	%
Diagnóstico Psiquiátrico	Esquizofrenia	10	48%
	Otras Psicosis	11	52%
Antecedentes	Abuso de sustancias	11	52%
	Epilepsia	1	5%
	Distocia	3	14%
	TCE	5	23%
Diagnóstico No Psiquiátrico	Crónicodegenerativa	5	23%
	Traumático	1	5%
	Infeccioso	1	5%
	No tiene	14	67%
Tratamiento no Psiquiátrico	Antihipertensivos	1	5%
	Otros	1	5%
	Ninguno	19	90%

Cuadro 3.- Descripción de los resultados en el Índice Clinimétrico aplicado a los pacientes estudiados (n=21).

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		ANOVA (gl=2)		Bonferroni	
	media	ds	Media	ds	media	ds	F	p	p 1-2	p 1-3
Capacidad de moverse en su entorno	4.52	2.92	3.43	1.88	2.95	1.39				
Actividades de la vida cotidiana	4.00	1.70	3.43	1.66	2.86	1.01	3.07	0.05		0.04
Comunicación y comprensión	4.29	1.70	3.38	1.49	2.95	1.11	4.55	0.01		0.01
Participación en Sociedad	4.14	1.90	3.33	1.23	2.81	0.92	4.71	0.01		0.01
Cuidado personal	2.71	1.38	2.10	0.30	2.05	0.21	4.24	0.01	0.05	0.03
Capacidad de relacionarse con los otros	4.19	2.27	3.57	1.98	3.43	1.77				

Discusión

En este estudio existe variación en los datos sociodemográficos comparados con los reportados en la literatura, donde la edad promedio de sujetos estudiados es menor de 30 años y su estado civil soltero. En este estudio los integrantes de la cohorte tienen edad promedio de 37 años y la mayoría tienen pareja (52%).

Clínicamente se estudiaron sujetos con Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos al igual que en otras investigaciones de sistemas de rehabilitación similares (Hodgins 2002; Erb, M., Hodgins 2000; Freese 2001; Brennan 2001).

Los resultados muestran una eficacia en el programa de rehabilitación del CEFEREPSI en un plano multidimensional y coincide con otros resultados publicados en la literatura que evalúan áreas similares a la comunicación y comprensión, el cuidado personal, la capacidad para moverse en su entorno, la participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y la capacidad de relacionarse con los otros; todos medidos en este trabajo, que no sólo se enfocan a la reducción de síntomas psiquiátricos, sino a una mejoría en las áreas evaluadas. Por ejemplo, en el estudio de Bell y cols. publicado en 1996, se estudió el efecto de la terapia incentiva sobre la participación en sociedad de pacientes con Esquizofrenia en dos grupos (un grupo con terapia incentiva y un grupo control) reportando una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.02$) en la participación en sociedad de los integrantes del grupo que tenía terapia incentiva contra los que no la tenían. En este trabajo la diferencia significativa en el área de participación en sociedad fue de $p=0.01$. Por otro lado, los resultados obtenidos en el estudio de entrenamiento en habilidades sociales de Tsang y cols. en el 2001 reportan una diferencia significativa ($p=.01$) en la participación en sociedad y en el número de participantes del grupo que tenía contacto mensual con un grupo guía de Habilidades Sociales por tres meses, resultados que coinciden con los obtenidos en esta investigación. Ocho estudios longitudinales comparativos de terapia ocupacional en los que se evaluaba la función global en pacientes esquizofrénicos también presentan diferencias estadísticamente significativas y similares a las obtenidas en nuestros resultados ($p>0.05$). Seis investigaciones de sistemas de Rehabilitación Psicosocial comparan los servicios de empleos con soporte contra otros sistemas de rehabilitación y reportan mejores resultados en áreas de comunicación, cuidado personal, relación con los otros y participación en sociedad en los programas de empleo con

soporte, cuyos participantes terminaron con cuatro veces más empleos competitivos que los controles (Lippincott, 2003).

En México contamos con la evaluación del Programa de Rehabilitación Integral para Pacientes Esquizofrénicos (PRIE) de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (Díaz, 2005). Se trata de un estudio cuasi experimental pretest-posttest comparativo prospectivo, entre un grupo experimental y un grupo control, donde miden la eficacia de su programa de rehabilitación en algunas áreas semejantes a las evaluadas en este trabajo siendo también estadísticamente significativas en comunicación ($p=0.003$), actividad laboral ($p=0.018$), aseo personal ($p=0.001$), visitas a amigos ($p=0.024$), desempeño en el trabajo ($p=0.009$).

Existen diferentes tipos de Programas de Rehabilitación dirigidos a personas con trastornos mentales severos, como los talleres, la rehabilitación psicosocial, y los empleos de soporte (Bond y Boyer, 1998). El CEFEREPSI implementa una combinación de talleres y rehabilitación psicosocial proporcionando al enfermo los beneficios de ambos sistemas aunque también sus limitantes, como es que el enfermo no conviva con compañeros no enfermos, no considerar los intereses individuales de cada uno solo las capacidades o aptitudes con que cuenta y no desarrollar habilidades que mejoren su funcionamiento en la comunidad (Corrigan, 2001; Lehman, 1998), comprobado con los resultados obtenidos de este estudio en las áreas de moverse en su entorno y capacidad de relacionarse con los otros en las que no se encontraron cambios significativos ($p>0.05$) entre los tiempos en que se aplicó la escala.

En un seguimiento de los participantes de este estudio, podría evaluarse si los resultados de la rehabilitación se mantienen al paso del tiempo y verificar si existe disminución en internamientos psiquiátricos, aumento en la valía del paciente, adquisición de responsabilidades sociales y mayor socialización con el fin de disminuir el costo para la sociedad, como es descrito en diferentes publicaciones (Bond et.al, 2000; Clarck et.al, 1998; Cook and Razzano, 2000; Drake et.al, 1999; Mueser et.al, 1997).

Entre las limitantes de este trabajo, que mide el nivel de disfunción y discapacidad de pacientes con Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI), se encuentra que no se realizó una evaluación de la sintomatología psicótica en la cohorte estudiada a través de la aplicación de instrumentos clinimétricos en conjunto con la medición de funcionamiento en las áreas

evaluadas, lo que podría dificultar distinguir si fue el sistema de rehabilitación o el tratamiento farmacológico lo que produjo mejoría en la funcionalidad y discapacidad del interno/paciente. Sin embargo, y basándonos en la definición de rehabilitación de la OMS que enuncia (OMS 1995): “Uso racional de procedimientos basados en la evidencia como son las medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales que tienen por objetivo adiestrar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo de acuerdo a sus posibilidades reales a los niveles más altos de capacidad funcional”; consideramos al tratamiento farmacológico de los síntomas psicóticos como parte del sistema de rehabilitación.

Conclusión

Los internos/pacientes del CEFEREPSI con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos obtienen mejoría de su sistema de rehabilitación en la funcionalidad y discapacidad, mejoría estadísticamente significativa en las áreas de comunicación y comprensión, cuidado personal, participación en sociedad, actividades de la vida cotidiana y capacidad de relacionarse con los otros, y no estadísticamente significativa en la capacidad para moverse en su entorno.

Referencias

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM^{IV}). Washington, DC: APA.
2. Bell MD, Lysaker PH. The relationship of psychiatric symptoms to work performance for persons with severe mental disorders. *Psychiatr Serv* 1995;46:508–511.
3. Bell M, Bryson G, Kaplan E. Work rehabilitation in schizophrenia: cognitive predictors of best and worse performance. *Schizophr Res* 1999;36:322.
4. Bell M, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological test performance. *Arch Gen Psychiat* 2001;58:763–768.
5. Bellack AS, Mueser KT, Morrison RL, Tierney A, Podell K. Remediation of cognitive deficits in schizophrenia. *Am J Psychiat* 1990;147(12):1650–1655.
6. Bellack AS, Gold JM, Buchanan RW. Cognitive remediation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies. *Schizophrenia Bull* 1999;25:257–274. 65.
7. Brenner H, Hoder B, Roder V, Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioural deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1992;18:21–26.
8. Bell MD, Milstein RM, Lysaker PH. Pay and participation in work activity: clinical benefits for clients with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 1993;17:173–177.
9. Bruder GE, Wexler BE, Sage MM, Gil RB, Gorman JM. Verbal memory in schizophrenia: additional evidence of subtypes having different cognitive deficits. *Schizophr Res* 2004;68: 137–147.
10. Bonta, J., Law, M. & Hanson, K. (1998) The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123 - 142.
11. Brennan, A., Mednick, S. A. & Hodgins, S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 2000, 57, 494-500.
12. Carter CS, Perlstein W, Ganguli R, Brar J, Mintun M, Cohen JD. Functional hypofrontality and working memory dysfunction in schizophrenia. *Am J Psychiat* 1998;155(9):1285–1287.
13. Carter M, Flesher S. The neurosociology of schizophrenia: vulnerability and functional disability. *Psychiatr* 1995;58:209–224.

14. Sharma T, Antonova L. Cognitive function in schizophrenia: deficits, functional consequences, and future treatment. *Psychiat Clin N Am* 2003;26(1):25–40.
15. Christopher R. Bowie, Ph.D., Abraham Reichenberg, Ph.D., Thomas L. Patterson, Ph.D., Robert K. Heaton, Ph.D. and Philip D. Harvey, Ph.D. Determinants of Real-World Functional Performance in Schizophrenia Subjects: Correlations With Cognition, Functional Capacity, and Symptoms. *Am J Psychiatry* 163:426-432, March 2006.
16. Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI). *Manuales de Procedimientos* 2006.
17. Diaz-Martinez L., et. Al. Rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico en México: El Modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental* noviembre 2005; 28(6): 9-19.
18. Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., et al (2001) Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11, 6-26.
19. Fields CS, Galletly C, Anderson J, Walker P. Computeraided cognitive rehabilitation: possible applications to the attentional deficits of schizophrenia, a report of negative results. *Percept Motor Skill* 1997;85:995–1002.
20. Green M. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiat* 1996;153: 321–330.
21. Greig TC, Zito W, Bell MD. A hybrid transitional and supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004;55(3):240–242.
22. Hersh N, Treadgold L. Neuropage: the rehabilitation of memory dysfunction by prosthetic memory and cueing. *Neurorehabilitation* 1994;4:187–197.
23. Hill K, Mann L, Laws KR, Stephenson CM, Nimmo-Smith I, McKenna PJ. Hypofrontality in schizophrenia: a meta-analysis of functional imaging studies. *Acta Psychiat Scand* 2004;110(4):243–256.
24. Hodgins, S. & Coates, G. (1993) The criminality of mentally disordered offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 115–129.
25. Hodgins, S. & Janson, C.-G. (2002) *Criminality and Violence Among the Mentally Disordered: The Stockholm Metropolitan Project*. Cambridge: Cambridge University Press.
26. Hodgins, S., Lapalme, M. & Toupin, J. (1999) Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a two-year follow up. *Journal of Affective Disorders*, 55, 187–202.

27. Hodgins, S., Tengstrom, A., Ostermann, R., Tengstrom, O., Ostermann, et al (2004) An international comparison of community treatment programs for mentally ill persons who have committed criminal offences. *Criminal Justice and Behavior*, in press.
28. Heilbrun, K. & Peters, L. (2000) The efficacy and effectiveness of community treatment programmes in preventing crime and violence among those with severe mental illness in the community. In *Violence Among the Mentally Ill: Effective Treatments and Management Strategies* (ed. S. Hodgins), pp. 341-357. Dordrecht: Kluwer.
29. J. Arboleda-Florez. *Psiquiatría Forense: Alcance actual, desafíos y controversias*. *World Psychiatry* 2006; 87:89- 4.
30. Kurtz MM, Moberg PJ, Gur RC, Gur RE. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta analysis. *Neuropsychol Rev* 2001;11:197-210.
31. Liberman R. "Rate-limiting" factors in work capacity in schizophrenia: psychopathology and neurocognitive deficits. A presentation of the Vocational Rehabilitation Research Colloquium, Boston, 1996.
32. Michel L, Danion JM, Grange D, Sandner G. Cognitive skill learning and schizophrenia: implications for cognitive remediation. *Neuropsychology* 1998;12(4):590-599.
33. Mullen, P. E., Burgess, P., Wallace, C., et al. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet*, 2000 ; 355, 614-617.
34. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Rehabilitation of persons with traumatic brain injury. Bethesda, MD: 1998.
35. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: Salud Mental, Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2001.
36. Organización Mundial de la Salud. Disability Assessment Schedule (WHODAS II), Training Manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2000.
37. Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2006.
38. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 2002;32:783-791.
39. Philip D. Harvey, Ph.D., Thomas L. Patterson, Ph.D., Larry S. Potter, M.S., Kate Zhong, M.D. and Martin Brecher, M.D. [American Psychiatric Association](#) Improvement in Social Competence With Short-Term Atypical Antipsychotic Treatment: A Randomized, Double-Blind Comparison of Quetiapine Versus Risperidone for Social Competence, Social Cognition, and Neuropsychological Functioning . *Am J Psychiatry* 163:1918-1925, November 2006.

40. Peter Roy-Byrne, M.D., Cathy Sherbourne, M.D., Jeanne Miranda, Ph.D., Murray Stein, M.D., M.P.H., Michelle Craske, Ph.D., Daniela Golinelli, Ph.D. and Greer Sullivan, M.D., M.S.Ph. Poverty and Response to Treatment Among Panic Disorder Patients in Primary Care. *Am J Psychiatry* 163:1419-1425, August 2006
41. Richard S.E. Keefe, Ph.D., Margaret Poe, M.A., Trina M. Walker, R.N., Joseph W. Kang, M.A. and Philip D. Harvey, Ph.D. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: An Interview-Based Assessment and Its Relationship to Cognition, Real-World Functioning, and Functional Capacity. *Am J Psychiatry* 160:426-422, May 2006
42. Rund BR, Borg NE. Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review. *Acta Psychiat Scand* 1999; 100:85–95.
43. Silverstein SM, Pierce DL, Saytes M, Hems L, Schenkel L, Streaker N. Behavioral treatment of attentional dysfunction in chronic, treatment-refractory schizophrenia. *Psychiat Quart* 1998;69(2):95–105.
44. Suslow T, Schonauer K, Arolt V. Attention training in cognitive rehabilitation of schizophrenia patients: a review of efficacy studies. *Acta Psychiat Scand* 2001;103:12–23.
45. Saykin AJ, Shtasel DL, Gur RE, et al. Neuropsychological deficits in neuroleptic naïve patients with first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiat* 1994;51:124–131.
46. Saykin AJ, Gur RC, Gur RE, et al. Neuropsychological Function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning. *Arch Gen Psychiat* 1991;48:618–624.
47. Swanson, J.W., Swartz, M. S., Wagner, H. R., et al (2000) Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176, 324–331.
48. Twamley EW, Jeste DV, Bellack AS. A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2003;29:359–382.
49. Wexler BE, Stevens AA, Bowers AA, Sernyak MJ, Goldman-Rakic PS. Word and tone working memory deficits in schizophrenia. *Arch Gen Psychiat* 1998;55:1093–1096.